



วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

JOURNAL OF HEALTH AND NURSING UBON RATCHATHANI UNIVERSITY

ISSN 3027-6551 (Online)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 Vol.3 No. 2 July - December 2024

บทความวิชาการ

- การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน : ความท้าทายและโอกาส สำหรับพยาบาล กัมปลา อินทรทะกุล และ สุภาพ ไทยแท้
- อาการไม่พึงประสงค์และกลยุทธ์การจัดการสำหรับผู้ป่วยเนื่องจกสมอง: บทบาท ที่ท้าทายของพยาบาล ชนกพร จิตปัญญา และ สุรัชย์ มณีเนตร

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พัทธมน จินะราช และคณะ
- การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของผู้ใหญ่ตอนปลายและ ผู้สูงอายุในบริบทชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ปาริชาติ ญาตินิยม และคณะ
- อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นवलพรรณ ระโหฐาน และคณะ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดใน โรงพยาบาลกุดชุมพภูมิ : การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่ วรลักษณ์ ศรีวิสัย และ สุริรัตน์ งามยิ่ง
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้อง ในระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ สุภัทรา บาพิมพ์แสง และคณะ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของ นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มณีรัตน์ พันธุ์พุด และคณะ
- ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก แบบทั่วร่างกาย เสาวลักษณ์ คุ่ยสมใจ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล

- วัตถุประสงค์**
1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อด้านการพยาบาลและสุขภาพ
 2. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรในวิชาชีพพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการ

กำหนดการออกวารสาร

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เลขที่ 85 ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์ 045-353226

E-Mail: nurseubjournal@gmail.com

ISSN

3027-6551 (Online)

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีนี้
ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อย่างน้อย 3 ท่าน
ความคิดเห็นหรือข้อความใดๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
เป็นของผู้เขียนและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
บรรณาธิการและคณะพยาบาลศาสตร์ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน : ความท้าทายและโอกาสสำหรับพยาบาล
กัมพล อินทรทะกุล และสุภาพ ไทยแท้ 1
- อาการไม่พึงประสงค์และกลยุทธ์การจัดการสำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล
ชนกพร จิตปัญญา และสุรัชย์ มณีเนตร 13

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
พัทธมน จินะราช และคณะ 31
- การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุในบริบทชุมชน
จังหวัดชัยภูมิ 47
- ปารีชาต ญาตินิยม และคณะ
- อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยา
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 63
- นवलพรรณ ระโหฐาน และคณะ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดใน
โรงพยาบาลทุติยภูมิ : การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่ 79
- วรลักษณ์ ศรีวิลัย และสุรรัตน์ งามยิ่ง
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร
โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ 95
- สุภัทรา นาพิมแสง และคณะ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่าง
ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 109
- มณีรัตน์ พันธุ์พุม และคณะ
- ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
เสาวลักษณ์ คู่ยสมใจ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล 122

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University) ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 ฉบับนี้ โดยเผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ เลข ISSN 3027 - 6551 โดยมีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจดังนี้ บทความวิชาการ 2 เรื่อง ได้แก่ การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน : ความท้าทายและโอกาสสำหรับพยาบาล และ อาการไม่พึงประสงค์และกลยุทธ์การจัดการสำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล บทความวิจัย 7 เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุในบริบทชุมชน จังหวัดชัยภูมิ อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ : การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และ ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารได้ทางหน้าเว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (<http://www.nurse.ubu.ac.th/new/>)

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อยู่ในช่วงสามปีของการพัฒนาวารสารเพื่อเตรียมประเมินเข้าสู่ฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre: TCI) ในลำดับต่อไป ขอแสดงความขอบคุณที่ปรึกษากองบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แต่งทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี และพร้อมรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกท่านด้วยความขอบคุณยิ่ง เพื่อให้วารสารเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพต่อไป ทั้งนี้ ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัยตีพิมพ์ในวารสารฯ ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - มิถุนายน 2568 ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ผศ.ดร สมปอง พะมูลิตา

บรรณาธิการวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน : ความท้าทายและโอกาสสำหรับพยาบาล

กัมพล อินทรทะกุล* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

สุภาพ ไทยแท้** ศษ.ค. (การบริหารการศึกษา)

บทคัดย่อ:

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence : AI) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านมีส่วนช่วยในการพัฒนากระบวนการพยาบาลแบบไร้รอยต่อ และยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามอาการและการจัดการการดูแลที่เหมาะสม AI สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ผลข้อมูลสุขภาพตามความเป็นจริงของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่องผ่านเซนเซอร์ของปัญญาประดิษฐ์ (Real-time from sensors) เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับออกซิเจนในเลือด ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดและแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งให้การพยาบาลได้ทันที่เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในค่าชีวภาพ นอกจากนี้ ระบบ AI ยังมีระบบการทำงานด้านการจัดการยาที่ช่วยลดความเสี่ยงในการให้ยาผิดพลาด พร้อมทั้งสนับสนุนการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยตามอาการล่าสุด

อย่างไรก็ตาม แม้ AI จะช่วยลดภาระงานที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มเวลาให้พยาบาลสามารถใช้ในการให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยได้ แต่การใช้งาน AI ในการดูแลที่บ้านยังเผชิญความท้าทายหลายประการ เช่น การพร้อมทักษะเทคโนโลยีของพยาบาล ความกังวลด้านความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ และความยากลำบากในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างบ้านและโรงพยาบาล ดังนั้น การพัฒนาทักษะด้าน AI ของพยาบาลและการเสริมสร้างมาตรการป้องกันข้อมูลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสนับสนุนให้ AI กลายเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน

คำสำคัญ: ปัญญาประดิษฐ์, การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน, ความท้าทายและโอกาส

*พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมหาชีวิตราช 6A (เคมีบำบัด) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ที่อัครุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช, E-mail:suparp_thaitae@hotmail.com

วันที่รับบทความ 14 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 13 พฤศจิกายน 2567 วันตอบรับบทความ 21 พฤศจิกายน 2567

The Application of Artificial Intelligence in Home Cancer Patient Care : Challenges and Opportunities for Nursing

Kampon Introntakun M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)*

*Suparp Thaitthae** Ed.D. (Educational Administration)*

Abstract:

The application of Artificial intelligence (AI) in home cancer patient care plays a vital role in developing seamless nursing processes and enhancing the efficiency of symptom monitoring and individualized care management. AI enables the continuous collection and analysis of real-time health data through sensors monitoring key indicators such as heart rate, blood pressure, and oxygen levels. This up-to-date data provides an accurate view of a patient's health status, allowing nurses to closely monitor conditions and deliver timely interventions whenever changes in biological markers are detected. Furthermore, AI systems support medication management, reducing the risk of errors and facilitating adjustments in care plans based on the latest health information.

However, while AI reduces redundant tasks and gives nurses more time for counseling and patient care, its use in home-based settings faces significant challenges. These include the limited technical skills of nurses, concerns over health data security, and difficulties in establishing data connectivity between home and hospital systems. Therefore, enhancing nurses' AI-related skills and implementing robust data protection measures are essential steps to support AI as an effective tool in home cancer patient care.

Keywords: Artificial Intelligence, Home Cancer Patient Care, Challenges and Opportunities

**Registered nurse at Mahavajiravudh ward 6A (Chemotherapy), Department of nursing, Faculty of medicine Vajira hospital, Navamindradhiraj University*

***Corresponding author, Associate Professor, Kuakarun faculty of nursing, Navamindradhiraj University,*

E-mail: suparp_thaitthae@hotmail.com

Received October 14, 2024 Revised November 13, 2024 Accepted November 21, 2024

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลก โดยมีอัตราการเกิดโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข การแพทย์ และการพยาบาล¹ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหานี้ อาจทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้เพียงพอ² ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน (Home health care) กลายเป็นทางเลือกสำคัญในการลดภาระของโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ในขณะที่เดียวกัน การดูแลที่บ้านยังช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยใกล้ชิดกับครอบครัว ซึ่งช่วยลดความเครียดและความกังวลใจได้อย่างมาก³ อย่างไรก็ตาม การดูแลที่บ้านยังต้องอาศัยการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการเฝ้าระวังและการดูแลเฉพาะทางอย่างใกล้ชิด ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) เป็นความสามารถของระบบคอมพิวเตอร์หรือเครื่องจักรในการจำลองพฤติกรรม การคิด วิเคราะห์ และการตัดสินใจของมนุษย์ โดย AI สามารถเรียนรู้และประมวลผลข้อมูลจากประสบการณ์เพื่อสร้างการตอบสนองที่ชาญฉลาด^{4,5} ซึ่งเทคโนโลยีนี้ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงกลางศตวรรษที่ 20 โดยนักวิทยาศาสตร์และนักวิจัยต่างมุ่งหวังให้ AI สามารถเลียนแบบการทำงานของสมองมนุษย์ ตั้งแต่การประมวลผลข้อมูลเชิงลึก การวิเคราะห์ การรับรู้ ไปจนถึงการตัดสินใจโดยอัตโนมัติ ซึ่งปัจจุบัน AI มีความสามารถเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเรียนรู้เชิงลึก (Deep learning) และการพัฒนาอัลกอริทึม (Algorithm) ขั้นสูงที่ทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่มีปริมาณมากได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ⁵

การนำ AI เข้ามาใช้ในระบบการดูแลสุขภาพนั้นจึงได้รับความสนใจเป็นพิเศษเนื่องจากความสามารถในการช่วยวิเคราะห์และจัดการข้อมูลที่ซับซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างรวดเร็ว ตัวอย่างเช่น การวินิจฉัยโรค การติดตามผลการรักษา การให้คำแนะนำทางการแพทย์ และการจัดการข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย⁶ จากการศึกษาของ Jiang et al. (2017); Maleki and Forouzanfar (2024) พบว่า AI สามารถช่วยในบุคลากรทางการแพทย์ลดภาระงานในขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน และสามารถใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเมื่ออยู่ที่บ้านได้อย่างใกล้ชิดมากขึ้นซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการให้บริการและเพิ่มคุณภาพในการดูแลสุขภาพได้อีกด้วย^{5,7}

สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน AI ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลไม่ว่าจะเป็น การช่วยตรวจสอบสถานะสุขภาพของผู้ป่วยแบบทันที (Realtime) ผ่านอุปกรณ์เซนเซอร์ (Sensor) ที่ติดตามค่าชีวภาพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ระดับออกซิเจนในเลือด ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถใช้วิเคราะห์ ตรวจสอบสุขภาพทางไกล และติดตามอาการของผู้ป่วยได้⁸ AI ยังสามารถช่วยส่งสัญญาณเตือนในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน ทำให้พยาบาลสามารถดำเนินการช่วยเหลือได้อย่างทันที นอกจากนี้ AI ยังช่วยพยาบาลในการจัดการข้อมูลผู้ป่วย การคำนวณการใช้จ่าย

อย่างแม่นยำ รวมถึงช่วยวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ซึ่งลดโอกาสความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการข้อมูลปริมาณมาก⁹

พยาบาลถือเป็นบุคลากรสำคัญที่ทำหน้าที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในระบบการดูแลที่บ้าน และเป็นผู้รับผิดชอบในการติดตามและรายงานอาการของผู้ป่วยให้ทีมแพทย์ทราบอยู่เสมอ AI จึงทำหน้าที่เป็นเครื่องมือที่ช่วยพยาบาลในการลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินสภาวะสุขภาพ และช่วยให้การจัดการการดูแลที่บ้านมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁷ อย่างไรก็ตาม การใช้ AI ในการดูแลสุขภาพที่บ้านยังมีปัญหาและความท้าทายที่สำคัญ เช่น การขาดทักษะด้านเทคโนโลยีของพยาบาล ความกังวลด้านความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย รวมถึงความยากลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับระบบเทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาทักษะด้าน AI และการสร้างมาตรการป้องกันข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้พยาบาลสามารถใช้งาน AI ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยในระยะยาว^{10,11}

บทบาทของปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน

การใช้ AI ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้การติดตามอาการและการดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างแม่นยำและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบทบาทของ AI ในการดูแลมะเร็งที่บ้าน¹⁰ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การติดตามอาการและประเมินความรุนแรงของโรค AI ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจากเซนเซอร์หรืออุปกรณ์สวมใส่เครื่องวัดสัญญาณชีพอัตโนมัติ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับออกซิเจนในเลือด ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้แบบทันที ทำให้การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแม่นยำยิ่งขึ้น และสามารถแจ้งเตือนทันทีหากพบค่าที่อาจบ่งชี้ถึงภาวะวิกฤติ ซึ่งช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยงของการเกิดอาการที่อาจเป็นอันตราย

2. การให้คำแนะนำในการใช้ยาและการพยาบาลที่บ้าน AI ช่วยให้คำแนะนำในการจัดการการใช้ยาของผู้ป่วยโดยวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน ควบคู่ไปกับข้อมูลการรักษาและแผนการดูแลที่กำหนด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง AI ช่วยลดความเสี่ยงในการให้ยาผิดพลาดและช่วยให้การใช้ยามีความปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้ AI ยังช่วยให้พยาบาลสามารถปรับแผนการพยาบาลตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ในแต่ละช่วงเวลา ช่วยให้การพยาบาลมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย

3. ระบบเตือนภัยและการแจ้งเตือนเมื่ออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง AI ช่วยตรวจจับการเปลี่ยนแปลงของค่าชีวภาพที่อาจบ่งชี้ถึงภาวะวิกฤติ เช่น การเปลี่ยนแปลงของชีพจรหรือความดันโลหิต เมื่อระบบตรวจพบค่าที่ผิดปกติจะทำการแจ้งเตือนพยาบาลและทีมสุขภาพทันที ทำให้สามารถเข้าดูแลผู้ป่วยได้ทันทีที่ ลดโอกาสเกิดภาวะวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และทำให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ความท้าทายของพยาบาลในการใช้เทคโนโลยี AI สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน

การนำ AI เข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพนั้นพบว่ามีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง¹² โดยเฉพาะในการติดตามและดูแลสุขภาพที่บ้าน อย่างไรก็ตาม การใช้ AI ในการดูแลผู้ป่วยยังนำมาซึ่งความท้าทายที่สำคัญสำหรับพยาบาลในหลายด้าน ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีและการปรับตัวของพยาบาล ความสำเร็จของการใช้ AI ในการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของพยาบาลในการใช้งานเครื่องมือที่มีการประมวลผลที่ซับซ้อน จากการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังพร้อมทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและความสามารถในการตีความ การประมวลผลจากระบบ AI อย่างแม่นยำ ซึ่งทำให้การนำเทคโนโลยีนี้ไปใช้จริงในชีวิตประจำวันเผชิญกับความท้าทาย¹² การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะด้าน AI ที่ช่วยให้พยาบาลมีทักษะที่จำเป็นในการใช้งานเทคโนโลยีใหม่ๆ อย่างมั่นใจและปลอดภัย จึงเป็นสิ่งสำคัญ¹³

2. ปัญหาด้านความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วย การใช้ AI ในการดูแลสุขภาพเกี่ยวข้องกับการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีความอ่อนไหวสูง ความเสี่ยงในการละเมิดข้อมูลและความไม่มั่นคงของระบบอาจก่อให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมและกฎหมาย¹⁴ จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความกังวลเรื่องการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลเป็นอุปสรรคสำคัญที่ต้องการการจัดการอย่างรอบคอบ¹⁰ การพัฒนาโครงสร้างการเข้ารหัสข้อมูลและการตั้งค่าความปลอดภัยที่เข้มงวด รวมถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์¹³

3. การประสานงานและการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างบ้านและโรงพยาบาล ระบบ AI ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านยังต้องการการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างบ้านและโรงพยาบาลเพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถตรวจสอบและปรับแผนการรักษาได้ทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่างระบบ AI ในการดูแลที่บ้านและระบบข้อมูลในโรงพยาบาลเป็นสิ่งท้าทาย เนื่องจากปัญหาทางเทคโนโลยีและการขาดการบูรณาการของระบบข้อมูลที่อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดหรือข้อมูลที่ไม่ทันสมัย¹³ จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบข้อมูลแบบรวมศูนย์และการตั้งค่ามาตรฐานการเชื่อมต่อข้อมูลจะช่วยลดข้อผิดพลาดและเสริมสร้างประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน¹² การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างบ้านและโรงพยาบาลถือเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน เนื่องจากช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถติดตามและปรับแผนการรักษาได้ทันทีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบข้อมูลที่มีการเชื่อมโยงระหว่างบ้านและโรงพยาบาลยังคงเผชิญกับความท้าทายในด้านเทคโนโลยีและการบูรณาการระบบข้อมูล การสร้างมาตรฐานและระบบที่เชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดข้อผิดพลาดและเสริมประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านได้ดียิ่งขึ้น

4. ความท้าทายในการสร้างความมั่นใจการตัดสินใจทางการแพทย์ร่วมกับ AI การใช้ AI ในการประมวลผลข้อมูลผู้ป่วยทำให้เกิดการตั้งคำถามถึงความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ที่ได้รับ การตัดสินใจที่พยาบาลและแพทย์ต้องทำร่วมกับ AI จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในการตีความข้อมูลจากระบบ AI อย่างลึกซึ้ง เพื่อให้มั่นใจว่าอัลกอริธึม ที่ใช้มีความแม่นยำและไม่เกิดอคติที่อาจนำไปสู่ความผิดพลาดจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าเครื่องมือ AI ในการดูแลผู้ป่วยมักไม่ได้ถูกทดสอบในการใช้งานจริง ทำให้ผลที่ได้ไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจได้ทันที การจัดฝึกอบรมพยาบาลให้มีความสามารถในการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลจาก AI จึงเป็นสิ่งสำคัญ¹⁵

โอกาสสำหรับพยาบาลในการใช้เทคโนโลยี AI

การพัฒนา AI ได้เปิดโอกาสใหม่ในการยกระดับการดูแลสุขภาพในวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่เผชิญกับความท้าทายด้านบุคลากรและทรัพยากรที่จำกัด AI ไม่เพียงช่วยลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนการตัดสินใจเชิงคลินิกและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งให้เห็นถึงโอกาสหลักที่ AI สามารถสนับสนุนงานพยาบาลได้ ดังนี้

1. การลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในงานพยาบาล AI ช่วยพยาบาลในการจัดการกับภาระงานที่ซ้ำซ้อนและใช้เวลา เช่น การบันทึกข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลอาการของผู้ป่วย และการติดตามผลที่ต้องอาศัยการบันทึกแบบต่อเนื่อง จากการศึกษาของ Mahmoudi & Moradi (2024) แสดงให้เห็นว่า AI ช่วยลดระยะเวลาและแรงงานที่ใช้ในการทำงานเหล่านี้ ทำให้พยาบาลมีเวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการความเอาใจใส่เชิงลึก ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในสถานการณ์ที่พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากและมีความจำกัดด้านบุคลากร¹⁶

2. การสนับสนุนการตัดสินใจเชิงคลินิกที่แม่นยำและทันเวลา AI สามารถให้ข้อมูลที่แม่นยำและทันทั่วถึง ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น Ronquillo et al. (2021) ระบุว่า AI ช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์และคาดการณ์แนวโน้มสุขภาพของผู้ป่วยได้ ทำให้พยาบาลสามารถปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ลดโอกาสในการเกิดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดจากการประเมินไม่ครบถ้วนและช่วยเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจเชิงคลินิก¹⁷

3. การเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ AI มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการให้ข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่ายและทันสมัยผ่านอุปกรณ์และแอปพลิเคชันมือถือ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถติดตามสถานะสุขภาพของตนเองและปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำได้ดีขึ้น จากการศึกษาของ Cabral et al. (2023) ชี้ว่า AI ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งไม่เพียงช่วยลดภาระพยาบาล แต่ยังส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระยะยาวอีกด้วย¹⁵

4. การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องในระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน AI ช่วยให้การดูแลที่บ้านมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับการดูแลจากโรงพยาบาลผ่านระบบการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยของ Gholampour et al. (2023) แสดงให้เห็นว่า AI สามารถเชื่อมต่อและบูรณาการข้อมูลสุขภาพจากอุปกรณ์ต่างๆ ทำให้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยที่ดูแลจากบ้านสามารถถูกติดตามและอัปเดต (Update) ได้ตลอดเวลา ส่งผลให้การดูแลที่บ้านมีความต่อเนื่องมากขึ้น และทีมพยาบาลสามารถปรับแผนการดูแลได้ทันทั่วทั้ง ทำให้ระบบสุขภาพมีการเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพและช่วยลดช่องว่างในการดูแลได้¹⁸

แนวทางการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการใช้ AI สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน

การนำปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและสนับสนุนการตัดสินใจของพยาบาล พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงานของทีมดูแล การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการใช้งาน AI จะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความต่อเนื่องและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น ระบบ AI สามารถเชื่อมต่อกับอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เป็นประจำ เช่น โทรศัพท์มือถือ ไอแพด คอมพิวเตอร์ที่บ้าน หรืออุปกรณ์สวมใส่ต่าง ๆ ผ่านแอปพลิเคชันเฉพาะสำหรับการดูแลสุขภาพ ช่วยให้ทุกคนสามารถใช้งานได้อย่างสะดวกและติดตามข้อมูลสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมงแบบทันทั่วทั้ง ทีมแพทย์และพยาบาลสามารถติดตามค่าชีวภาพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตจากระยะไกล และจะได้รับการแจ้งเตือนทันทีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่เสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วย พังก์ชันเหล่านี้ช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยง และเสริมความมั่นใจในคุณภาพการดูแล แนวทางการพัฒนาเหล่านี้ครอบคลุมถึงการฝึกอบรม การเชื่อมโยงข้อมูล และการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1. การบูรณาการการศึกษา AI ในหลักสูตรพยาบาล การฝึกอบรมพยาบาลให้มีทักษะการใช้ AI ตั้งแต่ระดับพื้นฐานเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจพื้นฐานที่จำเป็นในการใช้งาน AI โดยเฉพาะในด้านการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย การศึกษาที่ครอบคลุมเทคโนโลยีการติดตามสุขภาพ เช่น เซนเซอร์ที่วัดอัตราการเต้นของหัวใจและระดับออกซิเจนในเลือด ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านได้อย่างละเอียด Mahmoudi & Moradi (2024) แนะนำให้พยาบาลมีการฝึกฝนที่ครอบคลุมทั้งทฤษฎีและการใช้งานจริง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและลดความกังวลเมื่อต้องใช้ AI ในสถานการณ์จริง¹⁶

2. การพัฒนาระบบ AI เพื่อการดูแลเชิงคาดการณ์ การใช้ AI ในการประมวลผลข้อมูลสุขภาพเพื่อคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลสามารถเตรียมแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและป้องกันภาวะวิกฤตได้ AI สามารถประเมินข้อมูลสุขภาพแบบต่อเนื่องและทันทั่วทั้ง เช่น การเปลี่ยนแปลงในระดับความรุนแรงของโรค หรือแนวโน้มความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ทำให้พยาบาลสามารถ

ตอบสนองได้อย่างทันท่วงที จากการศึกษาของ Ronquillo et al. (2021) ซึ่งให้เห็นว่า AI ในการดูแลเชิงคาดการณ์ช่วยลดภาระการเฝ้าระวังของพยาบาล และช่วยลดโอกาสเกิดภาวะรุนแรงในผู้ป่วยที่บ้าน¹⁷

3. การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบการดูแลที่บ้านและโรงพยาบาล การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างบ้านและโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและแม่นยำ การสร้างระบบสนับสนุนที่ช่วยให้ข้อมูลสุขภาพจากอุปกรณ์ AI ของผู้ป่วยสามารถส่งตรงไปยังทีมแพทย์ในโรงพยาบาลได้แบบต่อเนื่องและทันท่วงที ช่วยให้พยาบาลและแพทย์สามารถติดตามและปรับการดูแลได้อย่างทันท่วงที Cabral et al. (2023) ระบุว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนข้อมูลที่เชื่อมโยงนี้ช่วยให้การดูแลมีความครอบคลุม ลดความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาด และช่วยให้การทำงานของพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵

4. การพัฒนา AI อินเทอร์เฟซ (AI interface) การติดต่อประสานงานระหว่างเครื่องคอมพิวเตอร์กับผู้ใช้ที่ใช้งานได้ง่าย การพัฒนา AI Interface ที่สะดวกต่อการใช้งาน มีส่วนช่วยสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพสำหรับการนำข้อมูลมาใช้จริง Buchanan et al. (2020) กล่าวว่า การร่วมมือกันระหว่างนักพัฒนา AI และพยาบาลในการออกแบบระบบที่ใช้งานง่ายและไม่ซับซ้อนจะช่วยลดอุปสรรคในการเรียนรู้และการปรับตัวในการใช้ AI อินเทอร์เฟซ สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านประกอบด้วยฟีเจอร์สำคัญหลายประการ เริ่มจากแดชบอร์ดสรุปสถานะสุขภาพ (Health summary dashboard) ที่แสดงข้อมูลหลัก เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับออกซิเจนในเลือดแบบต่อเนื่องและทันท่วงที เพื่อให้พยาบาลติดตามสุขภาพได้ทันที การแจ้งเตือนอาการผิดปกติ (Alert notifications) จะส่งข้อความหรือเสียงเมื่อพบค่าชีวภาพเกินมาตรฐาน ช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองได้ทันเวลา ขณะที่การให้คำแนะนำเชิงคาดการณ์ (Predictive guidance) ช่วยคาดการณ์แนวโน้มอาการในอนาคต พร้อมให้คำแนะนำเชิงป้องกันเพื่อลดความเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีหน้าจอติดตามผลการรักษา (Treatment tracking interface) ซึ่งแสดงผลลัพธ์การรักษาและแนวโน้มสุขภาพ ช่วยให้พยาบาลปรับแผนการรักษาได้ตามข้อมูลล่าสุด ฟังก์ชันบันทึกและเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็ว (Quick access and record keeping) ช่วยให้ผู้ป่วยบันทึกหรือเข้าถึงประวัติสุขภาพของผู้ป่วยได้ง่ายและรวดเร็ว เพิ่มความแม่นยำในการตัดสินใจ¹⁹ การพัฒนา AI อินเทอร์เฟซที่ใช้งานง่ายและสะดวกมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน โดยเฉพาะการสร้างฟีเจอร์ต่างๆ ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามอาการผู้ป่วยได้ทันที เช่น แดชบอร์ดที่สรุปสถานะสุขภาพและการแจ้งเตือนอาการผิดปกติ รวมถึงการให้คำแนะนำเชิงคาดการณ์ เพื่อปรับแผนการรักษาอย่างทันท่วงที การบันทึกและการเข้าถึงข้อมูลที่รวดเร็วยังช่วยลดข้อผิดพลาดในการดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจ

5. การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวผ่านระบบ AI ไม่เพียงแต่ช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามข้อมูลสุขภาพได้เท่านั้น แต่ยังสามารถทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลเชิงลึกที่ให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลที่ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วยช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น จากการศึกษาของ Hashem et al. (2023) ระบุว่า การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวผ่านระบบ AI ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ลดความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน¹⁸

บทสรุปและแนวโน้มในอนาคต

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพ เนื่องจาก AI ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามอาการผู้ป่วย ลดภาระงานที่ต้องการความแม่นยำสูงของพยาบาล และสนับสนุนการตัดสินใจที่แม่นยำยิ่งขึ้น การพัฒนา AI interface ที่ออกแบบมาเฉพาะ เช่น แดชบอร์ดสรุปสถานะสุขภาพ การแจ้งเตือนอัตโนมัติ การให้คำแนะนำเชิงคาดการณ์ รวมถึงฟังก์ชันการติดตามผลการรักษา ช่วยให้ทีมดูแลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบและเชิงรุก อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ แนวโน้มการพัฒนา AI จะมุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงประสิทธิภาพในการวิเคราะห์และการประมวลผลข้อมูลสุขภาพเชิงลึก โดยเฉพาะในส่วนของ การดูแลเชิงคาดการณ์ (Predictive care) ซึ่งจะช่วยให้ระบบสามารถประเมินและคาดการณ์ความเสี่ยงของอาการผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น นอกจากนี้ แนวโน้มการบูรณาการ AI เข้ากับเทคโนโลยีขั้นสูงอื่น ๆ เช่น อินเทอร์เน็ตของสรรพสิ่งทางการแพทย์ (Internet of medical things: IoMT) และการเรียนรู้เชิงลึก จะทำให้การดูแลสุขภาพจากบ้านเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้ทีมดูแลสามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับมาในการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันที

ด้านการพยาบาล สำหรับการพัฒนา AI จะมีผลกระทบเชิงบวกในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจทางการแพทย์ ช่วยลดภาระงานที่ต้องใช้ความละเอียดและเวลาในกระบวนการดูแล ส่งเสริมให้พยาบาลสามารถมุ่งเน้นการให้การดูแลตามความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การใช้งาน AI ในงานพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด พยาบาลจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มขีดความสามารถในวิชาชีพและทำให้การดูแลสุขภาพมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การใช้งานเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นสำคัญหลายด้าน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความรู้และพัฒนานวัตกรรมที่ตอบโจทย์การดูแลสุขภาพที่มีความซับซ้อน โดยข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาและการวิจัยต่อไปมีดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

การพัฒนา AI ที่ปรับให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละราย อาจจะมีการวิจัยและพัฒนา AI ที่สามารถปรับให้เข้ากับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านข้อมูลความรุนแรงของโรค ประวัติสุขภาพ และการตอบสนองต่อการรักษา การปรับแต่ง AI ให้เฉพาะเจาะจงนี้จะช่วยให้ระบบสามารถให้คำแนะนำและติดตามอาการได้อย่างแม่นยำและเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

2.1 การศึกษาผลกระทบของ AI ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการดูแลที่บ้าน อาจจะมีการวิจัยเชิงประจักษ์เพื่อประเมินผลกระทบของการใช้ AI ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลที่บ้าน การศึกษาในด้านนี้จะช่วยให้เข้าใจว่าระบบ AI ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ยังรวมถึงการประเมินถึงความพึงพอใจและประสิทธิภาพในการดูแลของพยาบาล

2.2 การวิจัยด้านความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากข้อมูลสุขภาพมีความสำคัญและอ่อนไหว อาจจะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันการละเมิดความเป็นส่วนตัวของข้อมูลและการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลที่ใช้ในระบบ AI การศึกษาในประเด็นนี้จะช่วยสร้างมาตรฐานและเพิ่มความมั่นใจในการใช้ AI ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน

2.3 การศึกษาแนวทางในการฝึกอบรมพยาบาลให้สามารถใช้งาน AI อย่างมีประสิทธิภาพ อาจจะมีการวิจัยเพื่อออกแบบโปรแกรมการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะของพยาบาลในการใช้งาน AI โดยเฉพาะในด้านการวิเคราะห์และการใช้ข้อมูลที่ได้จากระบบ AI ในการตัดสินใจด้านการดูแลผู้ป่วย การฝึกอบรมควรครอบคลุมทั้งด้านการใช้งานเทคโนโลยีและความรู้เชิงคลินิกเพื่อให้พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ AI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 การวิจัยการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างบ้านและโรงพยาบาล อาจจะมีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพที่สามารถแบ่งปันและอัปเดตข้อมูลระหว่างผู้ดูแลที่บ้านและโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง การวิจัยในด้านนี้จะช่วยให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถติดตามสถานะของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้ทันที

2.5 การประเมินต้นทุนและประโยชน์ของการใช้ AI ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจจะมีการวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการนำ AI มาใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเฉพาะในด้านการลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและครอบครัว การศึกษานี้จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถวางแผนการลงทุนในระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การวิจัยและพัฒนาที่ครอบคลุมในประเด็นดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้างความรู้และนวัตกรรมที่ทำให้การใช้ AI ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านมีคุณภาพสูงขึ้น เพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งยังตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในระบบการดูแลสุขภาพในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Dunn J. It is time to close the gap in cancer care. American Society of Clinical Oncology. 2023; 9: 1-3.
2. Trevisan D. Home-based oncology care: benefits, challenges, and future directions. Revista Sistemática. 2024; 14: 1214-8.
3. Ferrell BR, Kravitz K. Cancer care: supporting underserved and financially burdened family caregivers. J Adv Pract Oncol. 2017; 8(5): 494-500.
4. Secinaro S, Calandra D, Secinaro A, Muthurangu V, Biancone P. The role of artificial intelligence in healthcare: a structured literature review. BMC Med Inform Decis Mak. 2021; 21(1): 125.
5. Jiang F, Jiang Y, Zhi H, Dong Y, Li H, Ma S, et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. Stroke Vasc Neurol. 2017; 2: 230-243.
6. Rožman M, Oreški D, Tominc P. Artificial-intelligence-supported reduction of employees' workload to increase the company's performance in today's VUCA environment. Sustainability. 2023; 15(6): 5019.
7. Maleki Varnosfaderani S, Forouzanfar M. The role of AI in hospitals and clinics: transforming health care in the 21st century. Bioengineering. 2024; 11(4): 1-38.
8. อังคนา จงเจริญ, วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก. ความท้าทายของพยาบาลในการพัฒนานวัตกรรมการดูแลแบบประคับ ประคองในประเทศไทย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564; 32(2): 2-15.
9. Rony MKK, Parvin MR, Ferdousi S. Advancing nursing practice with artificial intelligence: enhancing preparedness for the future. Nurs Open. 2024; 11(1).
10. Mennella C, Maniscalco U, De Pietro G, Esposito M. Ethical and regulatory challenges of AI technologies in healthcare: a narrative review. Heliyon. 2024; 10(4): 1-20.
11. Pailaha AD. The impact and issues of artificial intelligence in nursing science and healthcare settings. SAGE Open Nurs. 2023; 9: 1-4.
12. O'Connor S, Vercell A, Wong D, Yorke J, Fallatah FA, Cave L, et al. The application and use of artificial intelligence in cancer nursing: a systematic review. Eur J Oncol Nurs. 2024; 68: 102510.
13. Lee D, Yoon SN. Application of artificial intelligence-based technologies in the healthcare industry: opportunities and challenges. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(1).
14. กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร, นันทวรรณ ตีระวงศา, ชลนกุลคำนึ่ง, ทิพย์รัตน์ อุดเมืองเพ็ช. การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการปฏิบัติการพยาบาล: ประเด็นปัญหาทางด้านจริยธรรม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566; 23(5): 962-70.

15. Cabral BP, Braga LAM, Syed-Abdul S, Mota FB. Future of artificial intelligence applications in cancer care: a global cross-sectional survey of researchers. *Curr Oncol.* 2023; 30(3): 3432-46.
16. Mahmoudi H, Moradi MH. The progress and future of artificial intelligence in nursing care: a review. *Open Pub Health J.* 2024; 17: 1-9.
17. Ronquillo CE, Peltonen, P. Artificial intelligence in nursing: priorities and opportunities from an international invitational thinktank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *J Adv Nurs.* 2021; 77(9): 3707-17.
18. Hashem M, Zare-Kaseb A, Arbabi Z, Ghazanfari MJ. Implementation of artificial intelligence in the nursing profession: barriers & facilitators. *J Nurs Rep Clin Pract.* 2023; 2: 1-2.
19. Buchanan C, Howitt ML, Wilson R, Booth RG, Risling T, Bamford M. Predicted influences of artificial intelligence on the domains of nursing: scoping review. *JMIR Nurs.* 2020; 3(1).

อาการไม่พึงประสงค์และกลยุทธ์การจัดการสำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง: บทบาทที่ทำนาย ของพยาบาล

ชนกพร จิตปัญญา* ปร.ค.

สุรชัย มณีเนตร** ปร.ค.

บทคัดย่อ:

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์และกลยุทธ์การจัดการสำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมองในบทบาทของพยาบาล โดยสาระสำคัญ ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์ 2) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ความแปรปรวนของการนอนหลับ ภาวะกดดันด้านจิตใจ และภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด 3) แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์แต่ละอาการ และ 4) กลยุทธ์การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีจำนวนน้อย และยังไม่มีความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่ชัดเจน ดังนั้นการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองให้มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่ทำนายของพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกสมองมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น และมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบการบำบัดทางการแพทย์ หรือพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: เนื้องอกสมอง, อาการ, กลุ่มอาการ, อาการไม่พึงประสงค์, การจัดการอาการ

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, E-mail: surachai.m@ubu.ac.th

วันที่รับบทความ 28 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 พฤศจิกายน 2567 วันตอบรับบทความ 6 ธันวาคม 2567

Unpleasant Symptoms and Management Strategies for Patients with Brain Tumor: The Challenging Role of Nurses

Chanokporn Jitpanya Ph.D.*

*Surachai Maninet** Ph.D.*

Abstract:

The purpose of this article was to present knowledge about unpleasant symptoms and management strategies for patients with brain tumor. The major topics included: 1) theoretical foundation related to unpleasant symptoms, 2) most common unpleasant symptoms in brain tumor patients including fatigue, sleep disturbance, psychological distress, and cognitive impairment, 3) validated scales for the assessment of each symptom, and 4) symptom management strategies. From the literature review, it was found that studies on the management of unpleasant symptoms in patients with brain tumors were limited, and there were no clear guidelines for managing these symptoms. Therefore, effectively managing the unpleasant symptoms of brain tumor patients is a challenge for nurses. This is essential to improve the survival rates and quality of life for them. Research studies on managing unpleasant symptoms within the theoretical framework will assist nurses in designing nursing interventions or developing management programs aiming at better nursing outcomes.

Keywords: Brain Tumor, Symptom, Symptom Cluster, Unpleasant Symptoms, Symptom Management

**Associate Professor , Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok*

***Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, E-mail: surachai.m@ubu.ac.th*

Received March 28, 2024 Revised November 23, 2024 Accepted December 6, 2024

บทนำ

เนื้องอกสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือสังคม โดยโรคนี้นพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบมากในช่วงอายุ 5-9 ปี และ 50-55 ปี¹ การเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมองและการรักษาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยอาจจะเกิดอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายที่อาจพบเพียงหนึ่งอาการหรือหลาย ๆ อาการก็ได้² อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเนื้องอกสมองนั้นมีความหลากหลายและสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ความแปรปรวนของการนอนหลับ ภาวะกดดันด้านจิตใจ และภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด³ อาการเหล่านี้สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ^{2,3} ดังนั้น การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น³

การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต้องมีการวางแผนดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและสามารถปรับตัวกับสภาวะที่เปลี่ยนแปลงได้ การศึกษาวิจัยในด้านนี้มีความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองยังมีจำนวนน้อย และยังไม่มีความชัดเจนในแนวทางการจัดการที่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในทางปฏิบัติอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และพบว่า มีการนำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์มาเป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองอย่างจำกัด^{2,3}

ดังนั้นผู้เขียนบทความวิชาการนี้จึงนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์และกลยุทธ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่มีเนื้องอกสมอง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการเพิ่มพูนองค์ความรู้และมีแนวทางในการวางแผน ออกแบบการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptom)

เลนซ์และคณะ⁴ ให้ความหมายของอาการไม่พึงประสงค์ว่าเป็นอาการที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยทำให้บุคคลมีอาการมากกว่า 1 อาการ แต่ละอาการจะมีหลายมิติ (Multidimension) อาการแต่ละอาการสามารถอธิบายสาเหตุตามกลไกสรีรวิทยาที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละอาการซึ่งแยกจากกันได้ชัดเจน ในขณะที่เดียวกันจากผลรวมของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่มีความเชื่อมโยงต่อกันของร่างกาย ทำให้อาการแต่ละอาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน คือ เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น อาการนั้นจะเหนี่ยวนำให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา หรืออาจส่งเสริมให้อาการอื่นที่เกิดขึ้นอยู่แล้วมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งหากบุคคลมีจำนวนของ

อาการและ/หรือมีความรุนแรงของอาการมากขึ้นเท่าไร ผลกระทบในด้านต่าง ๆ ที่ตามมาจะมีความรุนแรงมากขึ้นเป็นหลายเท่าทวีคูณ โดยองค์ประกอบของทฤษฎีประกอบด้วย อาการ (Symptom) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factor) และผลจากอาการ (Consequences of the symptom) เมื่อพิจารณาในบริบทของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อาการไม่เพียงประสงค์หมายถึง การรับรู้ หรือความรู้สึกของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังได้รับการผ่าตัด เกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ซึ่งอาการไม่สุขสบายหรืออาการไม่พึงประสงค์นี้ประกอบด้วยอาการหลาย ๆ อาการ แต่ละอาการมักจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวกัน และอาการเหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง³ อาการประกอบด้วย 4 มิติ แต่ละมิติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันแต่สามารถแยกออกจากกันได้โดยชัดเจน

1. มิติความรุนแรง (Severity) หมายถึง รวมความถึงความแรง (Strength) ของการเกิดอาการ เป็นมิติที่นิยมใช้กันมากในทางคลินิกและการวิจัย เนื่องจากวัดได้ง่าย

2. มิติเวลา (Timing) หมายถึง ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะ (Intermittent) หรือเป็นช่วงความยาวนาน (Duration) ของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือมีความหมายรวมทั้งความถี่ (Frequency) และช่วงความยาวนาน (Duration) ของอาการที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง มิติด้านนี้ยังมีความหมายรวมไปถึงกิจกรรมหรือช่วงเวลาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ เช่น อาการคลื่นไส้ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับมื้ออาหาร

3. มิติความทุกข์ทรมาน (Distress) หมายถึง ระดับความทุกข์ทรมาน หรือการถูกรบกวนของบุคคลที่เกิดจากอาการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยคือผู้รายงานความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการ มิติด้านนี้มีผลต่อการวัดผลสัมฤทธิ์การบำบัดทางการแพทย์หรือการรักษาต่ออาการนั้น ๆ รวมทั้งมีผลต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยเอง จัดเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด

4. มิติคุณลักษณะของอาการ (Quality) หมายถึง คุณลักษณะของอาการที่ปรากฏออกมา สามารถแสดงออกในลักษณะของคำพูดที่ใช้อธิบายลักษณะของอาการนั้น ๆ เช่น การอธิบายลักษณะของอาการปวดต่าง ๆ เช่น ปวดหน่วง ๆ ปวดเสียบปวดร้อน หรือการอธิบายลักษณะการหายใจลำบากในลักษณะที่ต่างกัน เช่น อึดอัดแน่นหน้าอก หายใจไม่เต็มอิม หรือหายใจไม่ออก เป็นต้น คุณลักษณะของอาการที่กล่าวมานี้มีความหมายรวมไปถึงตำแหน่งที่ประสบกับอาการนั้น ๆ ที่ผู้ป่วยอธิบายออกมา

อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ความแปรปรวนของการนอนหลับ อาการทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด^{2,3,5} ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อาการเหนื่อยล้า (Fatigue)

1.1 ความหมายของอาการเหนื่อยล้า เครือข่ายมะเร็งครบวงจรแห่งชาติ (National comprehensive cancer network)⁶ อธิบายอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) ว่าเป็น “ความรู้สึกกังวลที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจรู้สึก เหนื่อยล้า

ทางร่างกาย อารมณ์ และไม่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมใด ๆ และอาการเหนื่อยล้านี้รบกวนการทำงานและชีวิตประจำวันตามปกติของผู้ป่วย”

1.2 ลักษณะของอาการเหนื่อยล้า (Characteristics)

ผู้ป่วยจะมีการรับรู้/รู้สึกถึงอาการเหนื่อยล้า^{5,6} โดยการอธิบายหรือแสดงออกในลักษณะของการขาดพลังงานอย่างมากจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ (A profound lack of energy) รู้สึกเหนื่อยกะทันหัน (Feeling suddenly tired) อ่อนแรงทั่วร่างกาย (Generalized weakness) รู้สึกว่าแขนขาหนัก (Limb heaviness) ไม่มีสมาธิ (Difficulty concentrating) หงุดหงิดหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ด้านลบ (Irritability or emotional reactivity) นอนไม่หลับ (Sleeplessness) รู้สึกว่าตนเองต้องการพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น (Increased need to rest) แรงจูงใจลดลง (Decreased motivation) ยากลำบากในการทำงานในแต่ละวันให้เสร็จสิ้น (Difficulty completing daily tasks) และ/หรือรับรู้ว่าคุณภาพเกี่ยวกับความจำระยะสั้น (Perceived problems with short-term memory)

1.3 สาเหตุของอาการเหนื่อยล้า (Causes)^{7,8}

1.3.1 การเจริญเติบโตของก้อนเนื้อหรือการซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลาย ทำให้เกิดการใช้พลังงานมาก ร่างกายของผู้ป่วยจึงขาดพลังงาน

1.3.2 การผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดเนื้องอกสมอง เนื่องจากระหว่างการผ่าตัดมีการให้ยาระงับความรู้สึก ยากระตุ้นประสาท ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย นอกจากนี้การฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด การซ่อมแซมบาดแผลต่าง ๆ ทำให้ร่างกายขาดพลังงาน

1.3.3 การฉายรังสีรักษา ผู้ป่วยอาจเกิดอาการเหนื่อยล้าได้ตั้งแต่เริ่มการรักษาไปจนถึงภายใน 8 สัปดาห์

1.3.4 ยาเคมีบำบัดจะไปกีดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

1.3.5 ยาบางชนิด อาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้น เช่น ยาบรรเทาปวด ยาคลายเครียด หรือเกิดจากการถอนยาสเตียรอยด์

1.4 กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า (Symptom management strategies)^{3, 9, 10}

การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่พยาบาลสามารถจัดการกระทำได้ มีดังนี้

1.4.1 การประเมินอาการเหนื่อยล้าและปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า เมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก หรืออย่างน้อยแหว่ละครั้ง

1.4.2 การปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Adjusting life style) เพื่อลดการใช้พลังงานและอาการเหนื่อยล้า ได้แก่

- 1) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องพักผ่อนในรอบวัน
- 2) สังเกตว่าตนเองมีกำลัง/ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีในช่วงเวลาใดของวัน เพื่อวางแผนในการทำกิจวัตรประจำวันในช่วงเวลาดังกล่าวเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า

3) บันทึกกิจกรรม และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเหนื่อยล้ามากขึ้น

4) ประเมินกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง และกิจกรรมที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล

5) จัดเตรียมสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยใช้พลังงานในการทำงานในแต่ละวันให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น การจัดวางสิ่งของให้ใกล้ตัวผู้ป่วยให้สามารถหยิบจับได้สะดวก

6) เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การทำสมาธิ ดนตรีบำบัด โยคะ หรือการบำบัดเสริมอื่น ๆ เพื่อช่วยให้ออกกำลังกาย

1.4.3 ปรับการรับประทานอาหารเพื่อสงวนพลังงาน (Eat for energy)¹⁰ ได้แก่

1) รับประทานอาหารมื้อเล็กๆ บ่อยๆ ซึ่งรวมคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่ให้พลังงานสูง ผลิตภัณฑ์จากนม และโปรตีนบางชนิดเพื่อรักษาพลังงานให้คงที่ เช่น ข้าวกล้อง มันเทศ นมสด นมถั่วเหลือง ไอศกรีม และเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน¹⁰

2) เลือกวัตถุดิบในการปรุงอาหารที่สดใหม่ เนื่องจากมีคุณค่าทางโภชนาการสูง

3) รับประทานอาหารผักและผลไม้เพื่อให้ได้รับวิตามินและเกลือแร่ เช่น กล้วย ฝรั่ง มะละกอ องุ่น เป็นต้น

4) ถ้ามีอาการคลื่นไส้หลังการได้รับยาเคมีบำบัด อาจรับประทานยาแก้อาเจียนตามแพทย์สั่ง รวมถึงอาหารที่ช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น อาหารอ่อน อาหารที่มีรสชาติไม่จัด และผลไม้ที่ช่วยให้รู้สึกสดชื่น

5) หากผู้ป่วยเตรียมอาหารด้วยตนเอง ให้นำวัตถุดิบมาเตรียมอาหารเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า

1.4.4 การออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายระดับปานกลางเพื่อเพิ่มระดับพลังงาน เช่น แอโรบิก การเดิน การว่ายน้ำ โยคะ และการฝึกออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน⁹

1.4.5 การจัดการกับความเครียด โดยการฝึกการหายใจ เช่น การหายใจลึก การหายใจด้วยเสียง เป็นต้น การทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ/สนใจ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การเล่นเกม เล่นดนตรี ฟังเพลง พูดคุยกับเพื่อน หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น

1.5 เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้า (Measurement)⁸ แบบประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale: FSS) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยอวยพร สวัสดิ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็น Likert scale 1-7 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 63 คะแนน การแปลผลคะแนนให้คำนวณจากผลรวมของคะแนนแล้วหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด หากได้คะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปแสดงว่ามีอาการเหนื่อยล้า

2. ความแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep disturbance)

2.1 ความหมายของความแปรปรวนของการนอนหลับ สมาคมเวชศาสตร์การนอนหลับของสหรัฐอเมริกา (American academy of sleep medicine)¹¹ ให้นิยามความแปรปรวนของการนอนหลับ ว่าเป็น

“การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับของผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการทำกิจกรรมในเวลา กลางวันตามปกติ ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว”

2.2 ลักษณะของความแปรปรวนของการนอนหลับ (Characteristics)

ความแปรปรวนของการนอนหลับเป็นหนึ่งในอาการที่รุนแรงและพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ลักษณะความแปรปรวนของการนอนหลับของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ การนอนหลับในเวลา กลางวันเพิ่มมากขึ้น (Excessive daytime sleepiness) อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) การหยุดหายใจ ขณะหลับ (Sleep apnea) การเคลื่อนไหวของทรงอกผิดปกติ (Limb movement disorders) และการตื่นในตอนกลางคืนเพิ่มมากขึ้น (Nighttime awakenings)¹² นอกจากนี้ยังพบลักษณะของความแปรปรวนของการนอนหลับ ดังนี้

1) อาการนอนไม่หลับที่เกิดจากมีการรบกวนการนอนหลับพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วย Pineal tumor ที่ได้รับการผ่าตัดและถูกรบกวนการนอนหลับบ่อยครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับถึงร้อยละ 95¹²

2) การนอนหลับในเวลากลางวันเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย Pituitary macroadenoma พบว่า ผู้ป่วยจะมีการนอนหลับในเวลากลางวันเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า ร้อยละ 22 ของผู้ป่วย มีการนอนหลับในเวลากลางวันเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย Craniopharyngioma ที่ได้รับการผ่าตัดและรังสีรักษาพบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะมีการนอนหลับในเวลากลางวันเพิ่มมากขึ้น^{13,14}

3) การหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea) พบว่า ผู้ป่วย Brainstem tumor จะมีประสิทธิภาพการนอนลดลงร้อยละ 76 และมีการหยุดหายใจขณะหลับในช่วงของการนอนหลับ Rapid Eye Movement Sleep (REM) sleep ร้อยละ 94^{15,16}

นอกจากนี้ ปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยอาจเกิดควบคู่ไปกับอาการอื่น ๆ เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้า และอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพของชีวิตของผู้ป่วย

2.3 กลยุทธ์การจัดการกับความแปรปรวนของการนอนหลับ

1) การส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี (Good sleep hygiene)^{3,17} ได้แก่

1.1) สร้างสภาพแวดล้อมในการนอนหลับที่เหมาะสม เช่น การนอนในห้องที่มีด การปิดเสียงที่อาจรบกวนการนอนหลับ และปรับอุณหภูมิในห้องนอนให้อยู่ในระดับที่สบาย เพื่อช่วย กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนเมลาโทนิน ซึ่งช่วยในการนอนหลับ

1.2) กำหนดเวลานอนและตื่นให้สม่ำเสมอ เช่น นอนหลับให้เป็นเวลา โดยให้เข้านอน เวลาเดิมทุกคืน

1.3) สร้างกิจวัตรก่อนนอน โดยทำกิจกรรมที่ช่วยให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย เช่น การอ่านหนังสือหรือการทำสมาธิ

1.4) อาหารและเครื่องดื่ม ควรหลีกเลี่ยงอาหารหนักก่อนนอน ควรรับประทานอาหาร มือเย็นให้เร็วและเบา ลดการบริโภคคาเฟอีนในช่วงบ่ายและเย็น และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนนอน

1.5) การออกกำลังกาย สามารถช่วยปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในช่วงเวลาใกล้เข้านอน

1.6) เพิ่มการงีบหลับสั้น ๆ ในช่วงกลางวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสะสมพลังงานเพิ่มขึ้น โดยให้งีบหลับกลางวันได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง เพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับกลางคืนได้

2) การส่งเสริมการนอนหลับด้านอารมณ์และจิตใจ ประกอบด้วยหลายวิธี ดังนี้

2.1) การนวดและกระตุ้นจุดต่าง ๆ ตามร่างกาย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด บรรเทาอาการปวด และกระตุ้นการผลิตฮอร์โมนเซโรโทนิน (Serotonin) และ เมลาโทนิน (Melatonin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สำคัญในการควบคุมการนอนหลับ ซึ่งส่งผลดีต่อการนอนหลับ¹⁸

2.2) การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เช่น การหายใจลึก การยืดกล้ามเนื้อ การฝึกโยคะ การใช้ความร้อนหรือความเย็น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เป็นการผ่อนคลายร่างกายเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล ช่วยให้นอนหลับดีขึ้น ลดการรบกวนทางอารมณ์ต่อระบบประสาทสมอง ทำให้มีการหลั่งซีโรโทนินเพิ่มขึ้น มีผลยับยั้งการตื่นตัวใน เรติคูลาร์ฟอร์เมชัน (Reticular formation) ทำให้เริ่มเข้าสู่การนอนหลับง่าย¹⁹

2.3) การฟังเพลงหรือดนตรีก่อนนอน ช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น โดยการผ่อนคลายร่างกายด้วยดนตรี จะช่วยลดการไหลเวียนของนอร์เอเดรินาลีน (Noradrenaline) ซึ่งเป็นสารที่มีความเกี่ยวข้องกับการเริ่มต้นนอนหลับหลังจากเข้านอนทำให้หลับง่ายขึ้น¹⁹

3) การส่งเสริมการนอนหลับโดยใช้ยา^{3,10}

3.1) ยากลุ่มกลุ่มยาเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) เช่น Lorazepam, Triazolam, Flurazepam และ Clonazepam เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์กดประสาท (Central nervous system depressants) ใช้รักษาอาการนอนไม่หลับ ทำให้รู้สึกสงบและช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ อาจจะมีผลข้างเคียง คืออาการง่วงซึม การรับรู้บกพร่อง และสูญเสียการทรงตัว

3.2) ยากลุ่มนอนเบนโซไดอะซีปีน (Nonbenzodiazepines) เช่น Eszopiclone, Zolpidem และ Zaleplon เป็นกลุ่มยานอนหลับออกฤทธิ์เร็ว เนื่องจากดูดซึมได้ดี ออกฤทธิ์ใน 30 นาที หลังจากที่ได้รับประทานยาและออกฤทธิ์ได้นาน 8 ชั่วโมง โดยจะทำให้สมองรู้สึกง่วงนอน ทำให้คลายกังวล ช่วยให้การนอนหลับในช่วงเริ่มต้นดีขึ้น ลดปัญหาการตื่นกลางดึกบ่อย

3.3) ยากลุ่มต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants) เช่น Amitriptyline, Mirtazapine, และ Trazodone ใช้ในการรักษาอาการนอนไม่หลับร่วมกับภาวะซึมเศร้า และอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง

2.4 เครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia severity index: ISI) ฉบับภาษาไทยแปลโดยพัทธิญา แก้วแพง²⁰ โดยประเมินอาการนอนไม่หลับทั้ง 4 ด้านได้แก่ ระยะเวลาในการนอน การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ การตื่นเช้ากว่าปกติ และผลกระทบที่เกิดขณะมีอาการนอนไม่หลับ มีข้อคำถาม

จำนวน 7 ข้อ มาตรฐานวัดแบบลิเคิร์ตสเกลจากเส้นตรง ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-28 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนนอาการนอนไม่หลับ

คะแนน	การแปลผล
0 - 7	ไม่มีอาการนอนไม่หลับที่มีนัยสำคัญทางคลินิก No clinically significant insomnia
8 - 14	เริ่มมีอาการนอนไม่หลับ Subthreshold insomnia
15 - 21	มีอาการนอนไม่หลับทางคลินิก (ความรุนแรงปานกลาง) Clinical insomnia (moderate severity)
22 - 28	อาการนอนไม่หลับทางคลินิก (รุนแรง) Clinical insomnia (severe)

3. อาการทุกข์ทรมานด้านจิตใจ (Psychological distress)

เครือข่ายมะเร็งครบวงจรแห่งชาติ (National Comprehensive Cancer Network, NCCN)²¹ ให้นิยามของความทุกข์ทรมานด้านจิตใจว่าเป็น “ประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์หลายประการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ที่อาจรบกวนความสามารถในการรับมือกับโรคมะเร็งของผู้ป่วย” ประมาณร้อยละ 35-74 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ²² เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง มักมีเจตคติต่อโรคว่าเป็นโรคที่ผู้ใดเป็นแล้วต้องเสียชีวิต ไม่มีทางรักษา รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น สูญเสียการควบคุมตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อตามมา คือ ทำให้มีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล สับสน ก้าวร้าว ซึมเศร้า หมดหวัง ปฏิเสธ หรือบางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย^{22,23} จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการทุกข์ทรมานด้านจิตใจที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า^{23,24} มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ความวิตกกังวล (Anxiety)

3.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล เป็นอาการทางจิตใจที่แสดงถึงความรู้สึกตึงเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน ความกดดัน หรือการเจ็บป่วย อาการวิตกกังวลที่รุนแรงหรือเกิดขึ้นบ่อยครั้งอาจกลายเป็นปัญหาทางจิตใจที่ต้องการการดูแลรักษา²⁵

3.1.2 ลักษณะความวิตกกังวล สามารถแสดงออกมาได้หลากหลายรูปแบบ ทั้งทางด้านอารมณ์และทางกายภาพ ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น รู้สึกไม่สบายใจหรือกลัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แม้ว่าจะไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน มีความคิดที่วนเวียนอยู่เกี่ยวกับสิ่งที่เลวร้ายที่จะเกิดขึ้น หรือมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกเหมือนหัวใจเต้นแรงหรือเร็วเกินไป มีเหงื่อออกมากผิดปกติ โดยเฉพาะที่ฝ่ามือหรือร่างกายส่วนอื่น ๆ หรือนอนไม่หลับ เป็นต้น

3.1.3 สาเหตุของความวิตกกังวล ได้แก่

1) ชนิดของเนื้องอกพบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด Secondary หรือ Metastatic brain tumor มักจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเนื้องอกสมองชนิด Primary brain tumor เพราะ Secondary หรือ

Metastatic brain tumor คือมะเร็งที่แพร่กระจายจากอวัยวะอื่น ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง รักษาไม่หาย เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ความวิตกกังวลนี้เกิดได้ตั้งแต่ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยโรคจากแพทย์²⁴

2) การรักษาด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 89 ของผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทเกิดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะรอผ่าตัด สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ กลัวการเสียชีวิต กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กังวลว่าจะปวดแผลผ่าตัด หรืออาการไม่สุขสบายต่าง ๆ กังวลเรื่องครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจสังคม และระยะเวลาการรอผ่าตัด เป็นต้น ส่วนในระยะหลังผ่าตัดผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลจะลดลง^{25,26}

3.1.4 กลยุทธ์การจัดการกับความวิตกกังวล²⁷ มีดังนี้

1) การให้ข้อมูลและความรู้ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตสามารถช่วยลดความวิตกกังวล โดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น

2) การสนับสนุนทางจิตใจ ได้แก่ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ โดยการพูดคุยและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียด และการเข้าร่วมกลุ่มที่มีผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เดียวกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและมีการแบ่งปันประสบการณ์

3) การบำบัดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีการจัดการกับความคิดและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล การบำบัดด้วยการพูดช่วยให้ผู้ป่วยได้เปิดใจพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกวิตกกังวลและความกลัวที่มีต่อโรค

4) การดูแลจากครอบครัวและเพื่อน ได้แก่ การพูดคุยและให้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน การช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ชอบหรือสนใจ สามารถลดความวิตกกังวลได้

3.1.5 เครื่องมือประเมินความวิตกกังวล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้แบบประเมิน A-State²⁸ ในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เพื่อประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเชิงบวกมี 10 ข้อ ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 คะแนน ส่วนข้อความเชิงลบมี 10 ข้อ ให้คะแนน 1-4 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงสุดคือ 80 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด คือ 20 คะแนน เมื่อนำคะแนนมาจัดระดับความวิตกกังวลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ตารางที่ 2 การแปลผลคะแนนความวิตกกังวล

คะแนน	การแปลผล	
20 - 39	เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่ำ	low anxiety
40 - 59	เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลปานกลาง	moderate anxiety
60 - 80	เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง	high anxiety

3.2 ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งสมอง (Glioma) ระดับไม่รุนแรงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยหลังการผ่าตัดสั้นกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งสมอง (Glioma) ระดับไม่รุนแรง อัตราการรอดชีวิตอาจสั้นลง และผู้ป่วยมะเร็งสมอง (Glioma) ระดับรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าก่อนการผ่าตัดจะมีการรอดชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ 12 เดือน และมีเพียงร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ยังมีชีวิตอยู่ เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 41 ของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อัตราการรอดชีวิตลดลง ผู้ป่วยเกิดความคิดฆ่าตัวตาย²⁹

3.2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่มีลักษณะของความรู้สึกเศร้า ไม่มีกำลังใจ หรือหมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ²⁹

3.2.2 ลักษณะของภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็นหลายด้าน²⁹ ได้แก่

1) อาการทางอารมณ์ แสดงออกในลักษณะของความรู้สึกเศร้า อารมณ์แปรปรวน ความรู้สึกไร้ค่า มีความรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่สบายใจเกี่ยวกับอนาคต

2) อาการทางร่างกาย แสดงออกในลักษณะของความเหนื่อยล้า การนอนหลับผิดปกติการเปลี่ยนแปลงในน้ำหนัก อาจมีอาการปวดหรือไม่สบายในร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ

3) อาการทางความคิด แสดงออกในลักษณะของความคิดเชิงลบ การขาดสมาธิ ความคิดฆ่าตัวตาย³⁰

4) อาการทางพฤติกรรม แสดงออกในลักษณะของการหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การทำงานหรือการเรียนลดลง การใช้สารเสพติด

3.2.3 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง^{29,31}

1) การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา ได้แก่ การทำงานของสมองที่เปลี่ยนแปลง โดยเนื้องอกอาจกดทับหรือส่งผลกระทบต่อส่วนต่าง ๆ ของสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการควบคุมอารมณ์ เช่น ส่วนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์และความรู้สึก นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท อาจมีผลต่อระดับสารเคมีในสมอง เช่น เซโรโทนิน (Serotonin) ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์

2) ความเครียดจากการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมองสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต การรักษา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิต

3) ผลข้างเคียงของการรักษา เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด หรือการฉายรังสี อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ และอารมณ์แปรปรวน

4) การเปลี่ยนแปลงในชีวิต การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมที่เคยทำได้ อาจทำให้รู้สึกท้อแท้หรือหมดกำลังใจ จนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.2.4 กลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้า^{31,32}

วิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มีดังนี้

- 1) การบำบัดทางจิตใจ เช่น การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive behavioral therapy) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบที่ส่งผลต่ออารมณ์
- 2) การดูแลสุขภาพกาย เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน การนอนหลับที่เพียงพอ เป็นต้น
- 3) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เช่น การติดต่อสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนเกี่ยวกับความรู้สึกของตน เพื่อไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยว การขอความช่วยเหลือเมื่อรู้สึกต้องการการสนับสนุน
- 4) การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิหรือการฝึกสติสามารถช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสุข การฝึกหายใจลึกๆ เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล การฝึกโยคะหรือการออกกำลังกายที่ผ่อนคลาย เช่น โยคะ หรือการเดินในธรรมชาติ เป็นต้น
- 5) การตั้งเป้าหมายและทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น การตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ เริ่มจากการตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ ที่ทำได้ เช่น ทำกิจกรรมที่ชอบ หรือออกไปเดินเล่น การหากิจกรรมที่สนใจโดยลองทำกิจกรรมใหม่ ๆ ที่อาจทำให้รู้สึกดีขึ้น เช่น วาดรูป เล่นดนตรี หรือการทำงานฝีมือ เป็นต้น

3.2.5 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมินที่นิยมใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า คือ Patient Health Questionnaire-9³¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ใช้เกณฑ์การประเมินที่เริ่มจากคะแนน 0-3 รายละเอียดดังนี้ ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-27 เมื่อนำคะแนนมาจัดระดับภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ตารางที่ 3 การแปลผลคะแนนภาวะซึมเศร้า

คะแนน	การแปลผล
0 - 4	ไม่มีอาการซึมเศร้า
5 - 8	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า
9 - 14	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย หรือ Dysthymia
15 - 19	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
>20	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คะแนน

4. ภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด (Cognitive impairment)

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองจะมีความบกพร่องด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการผ่าตัดสมอง โดยพบว่า ภายหลังการผ่าตัด 3-10 วัน ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความบกพร่องด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้นในด้านการบริหารจัดการ เนื่องมาจากการผ่าตัดมีการทำลายสมองส่วนที่ควบคุมการรู้คิดในด้านต่าง ๆ ไปด้วย และ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นภายหลังการผ่าตัดที่ 3 เดือนขึ้นไป แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ภายหลังการผ่าตัด 3 เดือนแล้วยังคงมีอาการของความบกพร่องด้านการรู้คิดอยู่³³

4.1 ความหมายของภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด คือ ภาวะที่บุคคลสูญเสียหน้าที่ด้านการรับรู้ การเข้าใจ ความจำความคิด การเรียนรู้ ความสามารถในการพูด การได้กลิ่น ความสนใจ การทำงานที่ซับซ้อน และการมีสมาธิที่ลดน้อยลงจากเดิม³³ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

4.2 ลักษณะของภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด³⁴ มีดังนี้

- 1) การรับรู้ ผู้ป่วยเนื้องอกสมองอาจมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมลดลง อาจมีปัญหาในการแยกแยะสิ่งที่มองเห็นหรือได้ยิน
- 2) ความจำ ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาในการจดจำข้อมูลใหม่ การมีความจำในระยะสั้นเสื่อมลง ทำให้มีอาการหลงลืม มีความลำบากในการนึกคำพูดที่จะกล่าวออกมา
- 3) การคิดวิเคราะห์ ผู้ป่วยอาจมีความยากลำบากในการคิดอย่างมีเหตุผล ทำให้การตัดสินใจมีความผิดพลาด และมีความคิดในการวางแผนจัดการต่างๆ ได้น้อยลง
- 4) การเรียนรู้ ผู้ป่วยอาจมีความยากลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือการนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

4.3 สาเหตุภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด ในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง^{10,34}

- 1) การกดทับหรือการทำลายเนื้อสมอง เนื้องอกอาจกดทับหรือทำลายส่วนต่าง ๆ ของสมองที่มีความสำคัญต่อการคิด การวิเคราะห์ และความจำ
- 2) การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ เนื้องอกอาจมีผลต่อการไหลเวียนของเลือดและสารอาหารในสมอง ส่งผลต่อการทำงานของเซลล์สมอง
- 3) ผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด หรือการฉายรังสี อาจมีผลข้างเคียงที่ส่งผลต่อการทำงานของสมอง
- 4) อาการทางจิตเวช ผู้ป่วยอาจประสบปัญหาด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานทางปัญญา

4.4 กลยุทธ์การจัดการกับภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด^{35, 36}

วิธีการจัดการกับภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มีดังนี้

- 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางปัญญา ได้แก่ การฝึกความจำโดยใช้กิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นความจำ เช่น การทำแบบฝึกหัดจดจำ การเล่นเกมที่เน้นการใช้ความคิด เช่น เกมหมากรุก หรือเกมคอมพิวเตอร์ที่ใช้การวางแผน การทำกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือหรือการทำงานฝีมือที่ต้องใช้ความคิดและความตั้งใจ การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยสอนเทคนิคการคิดอย่างมีเหตุผลและการตัดสินใจ เช่น การใช้แผนภูมิหรือการวาดภาพเพื่อช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น

2) การบำบัดทางจิตใจ ได้แก่ การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาช่วยผู้ป่วยเข้าใจและปรับเปลี่ยนความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม และเสริมสร้างกลยุทธ์ในการรับมือกับอาการบกพร่องทางปัญญา

3) การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากการมีส่วนร่วมจากคนใกล้ชิดช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและไม่โดดเดี่ยว เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

4) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 30 นาที ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปยังสมอง ส่วนการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพช่วยในการฟื้นฟูสมองและความจำ รวมถึงการรับประทานอาหารที่ดีมีสารอาหารที่จำเป็นต่อสมอง เช่น โอเมก้า-3 และวิตามินบี เป็นต้น นอกจากนี้ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิหรือโยคะช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตด้วย

5) การจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีเสียงรบกวนที่ทำให้สับสน การใช้เทคโนโลยีช่วย เช่น แอปพลิเคชันหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการจัดการความจำ

6) การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติหรือผู้ดูแล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฟื้นฟูฟื้นฟูทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน โดยเน้นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการรู้คิดด้านต่าง ๆ ดังนี้

6.1) กิจกรรมด้านความจำ สอนและฝึกเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียงลำดับกิจวัตรประจำวัน การฝึกจำภาพและสถานที่

6.2) กิจกรรมด้านสมาธิ สอนและฝึกการจัดการการเงิน ฝึกเล่นไพ่ (playing cards) ฝึกการปั้นดินน้ำมัน ฝึกใช้นิ้วเคาะจังหวะ (Fingers tapping)

6.3) กิจกรรมด้านการใช้เหตุผลและการตัดสินใจ สอนและฝึกการจัดการการเงิน (Working with money) การทำกิจกรรมตามตารางเวลา (Orientation tools) และการดูเวลา (Clock work) เป็นต้น

4.5 เครื่องมือประเมินภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นิยมใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด Mini Mental Stage Examination-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002)³⁷ เป็นแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม คะแนนรวมตั้งแต่ 0-30 คะแนน ใช้ทดสอบการทำงานของสมอง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ ความจำ สมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้น และการใช้ภาษา แบบทดสอบนี้ไม่ใช้ในผู้ที่ตาบอด หูหนวก หรือมีภาวะซึมเศร้า

บทสรุป

การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมองให้มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่ทำนายสำหรับพยาบาล บทความวิชาการนี้นำเสนอรายละเอียดของอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ความแปรปรวนของการนอนหลับ ภาวะกดดันด้านจิตใจ และภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด รวมถึงนำเสนอวิธีการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์และวิธีการประเมินอาการเหล่านั้น ดังนั้นพยาบาลควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยออกแบบการบำบัดทางการพยาบาลหรือสร้าง โปรแกรมการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเหล่านี้ และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยสนับสนุนการดูแลให้ได้มาตรฐานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Boongird A. Brain Tumor [Internet]. Bangkok: Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; [cited 2024 Mar. 9]. Available from <https://www.rama.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/PDFneuro/4.pdf>. (in Thai)
2. Parsons W, & Dietrich J. Assessment and management of cognitive symptoms in patients with brain tumors. American Society of Clinical Oncology. 2021; 41:90-e99.
3. Zhang R, Wang D, Liu Y, Tian M, Zhu L, Chen J, Zhang J. Symptom management in adult brain tumors: A literature review. Nurs Open. 2023; 10: 4892-4906.
4. Lenz E R, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. ANS. 1997; 19 (3): 14-27.
5. Hoomart K, Jitpanya C. Relationships among hemoglobin, insomnia, physical activity, and fatigue in post-stroke patients. Chula Med Bull, 2019; 1(6): 571-80. (in Thai)
6. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN clinical practice guidelines in oncology: cancer-related fatigue. [Internet] [cited 2024 Mar. 9] Available from https://www.nccn.org/login?URL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf
7. Sangchan A, Jitpanya C. Relationships between blood glucose levels, stress, and fatigue of stroke patient. HCU journal. 2018; 21(42): 29-40. (in Thai)
8. Sawasdee A, Preechawong S, Jitpanya C. Relationships between pain, sleep quality, depressive symptoms, and fatigue in post stroke patients. KJN [Internet]. 2018 Jan. 10 [cited 2024 Mar. 9]; 24(2): 7-22. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/108905>. (in Thai)
9. Thakkar P, Greenwald D, & Patel P. Rehabilitation of adult patients with primary brain tumors: A narrative review. Brain Sciences. 2020; 10(8): 1-18.

10. Neurological Institute of Thailand. Clinical nursing practice guidelines. Bangkok: Thana Press; 2020, 103 pages. (in Thai)
11. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. Chest. 2014; 146 (5): 1387-94.
12. King L, Shuboni-Mulligan D, Vera E, Crandon S, Acquaye A, Boris L., ... & Armstrong S. Exploring the prevalence and burden of sleep disturbance in primary brain tumor patients. Neuro-oncology practice. 2022; 9(6): 526-35.
13. Sandro MK, Helen S, Bernhard M, Michael W, Michael S. Sleep disturbance after pinealectomy in patients with pineocytoma WHO I. Acta Neurochir.2012; 154: 1399-1405.
14. Agatha A van der Klaauw, Olaf MD, Alberto MP, Klaas W van Kralingen, Johannes AR. Increased daytime somnolence despite normal sleep patterns in patients treated for nonfunctioning pituitary macroadenoma. J Clin Endocrinol Metab. 2007; 92(10): 3898-3903.
15. Agatha A van der Klaauw, Nienke RB, Alberto MP, Klaas W van Kralingen, Olaf MD, Klaus FR, Johannes WA, Johannes AR. Patients cured from craniopharyngioma or nonfunctioning pituitary macroadenoma (NFMA) suffer similarly from increased daytime somnolence despite normal sleep patterns compared to healthy controls. Clin. Endocrinol. News. 2008); 69: 769-74.
16. Christine L, Brigitte Estournet-Mathiaud, Fawzia Cheliout-Hérait. Sleep disorders caused by brainstem tumor: Case Report. JCN. 2001; 16: 767-70.
17. Martin J, Hart N, Bradford N, Naumann F, Pinkham B, Pinkham P, & Holland J. Exercise as a non-pharmacological intervention for the management of sleep disturbance in primary brain tumour survivors and their caregivers: A study protocol of a clinical trial. JSAMS plus. 2024; 3: 100059.
18. Samuel R, Gururaj R, Kumar V, Vira P, Saxena P, & Keogh L. Randomized control trial evidence for the benefits of massage and relaxation therapy on sleep in cancer survivors - A systematic review. Journal of Cancer Survivorship. 2021; 15: 799-810.
19. Han J, Cheng L, Bi N, & Molasiotis A. Mind-body therapies for sleep disturbance among patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. Complementary Therapies in Medicine.2023; 75: 102954.
20. Kaewpang P, Jitpanya C. Selected factors related to insomnia in adult cancer patients. JNSCU. 2006; 18 (2): 33-47. (in Thai)
21. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. NCCN clinical practice guidelines in oncology: Distress management [cited 2024 Mar. 9] Available from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf

22. Randazzo DM, McSherry F, Herndon JN, Affronti ML, Lipp ES, Flahiff C, Miller E, Woodring S, Freeman M, Healy P, Minchew J, Boulton S, Desjardins A, Vlahovic G, Friedman HS, Keir S, Peters KB. A cross-sectional analysis from a single institution's experience of psychosocial distress and health-related quality of life in the primary brain tumor population. *JNO*. 2017; 134 (2): 363-69.
23. Goebel S, Stark AM, Kaup L, von Harscher M, Mehdorn HM. Distress in patients with newly diagnosed brain tumors. *Psycho-Oncol*. 2011; 20(6): 623-30.
24. Rooney AG, Carson A, Grant R. Depression in cerebral glioma patients: A systematic review of observational studies. *JNCI*. 2011; 103(1), 61-76.
25. Junkaew D, Jitpanya C, Dangdomyuth P. Factors related to depression among patients with brain tumor: A systematic review. *Pnu Sci J [Internet]*. 2012 Oct. 2 [cited 2024 Mar. 9]; 4(3): 14-28. Also available from <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/issue/view/5226>. (in Thai)
26. Junkaew D, Jitpanya C. Selected factors related to depression in adult patients with brain tumor. *J Police Nurs [Internet]*. 2014 Nov. 11 [cited 2024 Mar. 9]; 4(1):27. Available from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/23425/19959>. (in Thai)
27. Phasatanung W, Puthikhamin N, Juntapim S. Anxiety in patients undergoing brain tumor: Nursing management. *Journal of Nursing and Health Care. [Internet]*. 2020 [cited 2024 Mar.9]; 38 (4): 35-44. Available from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/245454/167303>. (in Thai)
28. Rungruangsiripan, M. A State Scale. [Internet] Bangkok: Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; [cited 2024 Mar. 9]. Available from <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909328>. (in Thai)
29. Huang J, Zeng C, Xiao J, Zhao D, Tang H, Wu H, & Chen J. Association between depression and brain tumor: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*, 2017; 8(55): 94932.
30. Toyardmak B, Utriyaprasit K, Chanruangvanich W, Pattaramongkolrit S. Factors predicting cognitive impairment in postoperative brain tumor patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2019; 34(4): 64-79.
31. Pumchan V, Jitpanya C, Sasat S. Selected factors related to depression in post-acute stroke patients. *J Police Nurs [Internet]*. 2014 July 2 [cited 2024 Mar. 9]; 6 (2): 33-4. Available from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/27819/23918>. (in Thai)
32. Wu C, & Lin Y. The effects of supportive caring on symptoms distress, nursing needs, and depression in patients with brain tumor after surgery: a preliminary study. *Hu Li Za Zhi*. 2023; 70(1): 48-59.

33. Marotta D, Tucker Z, Hayward N, Gerstenecker A, Gammon M, Mason M, ... & Triebel K. Relationship between cognitive functioning, mood, and other patient factors on quality of life in metastatic brain cancer. *Psycho-Oncology*. 2020; 29(7): 1174-84.
34. Ali S, Hussain R, Gutiérrez C, Demireva P, Ballester Y, Zhu J, ... & Esquenazi Y. Cognitive disability in adult patients with brain tumors. *Cancer treatment reviews*. 2018; 65: 33-40.
35. Parsons W, & Dietrich J. Assessment and management of cognitive symptoms in patients with brain tumors. in American society of clinical oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting. 2021; 41: e90-e99.
36. Kirkman A, Ekert O, Hunn H, Thomas S, & Tolmie K. A systematic review of cognitive interventions for adult patients with brain tumours. *Cancer Medicine*. 2023; 12(10): 11191-11210.
37. Phanjam N, Jitpanya C. The effect of comprehensive rehabilitation program and brain exercise on activities of daily living of patients with traumatic brain injury . *JNSCU*. 2010; 22 (Special issue): 22-33. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

พัทธมน จินะราช*, กัญญาณัฐ พานทวีป*, ฐานิดา วิงวอน*

ณิชภัทร วันเพ็ญ*, นัยน์กานต์ ไข่มคำ*, นิภาดา ปิตตะ*

พัชรภรณ์ ไชยศรีษะ*, อภิษา วงษ์ใหม่*

อรพิน จุลมูสิ** ปร.ค.

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน แรงจูงใจในการเรียน พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ และสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2566 จำนวนทั้งสิ้น 231 คน แบบสอบถามจำนวน 5 ฉบับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน แบบสอบถามแรงจูงใจในการเรียน แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน แบบสอบถามพฤติกรรมการสอนของผู้สอนตามการรับรู้ของนิสิต และแบบสอบถามพฤติกรรมการตั้งใจเรียน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92, 0.87, 1.00, 1.00, และ 1.00 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83, 0.71, 0.64, 0.85, และ 0.70 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า (1) พฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.35$, $SD = 0.53$) (2) พฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ($r = .35$, $p < .05$) แรงจูงใจในการเรียนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ($r = .46$, $p < .05$) สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ($r = .33$, $p < .05$), และพฤติกรรมการสอนของผู้สอนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ($r = .38$, $p < .05$) สรุปว่าแรงจูงใจในการเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำสำคัญ: การตั้งใจเรียน, พฤติกรรมการตั้งใจเรียน, นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์

*นิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: orapinj@nu.ac.th

วันที่รับบทความ 28 มิถุนายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 19 สิงหาคม 2567 วันตอบรับบทความ 2 กันยายน 2567

Factors Related to Attentive Behavior of Nursing Students at Naresuan University

*Phatthamon Chinarat**, *Kanyanat Pantawee**, *Thanida Wingworn**

*Nichapat Wanpen**, *Naiyakan Khaikham**, *Niphada Pidta**

*Patchareeporn Chairsisa**, *Apisa Wongmai**

*Orapin Jullmusi** Ph.D.*

Abstract:

This descriptive research aimed to study the relationships between student behavior in classroom, motivation for learning, teaching behaviors of teacher, classroom environment and intention behavior of nursing students at Naresuan University. The sample was 231 nursing students in their 1st to 4th year, in academic year 2023 at faculty of nursing, Naresuan University. Data were collected using five questionnaires to collect the data including student behavior in classroom, motivation for learning, classroom environment, teaching behaviors of teacher, and intentional behavior. The validity of five questionnaires were 0.92, 0.87, 1.00, 1.00, and 1.00 respectively. The Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires were .83, .71, .64, .85, and .70 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, point biserial correlation coefficients, and Pearson's product moment correlation coefficients.

The results showed that (1) The intention behavior of nursing students at Naresuan University was at a medium level ($\bar{X} = 3.35$, $SD = 0.53$). (2) Factors that were associated with the intentional behavior of nursing students at Naresuan University including student behavior in classroom showed low correlation with intentional behavior ($r = .35$, $p < .05$), motivation for learning showed moderate correlation with intentional behavior ($r = .46$, $p < .05$), classroom environment was low correlated with intentional behavior ($r = .33$, $p < .05$), and teaching behaviors of teacher was low correlated with intentional behavior ($r = .38$, $p < .05$). In conclusion, motivation to study is related to the study-attention behavior of Faculty of Nursing students.

Keywords: Attention, Attentive Behavior, Nursing Students

**Nursing student, Faculty of Nursing, Naresuan University*

***Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University, E-mail: orapinj@nu.ac.th*

Received June 28, 2024, Revised August 19, 2024, Accepted September 2, 2024

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวสู่สังคมดิจิทัล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่มีความเจริญก้าวหน้า ที่ซึ่งทุกคนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว ทุกสถานที่ และทุกเวลา¹ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษาและการจัดการเรียนการสอนในยุคดิจิทัลนี้ ทำให้ผู้สอนต้องปรับรูปแบบการเรียนการสอนแบบเดิมที่ต้องเรียนผ่านหนังสือเรียน ตำรา หรือเอกสารประกอบการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนเป็นการเรียนผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์² ทั้งผู้เรียนและผู้สอนจำเป็นต้องเพิ่มทักษะเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ เพื่อใช้ในการจัดการเรียนการสอนและการเรียนรู้มากขึ้น

ถึงแม้ว่าการเรียนปัจจุบันผู้เรียนจะสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้อย่างรวดเร็ว แต่กลับพบปัญหาว่าผู้เรียนใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีในการเรียนรู้อย่างไม่เหมาะสม จนเกิดปัญหาการเรียนรู้อตามมา เช่น ขณะที่ผู้สอนกำลังสอนผู้เรียนแอบเล่นโทรศัพท์ หรือแอบเล่นเกมในเวลาเรียน การใช้สื่อออนไลน์ที่มากเกินไปหรือการนำข้อมูลสื่อออนไลน์ที่ไม่น่าเชื่อถือมาใช้ และการคัดลอกงานมาทั้งหมดโดยไม่ได้อธิบายและอ้างอิง เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญที่ยังส่งผลให้ผู้เรียนขาดสมาธิในการเรียน ไม่ตั้งใจเรียน ละทิ้งความสนใจจากการเรียนได้ง่าย การใช้ภาษาไทยไม่ถูกต้อง ใช้คำหยาบไม่สุภาพ และเกิดความเข้าใจผิดในการสื่อสาร เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียนได้³

การตั้งใจเรียนเป็นกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้เรียน เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจและเอาใจใส่ต่อการเรียน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลากหลายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตั้งใจในชั้นเรียน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส รายได้⁴ การรับประทานอาหารก่อนเริ่มเรียน อาการง่วงนอนในห้องเรียน⁵ การใช้สมาร์ตโฟนของผู้เรียน การเล่นเกม การส่งข้อความระหว่างเรียน การทำงานวิชาอื่นขณะเรียน พูดคุยกับคนอื่น ๆ ในห้องเรียน การเดินเข้าออกชั้นเรียน การรับประทานอาหารในห้องเรียน นอนในห้องเรียน อาการป่วยของผู้เรียน⁶ ความเครียด การควบคุมตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์⁴ ความวิตกกังวล ความสนใจในการเรียน⁷

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตั้งใจในชั้นเรียน ได้แก่ มลพิษทางเสียง แสง และการระบายอากาศที่เหมาะสมในห้องเรียน นักเรียนในห้องเรียนมีจำนวนมาก⁵ ปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์ในห้องเรียน อุณหภูมิในห้องเรียน⁶ สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษาด้วยกัน⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สอนนับเป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตั้งใจในชั้นเรียน ได้แก่ ทักษะของผู้สอนในการสร้างแรงจูงใจ⁵ พฤติกรรมการสอนของผู้สอน⁴ และการสนับสนุนจากผู้สอน⁷

จากการสังเกตพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ พบว่า นิสิตมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ร่วมกับรูปแบบของการเรียนในห้องเรียนปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงมีการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หรือมีการใช้เทคโนโลยีในการเรียนการสอนเป็นส่วนใหญ่

แต่ไม่ปรากฏงานวิจัยใดที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นแนวทางในการส่งเสริมความตั้งใจระหว่างเรียนของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร และนำผลการศึกษาให้คณะพยาบาลศาสตร์และผู้สอนนำไปต่อยอดพัฒนาวิธีและรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตต่อไป

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน แรงจูงใจในการเรียน พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ และสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน แรงจูงใจในการเรียน พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ และสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สมมติฐาน

พฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน แรงจูงใจในการเรียน พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ และสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กรอบแนวคิด

ตามแนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา⁸ มีแนวคิดพื้นฐานว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (P) และปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) ซึ่ง ปัจจัยดังกล่าวต่างส่งผลต่อกัน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อมนั้นยังส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ จึงถือว่าทั้งบุคคลที่ต้องการจะเรียนรู้และสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุของพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน แรงจูงใจในการเรียน และปัจจัยสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ และสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน แรงจูงใจในการเรียน พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ และสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร วิธีการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2566 จำนวน 452 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยแบ่งเป็นกลุ่มตามชั้นปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณตามสูตรยามานะ⁹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Dropout rate) จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คิดเป็น 21 คน¹⁰ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 231 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2566
2. สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ
3. ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ป่วยหรือมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามได้
2. ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย
3. นิสิตที่เป็นผู้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 8 คน
4. นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2566 ที่เป็นกลุ่มทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) จำนวน 30 คน

จากนั้น ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) ในแต่ละชั้นปี โดยนำรายชื่อนิสิตพยาบาลที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2566 เขียนชื่อใส่สลากแบบเรียงรายชื่อแยกเป็น ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 ตามลำดับ จับสลากชื่อนิสิตที่กำลังเข้ารับการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร แบบใส่คืน เพื่อให้ประชากรมีโอกาสถูกเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่ากันทุกครั้ง สุ่มตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ของแต่ละชั้นปีจนได้ตัวอย่างครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน โดยดัดแปลงมาจากการศึกษาของ Rahiminia et al.⁵ และ พิษณุ ลิ้มพะสูตร⁴ แบบสอบถามมีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ โดยคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแนวคิดของลิเคอร์ท (Likert) มี 5 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนจากการวิเคราะห์ตามเกณฑ์ของ ชานินทร์ ศิลป์จารุ¹¹ ดังนี้

เกณฑ์ช่วงคะแนน	ความหมายตามเกณฑ์ช่วงคะแนน
คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้เรียนในห้องเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้เรียนในห้องเรียนอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้เรียนในห้องเรียนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้เรียนในห้องเรียนอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้เรียนในห้องเรียนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. แบบสอบถามแรงจูงใจในการเรียน

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามแรงจูงใจในการเรียน โดยดัดแปลงมาจากการศึกษาของพิษณุ ลิ้มพะสูตร⁴ และ วัชระ ประทาน⁷ แบบสอบถามมีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแนวคิดของลิเคอร์ท (Likert) มี 5 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนจากการวิเคราะห์ตามเกณฑ์ของชานินทร์ ศิลป์จารุ¹¹ ดังนี้

เกณฑ์ช่วงคะแนน	ความหมายตามเกณฑ์ช่วงคะแนน
คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00	ผู้เรียนมีแรงจูงใจในการเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49	ผู้เรียนมีแรงจูงใจในการเรียนอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	ผู้เรียนมีแรงจูงใจในการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	ผู้เรียนมีแรงจูงใจในการเรียนอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	ผู้เรียนมีแรงจูงใจในการเรียนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน โดยดัดแปลงมาจากการศึกษาของ พิศุทธิภา เมธิกุล¹² Attia et al.⁶ และ Rahiminia et al.⁵ แบบวัดมีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนจากการวิเคราะห์ตามเกณฑ์ของชานินทร์ ศิลป์จารุ¹¹ ดังนี้

เกณฑ์ช่วงคะแนน	ความหมายตามเกณฑ์ช่วงคะแนน
คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00	สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนที่เหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49	สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนที่เหมาะสมอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนที่เหมาะสมอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนที่เหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการสอนของผู้สอนตามการรับรู้ของนิสิต

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมการสอนของผู้สอนตามการรับรู้ของนิสิต โดยดัดแปลงมาจากการศึกษาของ พิษณุ ลิ้มพะสุตร⁴ Attia et al.⁶ และ Rahiminia et al.⁵ ข้อคำถามครอบคลุมนิยามของการรับรู้พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ จำนวนคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนจากการวิเคราะห์ตามเกณฑ์ของธานินทร์ ศิลป์จารุ¹¹ ดังนี้

เกณฑ์ช่วงคะแนน	ความหมายตามเกณฑ์ช่วงคะแนน
คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00	การรับรู้พฤติกรรมการสอนที่ดีของผู้สอนอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49	การรับรู้พฤติกรรมการสอนที่ดีของผู้สอนอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	การรับรู้พฤติกรรมการสอนที่ดีของผู้สอนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	การรับรู้พฤติกรรมการสอนที่ดีของผู้สอนอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	การรับรู้พฤติกรรมการสอนที่ดีของผู้สอนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการตั้งใจเรียน

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมการตั้งใจเรียน โดยดัดแปลงมาจากการศึกษาของ พิษณุ ลิ้มพะสุตร⁴ และพิศุทธิภา เมธิกุล¹² ข้อคำถามครอบคลุมนิยามของพฤติกรรมการตั้งใจเรียน จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน ในการประเมินระดับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายตามเกณฑ์ของลิเคิร์ท (Likert scale)¹² ดังนี้

เกณฑ์ช่วงคะแนน	ความหมายตามเกณฑ์ช่วงคะแนน
คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00	ผู้เรียนมีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนในห้องเรียนในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49	ผู้เรียนมีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนในห้องเรียนในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	ผู้เรียนมีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนในห้องเรียนในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	ผู้เรียนมีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนในห้องเรียนในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	ผู้เรียนมีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนในห้องเรียนในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยนำไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียนเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามแรงจูงใจในการเรียนเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนเท่ากับ 1.00 แบบสอบถามพฤติกรรมการสอนของผู้สอนตามการรับรู้ของนิสิตเท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการตั้งใจเรียนเท่ากับ 1.00

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

เมื่อโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยได้จัดทำบันทึกข้อความขออนุญาตใช้แบบสอบถามถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ไปทดลองใช้ (Try out) กับนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแต่ละแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียนเท่ากับ 0.83 แบบสอบถามแรงจูงใจในการเรียนเท่ากับ 0.71 แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนเท่ากับ 0.64 แบบสอบถามพฤติกรรมการสอนของผู้สอนตามการรับรู้ของนิสิตเท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการตั้งใจเรียนเท่ากับ 0.70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร COE No. 003/2024 หลังจากได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเองและขอความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะนำเสนอโดยภาพรวม

ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 รวมเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 2 เดือน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ หลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร และได้รับการอนุมัติดำเนินการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. ผู้วิจัยทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับข้อคำถามในแบบสอบถามก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจที่ตรงกัน

3. หลังโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการผู้วิจัยจัดทำรายชื่อนิสิต โดยเรียงจากรหัส นิสิตของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยธนเรศวร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) ตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปีที่ได้จากการคำนวณจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 231 คน

4. ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ การดำเนินการ แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น

5. ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและรวบรวมข้อมูลออนไลน์ผ่านแบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ (Google form) โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ความเสี่ยงและความไม่สบายใจที่อาจได้รับจากการวิจัย ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำอธิบายโครงการวิจัยหรือมีข้อซักถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยโดยตรงผ่านทาง E-mail ที่แนบไป ผู้วิจัยอธิบายอย่างละเอียดจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างไม่มีข้อกังวลสงสัย จึงขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยมีตัวเลือกให้กลุ่มตัวอย่างลงยินยอมหรือไม่ยินยอม เพื่อยืนยันความประสงค์ที่จะเข้าร่วมการวิจัย

6. หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้เวลาการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างโดยสะดวก ไม่มีการจำกัดเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้คำอธิบายข้อคำถามหากกลุ่มตัวอย่างสงสัย และส่งแบบสอบถามคืนหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วน และแบบสอบถามที่ส่งกลับมายังผู้วิจัย โดยได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 216 ฉบับ และมีกลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 6.49 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปที่มีระดับการวัดตัวแปรมาตรฐานบัญญัติ (Nominal scale) ได้แก่ เพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม และรายได้ต่อเดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent)

2. ข้อมูลปัจจัยพฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน แรงจูงใจในการเรียน สิ่งแวดล้อมในห้องเรียน พฤติกรรมการสอนของอาจารย์ และพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

นเรศวร ซึ่งมีระดับการวัดตัวแปรมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ ค่าเฉลี่ย \bar{X} และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน แรงจูงใจในการเรียน สิ่งแวดล้อมในห้องเรียน พฤติกรรมการสอนของอาจารย์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสมและรายได้ต่อเดือน โดยหาค่าร้อยละ ปรากฏผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม และรายได้ต่อเดือน

(n=216)		
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	21	9.72
หญิง	195	90.28
2. ชั้นปี		
ปี 1	48	22.22
ปี 2	66	30.56
ปี 3	52	24.07
ปี 4	50	23.15
3. เกรดเฉลี่ยสะสม		
1.50 - 1.99	1	0.46
2.00 - 2.49	2	0.93
2.50 - 2.99	14	6.48
3.00 - 3.49	101	46.76
3.50 - 4.00	98	45.37
4. รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	14	6.48
3,000 - 5,000 บาทต่อเดือน	77	35.65
5,001 - 9,000 บาทต่อเดือน	95	43.98
มากกว่า 9,000 บาทต่อเดือน	30	13.89

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 90.28 และเป็นเพศชาย 21 คน คิดเป็นร้อยละ 9.72 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 2 จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 30.56 รองลงมา คือ นิสิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 24.07 นิสิตชั้นปีที่ 4 จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 23.15 และนิสิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.00-3.49 จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 46.76 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001-9,000 บาทต่อเดือน จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 43.98

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการตั้งใจเรียน

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน (n=216)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
พฤติกรรมการตั้งใจเรียน	3.35	0.53	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 (S.D. = 0.533)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนเรศวร

ตารางที่ 3 แสดงค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนเรศวรในภาพรวม (n=216)

ตัวแปร	พฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน	แรงจูงใจในการเรียน	พฤติกรรมการสอนของอาจารย์	สิ่งแวดล้อมในห้องเรียน	พฤติกรรมตั้งใจเรียน
พฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียน	1	.04	-.19*	-.05	-.35*
แรงจูงใจในการเรียน		1	.26*	.32*	.46*
พฤติกรรมการสอนของอาจารย์			1	.55*	.38*
สิ่งแวดล้อมในห้องเรียน				1	.33*
พฤติกรรมตั้งใจเรียน					1

*p-value < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ($r=.35, p<.05$) แรงจูงใจในการเรียนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ($r=.46, p<.05$) สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ($r=.33, p<.05$) และพฤติกรรมการสอนของผู้สอนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน ($r=.38, p<.05$)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์พฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.35, S.D.=.533$) เนื่องจากการศึกษาหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีเนื้อหาด้านวิชาการที่เข้มข้นทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีการเรียนการสอนที่ติดต่อกันหลายชั่วโมงทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ซึ่งส่งผลให้ผู้เรียนมีความเหนื่อยล้า มีการรับรู้เนื้อหาขณะเรียนลดลง มีสมาธิในห้องเรียนลดลง ร่วมกับปัจจุบันอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เข้ามามีบทบาทในการจัดการเรียนการสอนและเป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยสร้างความสะดวกสบาย สามารถพกพาอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ไปได้ทุกที่ทุกเวลา ค้นคว้าข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว ในทางกลับกันผู้เรียนบางคนใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อลดความเหนื่อยล้าหลังจากการเรียนที่ยาวนานในตลอดทั้งวัน จะทำให้ผู้เรียนขาดสมาธิในการเรียน ควบคุมเวลาเรียน ไม่ตั้งใจเรียน ติดสื่อออนไลน์จนลืมการเรียน ละความสนใจจากการเรียนได้ง่าย ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียนตามมาได้ จึงทำให้นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีพฤติกรรมการตั้งใจเรียนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในเครือข่ายภาคกลาง¹⁴ พบว่า พฤติกรรมการตั้งใจเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 98.65$) ที่ศึกษาพฤติกรรมการตั้งใจเรียนเมื่อมีการจัดการเรียนการสอนผ่านทางอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้เรียนสามารถเชื่อมต่อสื่อออนไลน์ได้ตลอดเวลา

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2.1 พฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียนกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน

ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมของผู้เรียนในห้องเรียนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เนื่องมาจากหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเน้นการสอนเนื้อหาด้านวิชาการที่มีความเข้มข้นทำให้มีการจัดการเรียนการสอนที่ติดต่อกัน

หลายชั่วโมงและหลายวิชา ทำให้ระหว่างเรียนผู้เรียนเกิดความเหนื่อยล้า ความสนใจในการเรียนลดลง ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมในชั้นเรียนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ง่วงหรือนอนหลับ อ่อนเพลีย หรือเหม่อลอยระหว่างเรียน เป็นต้น นอกจากนี้การศึกษานี้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนของคณะพยาบาลมากขึ้น ทำให้ผู้เรียนมีการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการเรียน จึงทำให้ผู้เรียนมักเล่นโซเชียลมีเดียหรือเช็คอีเมลขณะเรียน ผู้เรียนบางคนหันไปสนใจเพื่อนมากกว่าบทเรียน จึงทำให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมในห้องเรียนที่ไม่เหมาะสมจนส่งผลให้ผู้เรียนไม่ตั้งใจเรียน จะเห็นว่าหากผู้เรียนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในห้องเรียนได้ จะส่งผลให้ผู้เรียนไม่ตั้งใจเรียนตามมา ดังนั้นหากผู้เรียนมีการเรียนรู้แบบควบคุมตนเองได้ ทำให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมในห้องเรียนอย่างเหมาะสม จนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ตั้งใจเรียนของผู้เรียนตามมาได้¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน วิชาการบัญชีชั้นสูง 2 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีปทุม¹⁶ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเรียนในทางที่ดีส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ตั้งใจเรียนและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีตามมาด้วย สำหรับการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนพบว่า จำนวนครั้งการถามหรือตอบคำถามอาจารย์ในระหว่างการเรียนมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไปในทิศทางเดียวกัน และจำนวนครั้งการเล่นกับเพื่อนในระหว่างการเรียนมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไปในทิศทางตรงกันข้าม

2.2 แรงจูงใจในการเรียนกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน

ผลการวิเคราะห์ พบว่า แรงจูงใจในการเรียนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากแรงจูงใจในการเรียน ก่อให้เกิดความเพียรพยายามที่จะกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ในการทำงานที่ได้รับมอบหมายและสามารถทำงานให้สำเร็จได้ ความอยากรู้ อยากเห็นในเนื้อหาการเรียน และอยากกระทำในสิ่งที่ตนสนใจ ทำให้เกิดการตั้งใจเรียน ถ้าผู้เรียนมีแรงจูงใจในการเรียนมาก จะทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมที่ตั้งใจเรียนมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตั้งใจเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์⁴ ซึ่งพบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ตั้งใจเรียน และสามารถทำนายพฤติกรรมที่ตั้งใจเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาการพัฒนาโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุ และการวิเคราะห์อิทธิพลส่งผ่าน การรับรู้ความสามารถของตนเองทางวิชาการต่อพฤติกรรมที่ตั้งใจเรียน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนในเครือสาธิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ⁷ ซึ่งพบว่า ความสนใจหรือแรงจูงใจในการเรียน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ตั้งใจเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.3 สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียน

ผลการวิเคราะห์ พบว่า สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการตั้งใจเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ

ภายในห้องเรียน เช่น การวางตำแหน่งของโต๊ะและเก้าอี้ วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยี และการสื่อสารทางการศึกษา ความสะอาดของอาคารสถานที่ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัย รวมไปถึงแสงสว่าง เสียง และการถ่ายเทอากาศ ล้วนเป็นสิ่งที่อยู่รอบตัวของผู้เรียน ทำให้มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความสนใจ ส่งผลให้ผู้เรียนพอใจและพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน สามารถช่วยขับเคลื่อนศักยภาพและพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนให้มีคุณภาพได้ สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนในห้องเรียน ถ้าสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนดีมีความเหมาะสม จะทำให้เกิดพฤติกรรมกระตุ้นใจเรียนมากขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของเทคโนโลยีและสิ่งรบกวนความตั้งใจเรียนในการเรียนของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี⁶ พบว่า เทคโนโลยีและสิ่งรบกวนสมาธิทั้งปัจจัยภายในและภายนอกมีผลกระทบกับความตั้งใจเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.4 พฤติกรรมการสอนของอาจารย์กับพฤติกรรมกระตุ้นใจเรียน

ผลการวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมการสอนของอาจารย์มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมกระตุ้นใจเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องมาจากการรับรู้ของนิสิตเกี่ยวกับการสอนของอาจารย์ ตั้งแต่การเตรียมการสอน วิธีการสอน การใช้สื่อที่เหมาะสมกับเนื้อหาที่นำมาสอน การประเมินผลการเรียนที่รวดเร็วและยุติธรรม หรือการเปิดโอกาสให้นิสิตมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนอย่างเหมาะสม ให้ความสนใจ ให้คำชมเชยกับนิสิต ส่งผลให้นิสิตพยายามมีความสนใจ ตั้งใจเรียนขณะที่มีการเรียนการสอนตลอดจนมีความกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือในกิจกรรมการเรียนการสอน ถ้าอาจารย์มีพฤติกรรมสอนที่ดี จะทำให้เกิดพฤติกรรมกระตุ้นใจเรียนมากขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกระตุ้นใจเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์⁴ ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการสอนของอาจารย์เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกระตุ้นใจเรียน และสามารถทำนายพฤติกรรมกระตุ้นใจเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า แรงจูงใจในการเรียนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกระตุ้นใจเรียนมากที่สุด จึงควรกระตุ้นการกำหนดเป้าหมายและสร้างแรงจูงใจในการเรียนของตนแก่นิสิตพยายามตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาในชั้นปีที่ 1 เพื่อให้ นิสิตตั้งใจเรียนจนสามารถสำเร็จการศึกษาตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

1.2 นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการจัดรูปแบบการเรียนการสอน และออกแบบกิจกรรมในรายวิชาต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการศึกษาของนิสิตพยาบาลสถาบันอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยกับการศึกษาในครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวรงค์ จันทรวิจิตร คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ได้สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งบุคลากร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่คอยช่วยเหลือ ประสานงาน และให้คำแนะนำจนทำให้การทำวิจัยในครั้งนี้ประสบความสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Uppinjai S, and Yawiraj P. Classroom Management in the Digital Age. Journal of Association of Professional Development of Educational Administration of Thailand (JAPDEAT). 2019; 1(4): 51-66. (in Thai)
2. Jantakeeree T. Online Instructional Management In the Digital Era. 2022; Journal of Modern Learning Development. 2022; 7(10): 349-63. (in Thai)
3. Chamnian, M. & Chamnian K. Benefit, Problems and Solutions of Using Online Media in Studies with Efficiency in Schools, Nakhon Si Thammarat Province. Ratchaphruek Journal. 2018; 16(3): 113-21. (in Thai)
4. Limpasute P. Attentive behavior of part-time undergraduate student at Rajabhat Rajanagarindra University. Chachoengsao. [thesis]. Srinakharinwirot University; 2012. (in Thai)
5. Rahiminia E, Yazdani S, Rahiminia H. Factors affecting concentration and attendance in the classroom from students' point of view in Qom University of Medical Sciences (2018). Educational Research in Medical Sciences 2019; 8(2): 1-6.
6. Attia NA, Baig L, Marzouk YI, Khan A. The potential effect of technology and distractions on undergraduate students' concentration. Pakistan journal of medical sciences 2017; 33(4): 860-65.
7. Pratan W. Causal model development, factor affecting and mediation effect to attention behavior through academic self-efficacy of the 4th years student in Srinakharinwirot University' s demonstration school. [thesis]. Srinakharinwirot University; 2013. (in Thai)
8. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. Organizational behavior and human decision processes 1991; 50(2): 248-87.
9. Srisatidnarukul, B. The methodology in nursing research. 5thed. You and I intermedia, (2010). (in Thai)

10. Wonghipthong K, Khom-u K, Danjittisiri K, Thiangtrong K, Thiangjan N, Thongdonngow W, Thamicharoenthawon A, Kinzang Y, Suwannakeeree W. Caring Behaviors of Nursing Students at Naresuan University. Thai Journal of Nursing, 2020; 69(4): 11-20. (in Thai)
11. Silpcharu T. SPSS and AMOS: Research and Data Analysis. 17th ed. Business R&D, (2017). (in Thai)
12. Metheekul P. Causal Factors Influencing Learning Achievement of Undergraduate Students in Faculty of Education, Dhonburi Rajabhat University. Journal of Graduate School, Pitchayatat. 2018; 14(2): 113-20. (in Thai)
13. Kritthiammek S. Factors influencing the working efficiency of the production department in PZ cussions company limited. [thesis]. Rajamangala University of Technology Thanyaburi; 2017. (in Thai)
14. Wanngamwiset, S., Lumrod, N., & Tojun, S. Factors Associated with Intentional Behavior of Using Online Learning among Nursing Students of Nursing Colleges Under Praboromarajchanok Institute (Central Network 1). Journal of Nursing and Education. 2023; 16(1): 48-57. (in Thai)
15. Chevasutho, R. Relationship between Teaching Quality, Learning Behaviour and Learning Efficacy as Observed amongst Third-Year Nursing Science Majors at Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri. Journal Thai Nurse midwife Council. 2013; 27(4): 43-56. (in Thai)
16. Wannapuek, R. Learning behavior towards academic achievement in advanced accounting II of Sripratum University' s students. Sripratum University Conference. 2011; 835-42. (in Thai)

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ในบริบทชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

ปาริชาติ ญาตินิยม* ปร.ค.

สมคิด เทียมแก้ว** ปร.ค.

บุษรา ศรีชัย *** ส.ม.

จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์ **** ปร.ค.

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมาย องค์ประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ใหญ่วัยปลาย อายุระหว่าง 50-59 ปี และผู้สูงอายุ ที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การคิดจินตนาการว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะอยู่อย่างไร รวมถึงการวางแผนดำเนินการในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามความคาดหวัง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 การดูแลร่างกายให้ไม่ต้องคิดเตียงพึ่งพาลูกหลาน องค์ประกอบที่ 2 เก็บออมตามศักยภาพ องค์ประกอบที่ 3 การเตรียมผู้ดูแล ครอบครัวยุติธรรม องค์ประกอบที่ 4 การปรับปรุงที่อยู่อาศัยตามบริบท องค์ประกอบที่ 5 เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และ องค์ประกอบที่ 6 การเรียนรู้สื่อดิจิทัล อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ดิจิทัล ผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางสำหรับประชาชนในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพและสร้างแผนกลยุทธ์สำหรับหน่วยงานของภาครัฐ

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, สูงอายุอย่างมีคุณภาพ, ผู้ใหญ่ตอนปลาย, ผู้สูงอายุ

*Corresponding author, อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

E-mail: pyatniyom@yahoo.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านแท่น

***นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสาร

****อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

วันที่รับบทความ 31 สิงหาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 กันยายน 2567 วันตอบรับบทความ 18 กันยายน 2567

Active Aging Preparation Among Late Adults and Older Adults in Community Settings: A Case Study of Chaiyaphum Province

Parichat Yatniyom Ph.D.*

*Somkid Taemkaew** Ph.D.*

*Budsara Srichai*** M.P.H.*

*Jiratchaya Laokhompruttajarn**** Ph.D.*

Abstract:

This qualitative research explored the meaning and component of active aging preparation for late and older adults. Thirty-two late adults age between 50-59 year and older adults were selected by purposive sampling. Data were collected using in-depth interview, focus group discussion, and were analyzed by using content analysis. Informants identified meaning of active aging preparation were provided by late adult and elderly were the envisioning living the present life continuously until old ages according to the plans. Active aging preparation comprised of 6 dimensions: 1) caring of health for prevention bedridden status and dependency; 2) financial preparation for future needs; 3) arranging future family caregiving and death; 4) context-appropriate living arrangements; 5) social participation; and 6) digital technology learning. The finding can be used to active aging preparation guideline for populations and initiate strategic planning for government agencies.

Keyword: Preparation, Active aging, Late adults, Older adults

**Corresponding author, Instructure of Adult and Gerontological Department Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University*

E-mail: pyatniyom@yahoo.com

***Expert Professional Nurse, Bantan Hospital*

****Khonsan District Public Health Office*

*****Instructure of Maternal and Child Midwifery Department Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University*

Received August 31, 2024 Revised September 18, 2024 Accepted September 18, 2024

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันจังหวัดชัยภูมิก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) คือมีประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด เรียกร้อยแล้ว โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 279,463 คน¹ จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,111,515 คน² คิดเป็นร้อยละ 25.14 อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิเป็นไปแบบก้าวกระโดด จากร้อยละ 17.20 ในปี 2558 เป็น 18.50 ในปี 2559 ร้อยละ 19.43 ในปี 2560 ร้อยละ 20.3 ในปี 2565 ร้อยละ 25.14 ในปี 2567³ ซึ่งรวดเร็วกว่าสถานการณ์ของประเทศไทยที่จะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์แบบในปี พ.ศ.2567 สาเหตุสอดคล้องตามสถานการณ์ของประเทศคือ เกิดเนื่องจากการขยับเคลื่อนตัวของประชากรกลุ่ม “เบบี้บูม” (Baby boom) คือ ผู้ที่มีอายุ 51-69 ปี และ “ประชากรรุ่นเกิดล้าน” หรือ “สินามิประชากร” คือ ผู้ที่มีอายุ 34-54 ปี⁴ ความตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวทำให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กำหนดให้ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของประชากรทุกกลุ่มวัยในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ เป็นยุทธศาสตร์สำคัญลำดับหนึ่งในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)⁴ การดำเนินงานมากกว่า 19 ปี พบว่า ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เป้าหมายในระดับต่ำและไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย^{5,6}

ท่ามกลางสถานการณ์ดังกล่าว พบข้อมูลความไม่พร้อมในการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ (Active aging) ของประชากรกลุ่มสินามิประชากร และในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ โดยการวิเคราะห์ตามแนวคิด Active aging ของ (World Health Organization : WHO) (2002)⁷ ดังนี้ (1) องค์ประกอบด้านสุขภาพกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์อัมพาต จำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 12.13 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 23.07 ในปี 2554 มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.55 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 2.31 ในปี 2561¹ ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ เป็นไปในทิศทางเดียวกับภาพรวมประเทศ จากการสำรวจข้อมูลในโครงการส่งเสริมสุขภาวะชุมชนเพื่อวัดดัชนีความสุขมวลรวมชุมชน ปีงบประมาณ 2565 พบแนวโน้มโรคสมองเสื่อม อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้น คือ มีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (TUG>14) จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 26.75 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 24.13 นอกจากนั้นยังพบข้อมูลภาพรวมด้านสุขภาพว่าขาดความรู้เรื่องกระบวนการชราและการดูแลตนเอง⁸ (2) องค์ประกอบด้านความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ (2.1) ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ต้องรับสวัสดิการเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถึงร้อยละ 89.4 (162,372 คน) มีความพิการรับเบี้ยผู้พิการร้อยละ 13.3 (24,094 คน)⁹ และกว่าร้อยละ 50 ยังคงต้องทำงานหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนถึงร้อยละ 46.67 สะท้อนให้เห็นถึงความไม่พร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุด้านการเงิน (2.2) สถานการณ์การอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังขาดผู้ดูแล และบางส่วนต้องเลี้ยงดูหลานด้วย ซึ่งเป็นลักษณะครอบครัวแหวกกลาง (Skipped generation family) เพิ่มจำนวนมากขึ้น ปัจจุบันจังหวัดชัยภูมิ มีครัวเรือน 387,224 ครัวเรือน ครอบครัวแหวกกลาง

จำนวน 52,848 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 13.65^{10,11} (3) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในกลุ่มติดสังคม แต่แนวโน้มภาวะอัมพาตและภาวะติดเตียงเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับพบสถิติประชาชนวัยผู้ใหญ่กว่าร้อยละ 89.8 เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีความเสี่ยงจะเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มมากขึ้น สภาพปัญหาและสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความไม่พร้อมในการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่าง ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคม และความมั่นคงในชีวิต ตามแนวคิดพหุผลัง (Active ageing) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002)⁷ ซึ่งหากกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งเป็นกลุ่มสัณนิประชากรจำนวนมากดังกล่าวก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุโดยมิได้เตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพย่อมจะทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อคุณภาพชีวิตต่อตัวผู้สูงอายุเอง เป็นทุกขภาวะของครอบครัวในการดูแล ภาครัฐต้องเตรียมการจัดบริการทางสุขภาพบริการทางสังคม และงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุเท่าที่วิญญเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ในมุมมองของประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ ซึ่งมีมุมมองที่แตกต่างหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทชุมชน อาชีพ วิถีชีวิตของบุคคล แต่ยังไม่มีการอธิบายเกี่ยวกับมุมมองความหมายและองค์ประกอบการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ของประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ ในบริบทชุมชนอีสานจังหวัดชัยภูมิ ท่ามกลางสถานการณ์ก้าวกระโดดของการเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ของจังหวัดชัยภูมิ จึงจำเป็นต้องแสวงหาองค์ความรู้ที่จะช่วยอธิบายเกี่ยวกับความหมาย องค์ประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ ในบริบทชุมชนอีสานจังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นองค์ความรู้เบื้องต้นในการเตรียมความพร้อมประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ในการเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) และสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ต่อไป อีกทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่นจักได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบในการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความหมาย องค์ประกอบการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของผู้ใหญ่ตอนปลายผู้สูงอายุ ในบริบทชุมชนจังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางเบื้องต้น (Preconceive notion) สำหรับการศึกษา ได้แก่ แนวคิดพหุผลัง (Active aging) ขององค์การอนามัยโลก⁷ ซึ่งได้ให้ความหมายว่า “พหุผลัง” เป็นกระบวนการที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาวะ การมีส่วนร่วม และหลักประกันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ เพศและวัฒนธรรม มีตัวกำหนดคือ 1) ระบบบริการทางสุขภาพและสังคม 2) พฤติกรรมสุขภาพ 3) ปัจจัยส่วนบุคคล 4) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 5) สิ่งแวดล้อมทางสังคม 6) เศรษฐกิจ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group)

ประชากร คือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย 50-59 ปี และผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในที่นี้จะใช้คำว่า “ผู้ให้ข้อมูล” ตามแนวทางของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ จำนวน 32 คน ใน ต.ห้วยยาง อ.คอนสาร ต.บ้านบัว อ.บ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งทำให้เกิดการอิ่มตัวของข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูล (Guba & Lincoln, 1989)¹²

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive sampling) คือ 1) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สื่อสารเข้าใจ ตอบคำถามได้ โดยคัดเลือกจากการใช้แบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติ (Bathel ADL index) ได้ค่าคะแนน 12 ขึ้นไป 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม คัดเลือกโดยใช้แบบประเมิน Montreal cognitive assessment (MoCA Test) จำนวน 8 ข้อ โดยต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ซึ่งถือว่าปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ ต.ห้วยยาง อ.คอนสาร ต.บ้านบัว อ.บ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ขณะดำเนินการวิจัย อย่างน้อย 1 ปี 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ได้คะแนน Montreal cognitive assessment (MoCA test) แบบ 8 ข้อ คะแนนน้อยกว่า 25 จาก 30 คะแนน 2) เจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม ได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ตามหนังสือลำดับที่ 1-010/2566 เลขที่: HE 66-1-105 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลด้วยการลงนามด้วยความสมัครใจ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้ไม่มีการระบุชื่อและลงรหัสแทนข้อมูล เก็บข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนกรอบแนวคิดเบื้องต้น (Preconceive notion) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดจำนวน 9 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนและปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลที่จบปริญญาโทด้านผู้สูงอายุและปฏิบัติงานผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตัวอย่างข้อคำถามในการวิจัย “ท่านเคยนึกถึงการเตรียมตัวเองเข้าสู่ผู้สูงอายุหรือไม่ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร ท่านอยากมีชีวิตเป็นอย่างไรเมื่อต้องเข้าสู่ผู้สูงอายุ” “ในมุมมองความคิดเห็นของท่าน การที่บุคคลหนึ่งจะก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพต้องประกอบไปด้วยอะไรบ้าง และ

มีลักษณะอย่างไร (เจาะลึก องค์ประกอบด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล การเงิน การลงทุน ฯลฯ หรือองค์ประกอบอื่น ๆ)” 2) แบบบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)¹³ วิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล ถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ เริ่มจากให้รหัสผู้ให้ข้อมูล อ่านบททวน ข้อมูลหลายๆ ครั้งแล้วให้ดัชนี (Code) รวมดัชนีเป็นประเด็นย่อย (Subcategories) ยกระดับข้อมูลที่มีความเชื่อมโยงกันขึ้นเป็นประเด็นหลัก (Categories) โดยคำนึงถึงประเด็นการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา^{13,14} ดังตัวอย่างในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการให้รหัสข้อมูลและประเด็นหลัก^{13,14}

ผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูล	รหัส	ประเด็นหลัก
ID 34	ออกกำลังกายก็ทำงานบ้าน ช่วยลูกเขาเลี้ยงหลาน เดินไปเดินมา รอบบ้าน กวาดดูบ้านช่วยเขายาก็ทำแค่นี้ล่ะจ้ะ ไม่ได้ไปเดินรา เต้นหยั่งนำเขาดอก	ออกกำลังกายด้วยการวิ่ง เดิน	เตรียมสุขภาพร่างกาย ด้วยการออกกำลังกาย
ID 32	ถ้าพูดว่าออมเป็นเงินก้อนขนาดนั้นไม่มีหรือ...ที่ทำคือลงทุน ขยายที่ดิน ปลูกยางพารา ปลูกหมาก พอมีเงินก็ขายออกไปเรื่อยๆ นี่ก็หวังจะเป็นมรดกไว้ให้ลูกหลานต่อด้วย	ออมผ่านการขยายพื้นที่ เกษตรกรรม	เตรียมด้านการเงิน ด้วย การออม
ID 46	มีลูก 5 คน พอมีครอบครัวไม่มีใครอยู่กับเราสักคน เขาต้องดูแล ครอบครัวเขา เราเลยบอกเขาว่าถ้าใครกลับมาอยู่ด้วยที่นา ก็จะแบ่งให้มากกว่าเพื่อน เขาเอ็นว่าเบียดเบียนนั้นแหละ ยามใกล้ตายก็จะมีลูกหลานมาเบียดเบียนมาทำศพอยู่	เตรียมเบียดเบียนให้ผู้ดูแล	เตรียมผู้ดูแล
ID 47	ตาต้องเช็คเงินบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ที่โอนเข้าบัญชีกรุงไทยผ่านทางธนาคารในมือถือ แล้วตาค่อยไปกดที่ตู้เอทีเอ็ม โลกก็เล่นนำเขา กลุ่มกรรมการหมู่บ้านเขาส่งนั้นส่งนี้มาให้เรียนรู้ สื่อข่าวในหมู่บ้าน เอสมันนี่ไม่เคยว่าจะต้องเรียนรู้เรื่องพวกนี้ก็ต้องเรียนทำเป็นแล้วมันทำให้ชีวิตมันสบายขึ้น แรกๆ ลูกหลานสอนให้เฮ็ดกำจ๋าม่อค่อยได้อาศัยทำหลายๆ ที่ทำทุกเดือน	เรียนรู้เทคโนโลยี	การเรียนรู้สื่อดิจิทัล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยประชุมชี้แจงทำความเข้าใจเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลอำเภอ เกี่ยวกับแนวคำถามหลักแนวคำถามรอง บันทึกภาคสนามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เทคนิคการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าสนามเพื่อเก็บข้อมูลโดยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล โดยเริ่มต้นจากอาสาสมัครสาธารณสุข (Gate keeper) เป็นคนนำพาไปรู้จักกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลาย ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ร่วมกับเทคนิคการบอกต่อ (Snowball technique)

3. ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย เข้าพบผู้ให้ข้อมูลเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และให้ลงนามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา จากนั้นนัดหมายวันเวลาสถานที่ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

4. เข้าสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนาการกลุ่ม ตามวันเวลาสถานที่ที่ได้นัดหมายกับผู้ให้ข้อมูล ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้นัดหมายสถานที่ๆ เป็นส่วนตัวโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด ขออนุญาตบันทึกเสียงด้วยเครื่องอัดเสียงทุกครั้งก่อนสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลแต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที ขณะสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันหากมีประเด็นใดยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนชัดเจน ขอนัดหมายวันเวลาในการสัมภาษณ์อีกครั้งทันทีหลังจบการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจดบันทึกภาคสนามทันทีหลังการสัมภาษณ์สิ้นสุด และถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) เพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลากหลายวิธี (Method triangulation) ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มในเวลาที่แตกต่างกัน มีการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ในส่วนการสร้างข้อสรุป โดยผู้วิจัยนำประเด็นหลักที่ได้จากการตีความและข้อสรุป คืนให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) และนำผลการสร้างข้อสรุปให้พยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอกและปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลบ้านแท่น นักวิชาการสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่วิจัยร่วมตรวจสอบข้อสรุปดังกล่าว (Peer debriefing)^{13,14}

ผลการศึกษา

1) ความหมายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ให้ความหมายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพว่าหมายถึง การคิดจินตนาการว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะอยู่อย่างไร รวมถึงการวางแผนดำเนินการในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามความคาดหวัง

“วางแผนว่าเข้ามาแล้วจะอยู่ที่ไหนอย่างไร อย่างเรามีลูกลูกจะเรียนอะไร ส่วนหนึ่งคิดไปถึงส่งลูกหลานเรียนให้มากๆ พอเขาได้งานการทำงานที่ดีเขาจะได้กลับมาเลี้ยงเรา” ผู้ใหญ่หญิงวัย 52 ปี

2) องค์ประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 การดูแลร่างกายให้ไม่ต้องติดเตียงพึ่งพาลูกหลาน องค์ประกอบที่ 2 การเก็บออมตามศักยภาพ องค์ประกอบที่ 3 การเตรียมผู้ดูแล ครอบครัวยุติธรรม องค์ประกอบที่ 4 การปรับปรุงที่อยู่อาศัยตามบริบท องค์ประกอบที่ 5 การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน องค์ประกอบที่ 6 การเรียนรู้สื่อดิจิทัล อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ดิจิทัล รายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การดูแลร่างกายให้ไม่ต้องติดเตียงพึ่งพาลูกหลาน คือ การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงในวัยผู้ใหญ่ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 1ข. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี คัดกรองโรคที่พบบ่อยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพึ่งพิงในวัยสูงอายุ ประกอบด้วย

1.1) **ดูแลสุขภาพให้แข็งแรงในวัยผู้ใหญ่** คือการดูแลทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณเพื่อให้ได้ไม่เจ็บป่วยไม่เป็นผู้สูงอายุติดเตียงในอนาคต และให้สามารถจากไปได้อย่างสงบไม่หวังลูกหวังหลาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราเป็น อสม. เราก็ต้องดูแลตัวเองมีความรู้จากคุณหมออนามัย เราก็ทำตามและสอนชาวบ้านด้วย เราต้องไปเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงเราเห็นเรารู้ว่าเขาติดเตียงเพราะเส้นเลือดในสมองแตก ไม่ดูแลตนเองขาดความดันไม่กิน เราก็ไม่ยอมเป็นอย่างผู้สูงอายุที่เราไปให้การดูแลหรอกค่ะ เพราะงั้นเราต้องทำตามคุณหมอว่าในการดูแลตนเอง เช่น ไม่กินหวาน มัน เค็ม ไม่เครียด ถ้าเป็นความดัน เบาหวาน ก็ต้องกินยาสม่ำเสมอ” ผู้ใหญ่หญิง วัย 52 ปี

“มันก็มีบ้างแหละอายุเยอะปวดกระดูก กล้ามเนื้อ แต่พยายามออกกำลังกาย นี่ รพ.สต.เขาพาออกกำลังกายก็ออกตามเพื่อน ฟีนเอาค่ะ เพราะไม่ยอมเป็นอย่างผู้เฒ่าที่เราไปเยี่ยม ไม่ยอมเป็นภาระลูกหลาน” ผู้ใหญ่หญิง วัย 52 ปี

1.2) **เข้ารับการตรวจคัดกรอง ตรวจสุขภาพประจำปี วัคซีนเข็มสาม และหากไม่สบายจะไปโรงพยาบาลไม่ซื้อยารับประทานเอง** โดยจะให้ความร่วมมือในการเข้ารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอครอบคลุม หากตรวจพบความเลียง เช่น เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง สมองเสื่อม ซึมเศร้า ตรวจพยาธิใบไม้ในตับ ฯลฯ ต้องได้รับการส่งต่อจะไปตามใบนัดส่งต่อจะไปตามนัดหมาย และเข้ารับการตรวจคัดกรอง ตรวจสุขภาพประจำปี วัคซีนเข็มสาม ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนโควิด ตามที่ อสม. นัดหมาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เจ็บป่วยถ้าฟ้าไป รพ.บ่ค่อยซื้อยากันเองดอกหาหมอ โลดปลอดคัย..อสม.เขามาเรียกไปตรวจคัดกรองหยัง ตากำไปนำเขานัดตลอดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ วัคซีนความดัน ตรวจเบาหวาน..ตาตรวจอุจจาระเจอพยาธิใบไม้ในตับ หมอเขาให้กินยาม่า ตากินครบแล้วกำไปตรวจตามนัด” ผู้สูงอายุชาย วัย 68 ปี

“เป็นเบาหวาน กำไปตรวจเลือดไปเอายาเบาหวาน รพ.สต.ตามนัดตลอดค่ะคุณหมอ” ผู้สูงอายุหญิง วัย 64 ปี

1.3) **ดูแลตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 1ย.** คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ดูแลสุขภาพฟัน ไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ชาวบ้านจะไม่กินอาหารรวดเร็ว มีกิจกรรมทางกาย เช่น การทำงานบ้าน ทำอาชีพเกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่ ไร่ข้างตัดอ้อย) เลี้ยงหลาน การปั่นจักรยาน การเดิน การวิ่งจ็อกกิ้ง รวมถึงการรวมกลุ่มการออกกำลังกาย เดินแอโรบิก ฟ้อนรำ ไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เช่น กัญชา กระท่อม (สถานการณ์ตอนนี้ น้ำกัญชา กระท่อมแพร่ระบาดไปในชุมชนจำนวนมาก) ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำไร่ ทำนา เมื่อไม่สบายจะไป รพ. เพื่อพบแพทย์ทันที

“อาหารจากรถเร่บ่ค่อยสะอาดของเก่า ไม่มีคุณภาพไม่สดใหม่ ส่วนใหญ่ไม่ซื้อค่ะ พยายามเลือกแต่อาหารใหม่สดสะอาด จะได้ไม่ต้องเสียไม่มีสารพิษปนเปื้อนมา เพราะเราต้องทำอาหารให้ทั้งเราและผู้เฒ่าในบ้านกิน” ผู้ใหญ่หญิง วัย 52 ปี

“เฒ่าแล้วออกกำลังกายก็ทำงานบ้าน ช่วยลูกเขาเลี้ยงหลาน เดินไปเดินมารอบบ้าน กวาดดูบ้าน ช่วยเขายาก็ทำแค่นี้ล่ะจ้า ไม่ได้ไปเดินรำ เดินหยั่งนำเขาดอก” ผู้สูงอายุหญิง วัย 62 ปี

“ตาว่าการไปวัดฟังธรรม สนทนาธรรม จำศีล(ปฏิบัติธรรม) ทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิ ไม่เกิดภาวะเครียด” ผู้สูงอายุชาย วัย 68 ปี

องค์ประกอบที่ 2 การเก็บออมตามศักยภาพ คือ การออมเงินจากการทำงาน การขยายพื้นที่เกษตรกรรม ออมผ่านรูปแบบการออมในชุมชน การทำงานต่อเนื่องเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อให้มีรายได้ใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การวางแผนบริหารจัดการการเงินที่มีจากการทำงานหรือที่ได้รับการสงเคราะห์จากรัฐบาล (เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)

2.1) ออมเงินจากการทำงานผ่านรูปแบบการออมในชุมชน การขยายพื้นที่เกษตรกรรม กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ออมผ่านกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ กองทุนวันละบาท ออมผ่านธนาคารขยะฝากขยะเพื่อนำไปแปรรูปเป็นเงินฝากในบัญชีของตนเอง การออมความสุขจากการนำรายได้ที่หามาได้ เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ไปใช้เพื่อส่งหลานเรียนหนังสือเพื่ออนาคตของหลานให้ลูกไปลงทุนประกอบอาชีพ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ อายุ 50-59 ปี ออมผ่านการขยายธุรกิจภาคเกษตรกรรม ซื่อที่ทำไร่ ทำสวน ปลูกไม้เศรษฐกิจขึ้นต้นเพิ่ม นอกจากนี้ยังมีการออมผ่านกองทุนพัฒนาบทบาทสตรี กองทุนปู่ย สหกรณ์การเกษตรฯ สหกรณ์ยางพารา เพื่อการกู้ยืมต่อยอดรายได้จากการประกอบอาชีพ ฌาปนกิจสงเคราะห์ธนาคาร ธกส. การออมฌาปนกิจสงเคราะห์ อสม.

“ถ้าพูดว่าออมเป็นเงินก้อนขนาดนั้น ไม่มีหรอก..ที่ทำการลงทุนขยายที่ดิน ปลูกยางพารา ปลูกหมาก พอมีเงินก็ขยายออกไปเรื่อยๆ นี่ก็หวังจะเป็นมรดกไว้ให้ลูกหลานต่อดี” ผู้ใหญ่ชาย 57 ปี

“เอาเงินให้หลานวันละ 100 อยากให้เขาได้อยู่ได้กินคือคนอื่น..ไม่มีก็ทำให้เพื่ออนาคตหลาน เงินเบี้ยยังชีพของยายนี้แหละ กระเบียดกระเสียวเอาพอได้ให้หลานไปโรงเรียน ถ้าเขาได้เรียนเขาจะมีอนาคต มีงานทำดีๆ ยายกำสรวลใจมีความสุขเอาแบบนี้แหละ” ผู้สูงอายุหญิง 72 ปี

2.2) การทำงานต่อเนื่องเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มอายุ 50-59 ปี วางแผนทำงานต่อเนื่องในภาคเกษตรกรรมและค้าขาย เพราะสามารถทำได้จนกว่าตนเองจะทำไม่ไหว กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากไม่ได้เก็บออมไว้เป็นเงินก้อน จึงมีความต้องการในการทำงานต่อเนื่องแม้จะเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว หากผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่ มีกำลังกายเพียงพอไม่เจ็บป่วยจะทำงานต่อเนื่อง เช่น รับจ้างตัดอ้อย ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ เพื่อให้มีรายได้ใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน รวมถึงมีความสนใจที่จะทำเกษตรอินทรีย์เพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย ในครัวเรือนและขายในชุมชน มีความต้องการในการกู้ยืมเงินจากกองทุนต่างๆ เพื่อนำไปลงทุนในการประกอบอาชีพ

“คิดอยู่ว่าจะต้องทำงานต่อไปเรื่อยๆ ทำไรเราจนกว่าจะทำไม่ไหว เห็นผู้เฒ่าหลายคนเพิ่งยังทำได้เราก็ต้องทำได้ เงินทองยังมีไม่มากต้องทำต่อหาอยู่หากินแต่ร่างกายก็ต้องแข็งแรงเนอะ ออมที่เราทำไว้ ฌาปนกิจคงได้เอาไว้ทำศพเรา” ผู้ใหญ่หญิง 58 ปี

“กู้ยืมกองทุน พมจ. กองทุนหมู่บ้านเพื่อนำไปประกอบอาชีพเกษตรกรรมเลี้ยงไก่ไข่ เลี้ยงวัว เพาะเห็ด เพื่อให้มีอาชีพมีรายได้” ผู้สูงอายุชาย 72 ปี

2.3) วางแผนบริหารจัดการเงิน ที่มีจากการทำงานหรือที่ได้รับการสงเคราะห์จากรัฐบาล (เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ) แม้จะมีรายรับไม่มากแต่ส่วนใหญ่มีการวางแผนการใช้จ่ายเงินเพื่อตัวเองครอบครัว ผู้สูงอายุมีความหวังในการพึ่งพารัฐบาลในการได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มมากขึ้น

“ตาไม่ได้มีเงินเก็บอะไร มีแต่ที่ไรที่นาที่ทำกินไปได้ข้าว ได้ปลา ขายนิดหน่อยพอได้แบ่งเงินให้ ลูกให้หลาน รับเบี้ยยังชีพมา 700 ก็พยายามแบ่งให้ทุกคนพอได้ประทังชีวิต หลวงให้ก็คิดว่ารัฐบาลจะให้ เงินเดือนผู้สูงอายุ 3,000 บาทตาว่าดีนะ รออยู่พรรคเพื่อไทยเขาว่า เงิน 10,000 บาทดีจังดี มันก็ดีมันจำเป็นให้ เราพอได้มีเงินใช้จ่าย ตาคิด” ผู้สูงอายุชาย 74 ปี

องค์ประกอบที่ 3 การเตรียมผู้ดูแล ครอบครัว การตาย คือ วางแผนพูดคุยกับลูกหลาน เกรือญาติ เกี่ยวกับการอยู่อาศัยในวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่คาดหวังว่าบุคคลที่จะเป็นผู้ดูแลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ คือ ลูก หลาน สามี ภรรยา นอกนั้นคาดหวังว่าท้องถิ่นและชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุข จะเข้ามามีส่วนในการดูแล ตนเองเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น อบต. อสม. อสพ.

3.1) วางแผนและปฏิบัติดูแลบุคคลในครอบครัว คือ การดูแลลูก หลาน ภรรยา สามี ญาติพี่น้อง เนื่องจากหวังว่าในภายภาคหน้ากลุ่มคนเหล่านี้จะกลับมาดูแลตนเองเมื่อยามสูงอายุติดบ้านติดเตียง

“มีลูก 5 คน พอมีครอบครัวไม่มีใครอยู่กับเรารู้สึกคน เขาต้องดูแลครอบครัวเขา เราเลยบอกเขาว่า ถ้าใครกลับมาอยู่ด้วย ที่นาก็จะแบ่งให้มากกว่าเพื่อน เขาเอ็นดูเมียผัวนั้นแหละ ยามใกล้ตายก็จะมีลูกหลาน มาเบี่ยงมาเผาทำศพอยู่” ผู้สูงอายุชาย 82 ปี

3.2) ความคาดหวังต่อการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพ จากท้องถิ่นชุมชน โดยคาดหวังว่าจะ ได้รับการดูแลจากระบบสาธารณสุข จาก อสพ. อสม. อบต. เทศบาล ผ่านระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงเรียนผู้สูงอายุ อย่างเดียวกับที่ตนเองเห็นระบบการดูแลในชุมชนของตนเอง

“เป็นคนโสดลูกบ่อมี เห็น อสม. อสพ. บ้านเขาเขาทำดูแลคืออยู่ ก่าจี้ได้ฝากเขามาดูแลนี้แหละ หวังว่าคุณหมอ นายก อบต.เพิ่นจิบอถึมเฮาเฮาบ่อมีลูก บ้านที่อยู่เป็นบ้านเก่ามรดกพ่อแม่อันนี้มีอยู่” ผู้ใหญ่ชาย 56 ปี

3.3) การเตรียมการตาย คือ เตรียมทำฌาปนกิจสงเคราะห์ เพื่อให้มั่นใจว่าตนเองจะมีเงินในการจัดการศพ ไม่เป็นภาระกับลูกหลาน

“...ถ้าจิตายก่ามีฌาปนกิจสงเคราะห์ ชกส. แล้วยี่ของหมู่บ้านนำ บ่อได้เคื้อคร้อนลูกหลานหาเงิน มาเผาผี” ผู้สูงอายุชาย 74 ปี

องค์ประกอบที่ 4 การปรับปรุงที่อยู่อาศัยตามบริบทและปรับตัวให้อยู่ในที่ๆ เหมาะสม ตามสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในวัยสูงอายุ โดยส่วนใหญ่จะย้ายลงมานอนชั้นล่างหรือชั้นหนึ่งหากมีบ้านสองชั้น แต่ในชนบทส่วนใหญ่จะสร้างบ้านใหม่แบบชั้นเดียว การจัดทำราวในห้องน้ำราวให้ผู้สูงอายุเกาะเดินจากบ้านไปห้องน้ำ ราวในบ้านให้ผู้สูงอายุเกาะกรณีเสี่ยงต่อการหกล้ม

“ส่วนใหญ่ไม่เห็นเขาปรับปรุงที่อยู่อาศัยอะไรกันมาก เห็นน้อยมากที่บางบ้านจะทำราวจับให้ผู้สูงอายุในห้องน้ำ นอกนั้นก็ตามมีตามเกิด เท่าที่ไปเยี่ยมบ้านมานะ..เราก็ได้แต่บอกเปลี่ยนส้วม เปลี่ยนพื้นมันลื่นหลายคนเขาอยากทำอยู่ แต่เขาไม่มีเงินเลยกลายเป็นว่าตามมีตามเกิดตามทุนทรัพย์” อสม. 62 ปี

“ยายเขาห่อมมากเสียงลั่น ไปผ่าตัดต่อกระจกมาก็มองเห็นดีขึ้น แต่หลังค่อม เดินเซๆ เลยทำราวเกาะให้เขาเดินไปห้องน้ำได้ มีเปลี่ยนส้วมเป็นแบบนั่งให้ ทำให้ยายครบ” ผู้ใหญ่ชาย 50 ปี

องค์ประกอบที่ 5 การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ชาวบ้านยังคงวัฒนธรรมพื้นบ้าน ที่ทำให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มชาวบ้านเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทำให้ได้มีโอกาสเข้าร่วมในสังคม ผ่านกิจกรรมทางวัฒนธรรมฮิตสิบสองคลองสิบสี่ ได้แก่ บุญข้าวฉีก บุญข้าวประดับดิน บุญบั้งไฟ เข้าพรรษา กฐิน ผ้าป่า บุญเดือนสาม บุญเดือนสี่ บุญเดือนหก การละเล่นสะบ้า ร้องสรภัญญะ การถวายสักการะประเพณีบั้งลั้งก์ กวนข้าวทิพย์ โดยมีวัดเป็นศูนย์กลาง และศาลาประชาคมหมู่บ้านที่ได้รับการสร้างโดยงบจากกระทรวงมหาดไทย

ผู้สูงอายุที่มีความรู้ ครู ประชาชนชาวบ้าน เริ่มเข้ามาเป็นแกนนำในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ งานจิตอาสาของหมู่บ้าน ของวัด (กรรมการชมรม ผส. มีกิจกรรมเยี่ยม ผส.ด้วยตนเอง) หากมีกิจกรรมของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ มาจัดในหมู่บ้าน ผส.จะเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่กว่า 70% ที่มาเข้าร่วม

“กรรมการหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานหมู่บ้าน เพ็นพาท่านั้นทำนี้ บุญบ้านคอนสาร เฮาก่าบุญข้าวประดับดิน บุญเดือนสาม เดือนสี่ เดือนหก การละเล่นสะบ้า กวนข้าวทิพย์ การถวายสักการะประเพณีบั้งลั้งก์ อะไรพวกนี้มันทำให้ผู้สูงอายุและชาวบ้านได้มารวมตัวกัน บางทีก็ใช้วัดเป็นสถานที่หรือศาลาประชาคมหมู่บ้าน เฮาผู้สูงอายุก่าไปฮ่วมนำเพ็น” ผู้สูงอายุชาย 82 ปี

องค์ประกอบที่ 6 การเรียนรู้สื่อดิจิทัล อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ดิจิทัล ผู้สูงอายุตระหนักว่าตนเองต้องมีการปรับตัวเพื่อที่จะเรียนรู้การใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ เทคโนโลยีการสื่อสาร สื่อโซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ติ๊กต็อก คลิปเรียล ยูทูป แอปพลิเคชันทางการเงิน เช่น e-banking แอปพลิเคชันกระเป๋าตังค์ แอปพลิเคชันทางสุขภาพ เช่น หมอพร้อม รวมถึงอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ได้แก่ สมาร์ทโฟน เครื่องใช้ไฟฟ้าในครัวเรือน เครื่องปั่นอาหารแทนการใช้ครก ไมโครเวฟ และเตาปิ้งย่าง แทนการใช้เตาถ่านหุงต้ม

“ฉันว่าสมัยนี้โดยเฉพาะฉันเป็น อสม. ต้องเล่นไลน์เป็น เฟซบุ๊ก ก่าลั้งหัด เอาไว้ส่งงานคุณหมออนามัย สื่อสารกันเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ เดียวนี้้อยากรู้เรื่องอะไรก็เข้าไปดูในยูทูป ต้องโอนเงินผ่านแอปธนาคาร ในมือถือเป็นมันต้องเรียนรู้เรื่องพวกนี้ละคุณหมอ แอมฉันต้องสำรวจส่งรายงานคุณหมอเขาผ่านทางแอปอีก ฉันว่ารุ่นพวกฉันต้องเรียนรู้..แล้วก้อผู้เฒ่าสมัยนี้ฉันก่าเห็นเขาเล่นไลน์เรียนรู้อะไรๆ ผ่านทางนี้เยอะ” อสม.56 ปี

“ตาต้องเช็คเงินบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ที่โอนเข้าบัญชีกรุงไทยผ่านทางธนาคารในมือถือ แล้วตาค่อยไปกดที่ตู้อีกที ไลน์ก็เล่นนำเขา กลุ่มกรรมการหมู่บ้านเขาส่งนั้นส่งนี้มาให้เรียนรู้ สื่อข่าวในหมู่บ้าน

เอสมัยนี้ไม่เคยว่าจะต้องเรียนรู้เรื่องพวกนี้ก็ต้องเรียน ทำเป็นแล้วมันทำให้ชีวิตมันสบายขึ้น แรกๆ ลูกหลานสอนให้เห็ดก่าจำบ่ค่อยได้อาศัยทำหลายๆ ที่ทำทุกเดือน” ผู้สูงอายุชาย 65 ปี

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นมุมมองใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความหมายต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ และองค์ประกอบในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ 6 องค์ประกอบ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1) การให้ หมายถึง “การคิดจินตนาการว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะอยู่อย่างไร รวมถึงการวางแผนดำเนินการในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามความคาดหวัง” มีความสอดคล้องกับการกล่าวถึงการวางแผนสำหรับวัยสูงอายุของ Street and desai (2012)¹⁵ ว่าการวางแผนสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ภายใต้กิจกรรมที่หลากหลาย มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมประจำวันของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ผลลัพธ์ในวัยสูงอายุ และ Galotti (2002)¹⁵ กล่าวถึงการวางแผนสำหรับวัยสูงอายุว่า เป็นกระบวนการของการตัดสินใจที่มีประโยชน์ มีลักษณะที่ซับซ้อนและสัมพันธ์กับการวางแผนในชีวิตจริง Rattanamongkolgul (2012)¹⁷ พบว่าวัยผู้ใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพหรือการสูงอายุอย่างมีคุณภาพคือ การเตรียมสิ่งต่างๆ ตามวัย Yatniyom (2022)¹⁸ การคิดเกี่ยวกับการมีชีวิตในอนาคตข้างหน้าและดำเนินการกับชีวิตในปัจจุบันเพื่อบรรลุเป้าหมาย

2) ข้อค้นพบด้านองค์ประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ พบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุในชุมชน ให้มุมมองเกี่ยวกับองค์ประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การดูแลร่างกายให้ไม่ติดเตียงพึ่งพาลูกหลาน องค์ประกอบที่ 2 การเก็บออมตามศักยภาพ องค์ประกอบที่ 3 เตรียมผู้ดูแล ครอบครัว การตาย องค์ประกอบที่ 4 การปรับปรุงที่อยู่อาศัยตามบริบทและปรับตัวให้อยู่ในที่ๆ เหมาะสม องค์ประกอบที่ 5 เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีความสอดคล้องกับแนวคิดพัฒนาพลัง (Active aging) ขององค์การอนามัยโลก (WHO,2002)⁷ ที่กล่าวถึงเสาหลัก 3 ด้านของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ คือ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล และครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanamongkolgul (2012)¹⁷ พบว่า วัยผู้ใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพคือ การเตรียมสิ่งต่างๆ ตามวัย ดังนี้ เตรียมตัว (เตรียมสุขภาพ ร่างกาย เตรียมใจ) เตรียมลูกหลาน ผู้ดูแล (เก็บออม ทำประกันชีวิต มรดกให้ลูกหลาน) เตรียมที่อยู่อาศัย ทำมาหากิน เตรียมสังคม สอดคล้องกับธีระ สินเดชารักษ์ (2555)¹⁹ ที่กล่าวถึงองค์ประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ การเตรียมตัวด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านรายได้ ด้านงานอดิเรก ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม สอดคล้องกับ Yatniyom (2022)¹⁸ พบ 5 องค์ประกอบ 1) ดูแลให้ร่างกายแข็งแรงและเสื่อมน้อยที่สุด 2) บริหารจัดการเงินส่วนบุคคล 3) จัดหาที่อยู่อาศัย 4) เตรียมหาผู้ดูแล และครอบครัว 5) เตรียมทำพินัยกรรมและการตาย ดังนั้นจึงช่วยยืนยันองค์ความรู้ให้ทราบว่า การเตรียม เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพแม้จะเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย วัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในสังคมชนบท วัฒนธรรมอีสานส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรม มีความคิดที่สอดคล้องตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) โดยเห็น

ว่าควรมีการเตรียมให้ครอบคลุมทั้ง 3 เสาหลัก คือ เสาหลักที่ 1 ด้านสุขภาพ ในมิติของการเตรียมตัวด้านสุขภาพะ ทั้งนี้ต้องเพิ่มเติมมุมมองการเตรียมตัวตาย ซึ่งเป็นมิติสำคัญในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุ เสาหลักที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม เสาหลักที่ 3 ด้านความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล และครอบครัว นำไปสู่การบูรณาการในการเตรียมตัวของปัจเจกบุคคล การสร้างแผนงาน โครงการของภาครัฐ ภาคเอกชนต่อไป

3) ข้อค้นพบใหม่เพิ่มเติม เกี่ยวกับองค์ประกอบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ 1 องค์ประกอบคือ “องค์ประกอบที่ 6 การเรียนรู้สื่อดิจิทัล อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ดิจิทัล” ซึ่งถือเป็นข้อค้นพบใหม่ที่น่าสนใจมาก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของงามจิต พระเนตร (มปป.)²⁰ ที่พบว่า การส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการออนไลน์ผ่านสมาร์ตโฟน ในแพลตฟอร์ม ที่มีความนิยม เช่น Facebook เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการ และสอดคล้องกับแนวคิดการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของ นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ที่ได้กล่าวถึงหลักประกันความมั่นคงในชีวิต 6 ด้านคือ ด้านสุขภาพ ด้านรายได้ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านผู้ดูแล ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม แต่ไม่พบองค์ประกอบนี้ในงานวิจัย หรือแนวคิดพัฒนาพลัง (Active aging) ขององค์การอนามัยโลก⁷

การที่ผู้สูงอายุตระหนักและให้ความสำคัญกับการเรียนรู้สื่อดิจิทัล อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ดิจิทัลเพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องจากปัจจุบัน โลกได้ปรับตัวเข้าสู่ยุคดิจิทัล และประเทศไทย ประกาศนโยบายการให้รัฐสวัสดิการผ่านระบบดิจิทัล เช่น การนัดฉีดวัคซีนโควิด 19 แอปพลิเคชันหมอพร้อม การรับเบี้ยสวัสดิการแห่งรัฐผ่านแอปพลิเคชันเป๋าเต้ การรับเบี้ยยังชีพผ่าน E-banking การติดตามข่าวสารการแจกเงินสวัสดิการผู้สูงอายุผ่านยูทูบ ไลน์ Facebook การใช้ช่องทางสื่อดิจิทัลในการค้าขายออนไลน์ ทำให้ผู้สูงอายุตื่นตัวในการที่จะเรียนรู้สื่อดิจิทัลเพิ่มมากขึ้นเพื่อพิทักษ์สิทธิของตนเอง แม้จะมีความตื่นตัวและให้ความสำคัญในการเรียนรู้สื่อดิจิทัลมากขึ้นแต่ยังพบว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการที่จะให้มีหน่วยงานที่มาให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สื่อเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น และพบข่าวของการหลอกลวงผู้สูงอายุผ่านสื่อดิจิทัลเพิ่มมากขึ้น

ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นว่าทฤษฎีการสูงอายุ ที่กล่าวว่า “ผู้สูงอายุมีกระบวนการเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ไม่ดี เนื่องจากกระบวนการชราหรือความเสื่อมร่างกายที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เช่น สมอมีขนาดเล็กลงทำให้เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากขึ้น แต่จดจำสิ่งที่ผ่านมาในอดีตได้ดี ประชากรรับรู้ทั้งตาที่มองเห็นลดลง หูได้ยินไม่ชัดเจน กระบวนการชราเหล่านี้ส่งผลให้การเรียนรู้จากสื่อต่างๆ ลดลง” อาจเป็นความรู้ที่ล้ำสมัยสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในโลกยุคดิจิทัล ที่มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อการพัฒนาตนเอง

4) องค์ประกอบย่อยของการเตรียมความพร้อมที่พบว่า มีรายละเอียดที่แตกต่างออกไปคือ องค์ประกอบที่ 3 การอ้อมตามศักยภาพ โดยพบว่า กลุ่มวัยผู้ใหญ่ผู้สูงอายุในบริบทชุมชน จังหวัดชัยภูมิ มองว่าเป็นการอ้อมที่กิน อ้อมต้นไม้ อ้อมอาชีพเกษตรกรรม ไว้ให้ลูกหลาน อ้อมผ่านองค์กรที่มีอยู่ในชุมชนของตนเอง เช่น การอ้อมขยะ อ้อมความดี อ้อมความสุข การทำฌาปนกิจสงเคราะห์ของหมู่บ้าน ของ อสม. เป็นการอ้อมภายใต้บริบทและตามศักยภาพของตนเอง และผู้สูงอายุในชนบทยังคงมีความต้องการที่จะทำงานต่อเนื่องไปเรื่อยๆ จนกว่าสุขภาพจะไม่เอื้ออำนวย เนื่องจากไม่มีความพร้อมทางการเงิน ซึ่งแตกต่าง

จากประชากรที่อาศัยอยู่ในเมือง หรือคนรุ่น Gen Z ที่ออมผ่านการซื้อกองทุนรวม ประกันชีวิตบำนาญ ซื้อหุ้น ตราสารหนี้ กอช.²⁰ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับความแตกต่างของมุมมองการออมของคนที่อยู่ในสังคมชนบท ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ที่ให้คำนิยามความหมายการออมที่แตกต่างออกไปจากคนในสังคมเมือง ที่มีอาชีพประจำมีเงินเดือน ปัจจุบันนโยบายของรัฐบาลมุ่งเน้นการส่งเสริมการออมไปในแง่มุมของการเก็บออมเงินในกลุ่มที่มีรายได้ประจำ โดยที่ไม่ได้คำนึงถึงมุมมองของการออมที่ดิน ออมต้นไม้ ออมอาชีพเกษตรกรรม ออมขยะ ออมความดี ออมความสุข การทำฌาปนกิจสงเคราะห์ ซึ่งเป็นมุมมองที่เป็นจริงตามวิถีชีวิตคนในชนบทอาชีพเกษตรกรรม ดังนั้น นโยบายของรัฐทั้งในระดับประเทศ และท้องถิ่น อาจนำข้อเท็จจริงสู่การกำหนดนโยบายที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีของคนในชนบทต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1) ท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ เพื่อการเตรียมผู้ใหญ่ออนปลายและผู้สูงอายุเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

2) ผู้ใหญ่ออนปลายและผู้สูงอายุสามารถนำไปสร้างแนวทางในการเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

3) การพัฒนาเพื่อเตรียมประชากรให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ควรได้มีการนำข้อมูลองค์ประกอบที่ค้นพบ เสนอเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) คอนสาร บ้านแท่น เพื่อรับทราบและเป็นประโยชน์ในการดำเนินการต่อไป ยกตัวอย่างเช่น การจัดทำหลักสูตรการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ การอบรมให้ความรู้เรื่องกระบวนการชรา การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพผู้ใหญ่ออนปลายและผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. Health Data Center (HDC), CHAIYAPHUM PROVINCIAL HEALTH OFFICE. Number of elderly classify by activity daily of living Chaiyaphum Province. Chaiyaphum Province: CHAIYAPHUM PROVINCIAL HEALTH OFFICE; 13 September 2024. (cited 2024 September 17), Available from https://cpm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51

2. Chaiyaphum office. Governance, administration and population information of Chaiyaphum Province. Chaiyaphum Province: Chaiyaphum City Hall; 13 September 2024. (cited 2024 September 17), Available from https://www.chaiyaphum.go.th/page_about/about2.1.php
3. Pasartkul P & Vapattanawong P. Transitional point of the Thai population. In Panpueng S, Sanpuwan M, editor. Thailand's Population in Transition: A Turning Point for Thai Society. Bangkok: Population and Social Publisher of Institute for Population and Social Research Mahidol University. 2012. (in Thai)
4. National Statistical Office. REPORT ON THE 2017 SURVEY OF THE OLDER PERSONS IN THAILAND. Bangkok: Statistical Forecasting Division National Statistical Office. 2018. (in Thai)
5. Prachuabmoh V et al. The project on monitoring and evaluation of the second National Plan for Older Person (2002-2021) round 2 (2007-2011). Bangkok: College of Chulalongkorn University. 2011. (in Thai)
6. Prachuabmoh V et al. Situation of Thai elderly 2011. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute and College of Population Studies Chulalongkorn University. 2011. (in Thai)
7. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Switzerland: WHO. 2002.
8. Yatniyom P, Laokhompruttajarn J. Project summarize of elderly health promotion for Gross Community Happiness (GCH) in community context from faculty of nursing Rajabhat Chaiyaphum University. Chaiyaphum Province: Rajabhat Chaiyaphum University; 2021. (in Thai)
9. Chaiyaphum Province Statistic Office. Elder situation 2016 Chaiyaphum Province. Chaiyaphum Province: Statistic Office; 19 March 2017. (cited 2024 August 1), Available from <http://statdw.nso.go.th/chaiyaphum/images/2018/Feb2018/SumElderTourWaste59/ElderSum.pdf>
10. CHAIYAPHUM PROVINCIAL HEALTH OFFICE. Data survey from Village Health Volunteer Chaiyaphum Province. October 2021; 2021.
11. Onchai N, Kaenchaiyaphum B, Duangmanee A, Ardwichai S. Model Development to Improve Village Health Volunteers' Ability to Strengthen Skipped Generation Families in Chaiyaphum Province in 2019, *Regional Health Promotion Center 9 Journal The Journal for Health Promotion and Environmental Health*. 2019; 13(32): 261-77. (in Thai)
12. Guba EG & Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Newbury Park CA: Sage Publications. 1989
13. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. London: Sage. 2000.
14. Lincoln Y, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park CA: Sage Publications. 1985.
15. Street D, Desai S. Planning for old age. In Richard A, Settersten Jr, Jacqueline L Angel, editor. Handbook of sociology of aging. New York: Springer. 2012.

16. Galotti KM. Making decisions that matter: how people face important life choices. USA: Psychology Press. 2005.
17. Rattanamongkolgul D, Sritanyarat W & Manderson L. Preparing for aging among older villagers in North-eastern Thailand. *Nurs Health Sci.* 2012; 14: 446-51. (in Thai)
18. Yatniyom P, et al. Active Aging Preparation for Thai Nurses Educator in Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2022; 23(1): 292-302. (in Thai)
19. Sindecharak T, Netiparattanakul P. Self-employed workers' preparation for aging among Thailand's aging society. Bangkok: Nation Research Council of Thailand. 2011. (in Thai)
20. Pranet N. The development of pre-aging preparation model. Singburi Province: (cited 2024 August 1), Available from <http://sbo.moph.go.th/sbo/file/การพัฒนารูปแบบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ.pdf>
21. Tirapat S. Asset management preparation before aging. In Muangpaisan W(Eds). HEALTHY AGING IN THE NEW ERA. Bangkok: RUENKAEW PRINTING LIMITED PARTNERSHIP; 2023, p 90-107. (in Thai)

อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นवलพรรณ ระโหฐาน* พย.บ.

ขวัญเรือน อวิชา* พย.บ.

ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), ศษ.ม. (นวัตกรรมการหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้), ค.ศ. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา), ป. (ระบาควิทยาคลินิก)

บทคัดย่อ:

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาศึกษาคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลด่านช้าง จำนวน 280 คนเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความร่วมมือในการรับประทานยา มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และ .77 ตามลำดับ มีความตรงเชิงโครงสร้างโดยโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติทดสอบโลจิสติกส์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 57.19, SD = 6.78) และมีความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 21.63, SD = 2.76) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยา และด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR 1.081, 95%CI 1.023 - 1.214, p = .034 และ OR .904, 95%CI .828 - .988, p = .026 ตามลำดับ) โดยความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยาด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยาสามารถร่วมกันอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 45 (Nagelkerke $R^2 = .450$)

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา, ความเชื่อในการรับประทานยา, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล,

E-mail: teepatad.chi@mahidol.ac.th

วันที่รับบทความ 7 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 ธันวาคม 2567 วันตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2567

Influence of Beliefs about Medication on Medication Adherence of Patients with Hypertension

Nuanphan Rahothon B.N.S.*

Khanruan Avicha B.N.S.*

*Teepatad Chintapanyakun** M.N.S. (Adult Nursing), M.Ed. (Innovative Curriculum and Learning Management), Ph.D. (Educational Research Methodology), Dip. (Clinical Epidemiology)*

Abstract:

This cross-sectional study aims to explore beliefs about medication and medication adherence in patients with hypertension, and to examine the predictive power of these beliefs on medication adherence. The sample consisted of 280 patients with hypertension attending the hypertension clinic at Danchang Hospital, selected using a purposive sampling technique. Data were collected using a questionnaire which included sections on general information, beliefs about medication, and medication adherence. The reliability of the instruments was assessed through internal consistency, with Cronbach's alpha values of .82 and .77, respectively and construct validity, which showed overall fit with the empirical data. Descriptive statistics and logistic regression were used for data analysis.

The results showed that the mean score for beliefs about medication was moderate (Mean = 57.19, SD = 6.78), whereas medication adherence was high (Mean = 21.63, SD = 2.76). Specifically, the necessity of medication and concerns about medication were significant predictors of medication adherence, showing statistical significance at the .05 level (OR 1.081, 95% CI 1.023 – 1.214, $p = .034$; OR 0.904, 95% CI 0.828 – 0.988, $p = .026$, respectively). The overall beliefs about medication, including specific necessity, specific concerns, general overuse, and general harm, accounted for 45% of the variance in medication adherence (Nagelkerke $R^2 = .450$).

Keywords: Beliefs about medication, Medication adherence, Patients with hypertension

**Expert professional nurse, Nursing Service Department, Danchang hospital*

***Corresponding author, Expert Level, Registered Nurse at Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University,*

E-mail: teepatad.chi@mahidol.ac.th

Received November 7, 2024 Revised December 10, 2024 Accepted December 27, 2024

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศ และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดว่าปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนเพิ่มสูงถึง 1,560 ล้านคนทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติปี พ.ศ. 2560 - 2564 เพิ่มขึ้นจาก 13.1 เป็น 14.5 ต่อแสนประชากร² แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามคำแนะนำของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย มีเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 mmHg และหากมีโรคเบาหวานร่วมด้วยควรต่ำกว่า 130/80 mmHg³ โดยผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เช่น การลดบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการรักษาด้วยยา นอกจากนี้แล้ว การรักษาด้วยยาซึ่งมีความสำคัญสำหรับการรักษาในระยะยาว เนื่องจากขาดความดันโลหิตจะช่วยลดความต้านทานของหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น จึงไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ดีซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ ดังนั้น ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) เป็นพฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวข้องกับ การรับประทานยาที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ โดยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์⁵ ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง สามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในระยะยาวได้ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตลงได้^{6,7,8} จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ดังเช่นการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับต่ำ ร้อยละ 40.00 สอดคล้องกับการศึกษาของวรารมย์ จิตอุทัย⁷ พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.20 ขณะที่การศึกษาของพรทิพย์ ลากพล¹⁰ พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับงานวิจัยต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาประมาณร้อยละ 47.34¹¹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Malih et al.¹² พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.50 แสดงให้เห็นว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเกิดขึ้นได้ดี น่าจะเกิดจากความเชื่อในการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วย^{9,13}

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs about medication) ตามแนวคิดของ Home et al.¹⁴ กล่าวว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา พิจารณาได้ 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ความเชื่อแบบเฉพาะ (Specific beliefs) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (Specific - necessity) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา และด้านความกังวลจากการรับประทานยา (Specific - concern) เป็นความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของยา ส่วนกลุ่มที่สอง คือ ความเชื่อแบบทั่วไป (General beliefs) เป็นความเชื่อในการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยามากเกินไป (General overuse) และด้านอันตรายจากการรับประทานยา (General harm) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ว่าแพทย์อาจให้ผู้ป่วยใช้ยามากเกินไป และการกินยาหลายชนิด อาจได้รับอันตรายจากสารพิษตกค้างในร่างกายได้ อีกทั้งหากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หรือไม่มีอาการผู้ป่วยจึงหยุดรับประทานยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้^{15,16,17} จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและการใช้ยาที่มีแบบแผนซับซ้อนส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้⁶ ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีย่อมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะทางสุขภาพที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ นั่นคือ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ปัจจุบันแผนกงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านช้าง มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 โดยเฉลี่ย 6,500 - 6,700 คน/ปี จากการเก็บข้อมูลการคัดกรองและวัดสัญญาณชีพย้อนหลัง 3 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 38.36, 35.45, 31.16 ตามลำดับ และมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 180/100 mmHg ร้อยละ 48.35, 66.54, 74.16 ตามลำดับ จากการสอบถามเพื่อคัดกรองเบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูงมาในวันนัดตรวจกับแพทย์ หรือบางท่านมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ โดยไม่ต้องรับประทานยาเนื่องจากกลัวไตเสื่อมจากยา แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีความเชื่อในการรับประทานยาที่ผิดจากแบบแผนการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรืออิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีน้อย โดยเฉพาะการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความเชื่อในการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิผลต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใด
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยใช้โปรแกรม n4Studies¹⁸ เพื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567 มีจำนวน 8,884 คน เป็นผู้ป่วยที่ใช้บริการหน่วยคลินิกความดันโลหิตสูงจำนวน 6,734 คน คิดเป็นสัดส่วน (p) เท่ากับ .75 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขอมรับความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 (error = .05) ได้ขนาดตัวอย่าง คือ 280 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
4. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่

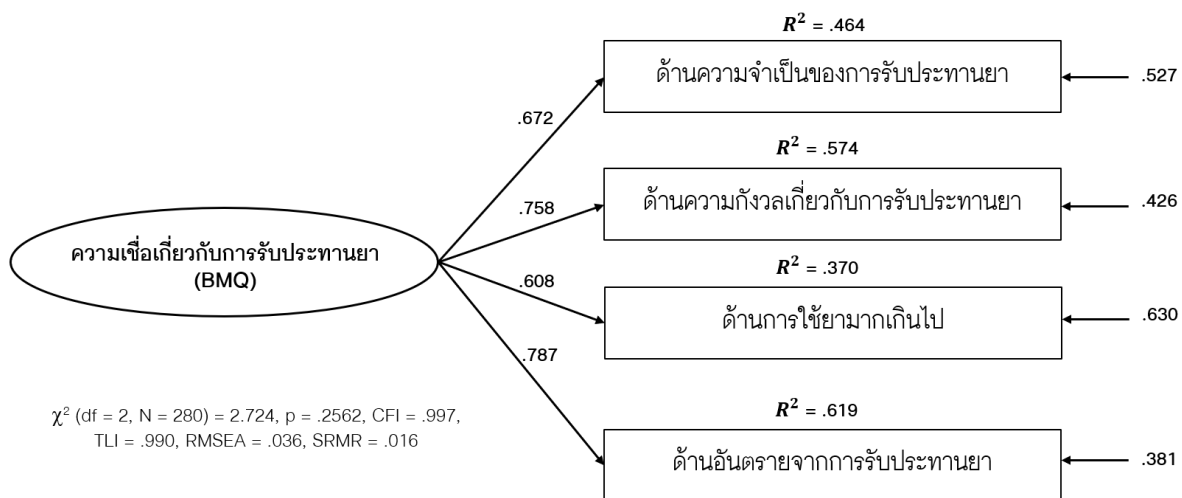
1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว และโรคไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น
2. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 mmHg มากกว่า 180/110 mmHg
3. ไม่สามารถให้ข้อมูลตลอดการสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม 1 ฉบับ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และชนิดของยาลดความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs about Medicines Questionnaire: BMQ) ของ Home et al.¹⁴ แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ¹⁹ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ แบ่งเป็นด้านความจำเป็นของการรับประทานยา (Specific necessity) จำนวน 5 ข้อ และด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา (Specific concern) จำนวน 5 ข้อ และ 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป แบ่งเป็นด้านการใช้ยามากเกินไป (General overuse) จำนวน 4 ข้อ และด้านอันตรายจากการรับประทานยา (General harm) จำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating's scale) คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

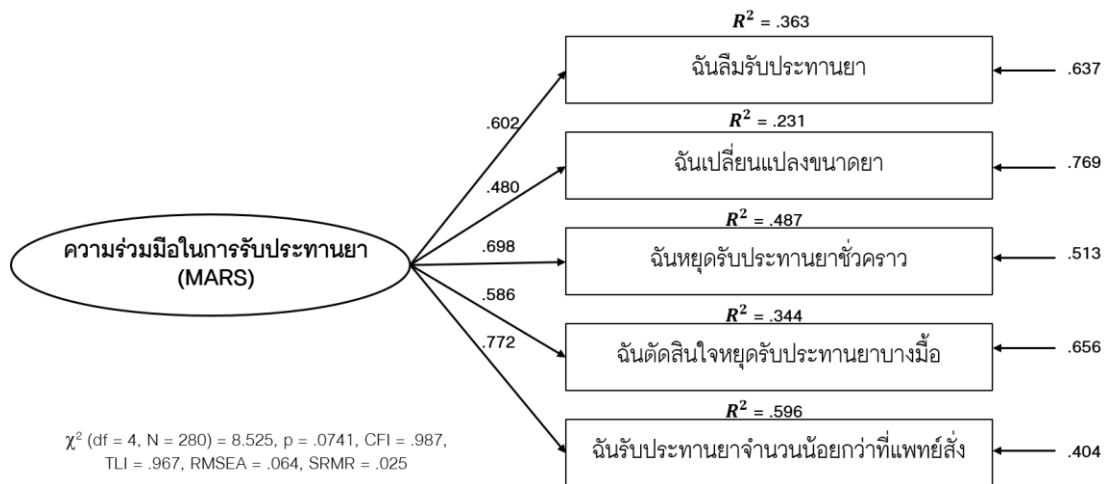
การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ คือ คะแนนรวมของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยามีค่าอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้ 18-42 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ 43-66 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง และ 67-90 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .94 มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82, .84, .72, .74 ตามลำดับ มีความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .82 และมีความตรงเชิงโครงสร้างโดยข้อมูลตามแนวคิดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 (df = 2, N = 280) = 2.724, p = .2562, CFI = .997, TLI = .990, RMSEA = .036, SRMR = .016) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โมเดลการวัดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

ตอนที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Rating Scale: MARS) เป็นการสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พัฒนาโดย Home et al.¹⁶ แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ มีจำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามด้านลบทั้ง 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating's scale) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (1 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย ๆ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (4 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (5 คะแนน)

การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ให้คะแนน คือ คะแนนรวมของความร่วมมือในการรับประทานยามีค่า 5-25 คะแนน พิจารณาจากจุดตัดของระดับความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 80 หรือที่ 21 คะแนน ดังนั้น ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับต่ำ และผู้ที่ได้คะแนน 22-25 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูง¹⁶ มีความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .77 และมีความตรงเชิงโครงสร้างโดยข้อมูลตามแนวคิดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 (df=4, N=280) = 8.525, p = .0741, CFI = .987, TLI = .967, RMSEA = .064, SRMR = .025) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โมเดลการวัดความร่วมมือในการรับประทานยา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 49/2567 (COE No. 29/2567) ข้อมูลทั้งหมดได้ถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยใช้การรหัส (Code) แทนการระบุตัวตน การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในคลินิกความดันโลหิตสูงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม

ข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย กระบวนการรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้ Study ID แทน การนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินดีเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยตอบคำถามในแบบสอบถามอย่างเป็นอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ โดยใช้เวลา 15-20 นาที/คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตที่ได้รับการตรวจครั้งที่แล้วและครั้งล่าสุด โรคประจำตัว ชนิดของยาลดความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic regression) โดยกำหนดให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ มีคะแนนเท่ากับ 0 และความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง มีคะแนนเท่ากับ 1

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.93) มีอายุเฉลี่ย 63.69 (SD = 11.07) ปี เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 60-69 ปี มีมากที่สุด (ร้อยละ 31.79) รองลงมาคือ 50-59 ปี (ร้อยละ 24.29) และ 70-79 ปี (ร้อยละ 22.50) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.79) และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 64.64) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 39.29) รองลงมาคือ เกษตรกร (ร้อยละ 32.86) และค้าขาย (ร้อยละ 25.71) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 94.64) และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 50.00)

ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่/เลิกสูบแล้ว (ร้อยละ 86.79) และไม่ดื่มสุรา/เลิกดื่มแล้ว (ร้อยละ 85.71) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.97 (SD = 4.94) กิโลกรัม/เมตร² เมื่อพิจารณาตามช่วงของดัชนีมวลกาย พบช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² มากที่สุด (ร้อยละ 32.14) รองลงมาคือ 25-29.9 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 23.21) และ 23-24.9 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 17.50) ตามลำดับ สำหรับระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 33.93) รองลงมาคือ 1-5 ปี (ร้อยละ 32.86) และมากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 20.00) ตามลำดับ ยารักษาโรคที่รับประทานประจำ พบว่า ผู้ป่วยใช้ยา Enalapril มากที่สุด (ร้อยละ 62.86) รองลงมาคือ Statin (ร้อยละ 60.71) และ Amlodipine (ร้อยละ 51.07) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 280)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	101	36.07
หญิง	179	63.93
อายุ (ปี) (Mean = 63.69, SD = 11.07)		
40-49 ปี	37	13.21
50-59 ปี	68	24.29
60-69 ปี	89	31.79
70-79 ปี	63	22.50
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	23	8.21
สถานภาพ		
โสด	43	15.35
สมรส	187	66.79
หม้าย/หย่า/แยก	50	17.86
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	62	22.14
ประถมศึกษาตอนต้น	181	64.64
มัธยมศึกษา	26	9.29
ปริญญาตรีและสูงกว่า	11	3.93
อาชีพ		
เกษตรกร	92	32.86
รับจ้าง	110	39.29
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	2.14
ค้าขาย	72	25.71
สิทธิการรักษา		
ต้นสังกัด/รัฐวิสาหกิจ	7	2.50
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	265	94.64
เงินสด	8	2.86
รายได้ (บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	42	15.00
< 5,000 บาท	140	50.00
5,001-10,000 บาท	75	26.79
10,001-15,000 บาท	11	3.93
> 15,000 บาท	12	4.29

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 280) (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	37	13.21
ไม่สูบบุหรี่/เลิกสูบแล้ว	243	86.79
ประวัติการดื่มสุรา		
ดื่มสุรา	40	14.29
ไม่ดื่มสุรา/เลิกดื่มแล้ว	240	85.71
ดัชนีมวลกาย (Mean = 23.97, SD = 4.94) (กิโลกรัม/เมตร ²)		
< 18.5 (น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน)	33	11.79
18.5 - 22.9 (ปกติ)	90	32.14
23 - 24.9 (อ้วนระดับ 1)	49	17.50
25 - 29.9 (อ้วนระดับ 2)	65	23.21
≥ 30 (อ้วนระดับ 3)	43	15.36
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
1- 5	92	32.86
6-10	95	33.93
11-15	37	13.21
> 15	56	20.00
ยารักษาโรคที่รับประทานประจำ		
Amlodipine	143	51.07
Enalapril	176	62.86
Lorsatan	74	26.43
Hydralazine	34	12.14
Doxaxocin	22	7.86
Manidipine	36	12.86
Atenolol	37	13.21
Gembifrozil	25	8.93
Statin	170	60.71

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 57.19, SD = 6.78) ส่วนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมืออยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.93) และภาพรวมก็อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน (Mean = 21.63, SD = 2.76) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 280)

ตัวแปรที่ศึกษา	N	Min	Max	Mean	SD	แปลความ
ความร่วมมือในการรับประทานยา	280	9	25	21.63	2.76	สูง
ความร่วมมือในการรับประทานยาค่ำ	115	9	21	19.00	2.31	
ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง	165	22	25	23.45	1.03	
ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา	280	37	71	57.19	6.78	ปานกลาง
ด้านความจำเป็นของการรับประทานยา	280	12	25	19.58	2.17	
ด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา	280	5	21	13.79	3.75	
ด้านการใช้ยามากเกินไป	280	4	19	12.10	2.48	
ด้านอันตรายจากการรับประทานยา	280	5	16	11.71	2.22	

3. อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูงได้ 1.081 เท่า (OR 1.081, 95%CI 1.023 – 1.214, p = .034) และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาลดลง 1 หน่วย มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูงได้ .904 เท่า (OR .904, 95%CI .828 – .988, p = .026) ทั้งนี้ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านต่าง ๆ สามารถร่วมกันอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 45 (Nagelkerke R² = .450) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 280)

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95%CI
ด้านความจำเป็นของการรับประทานยา	.078	.059	1.706	1	.034	1.081	1.023 – 1.214
ด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา	-.067	.043	2.476	1	.026	.904	.828 - .988
ด้านการใช้ยามากเกินไป	-.005	.059	.008	1	.929	.995	.887 – 1.16
ด้านอันตรายจากการรับประทานยา	.040	.073	.297	1	.586	1.041	.902 – 1.201
ค่าคงที่	-.627	1.497	0.175	1	.676	.534	

Cox & Snell R² = .332, Nagelkerke R² = .450

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยให้ความสำคัญ และประโยชน์ของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการรับประทานยา และตระหนักถึงผลเสียของการไม่รับประทานยาหรือการขาดความต่อเนื่องของการรับประทานยา จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้ โดยเฉพาะเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน เกิดภาวะโรคไตเรื้อรัง จนนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้²⁰ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลช้างขุน ตำบลสะตอ จังหวัดตราด โรงพยาบาลเขาสมิง จังหวัดตราด และโรงพยาบาลคลองหาด จังหวัดสระแก้วมีความร่วมมือในการกินยาในระดับสูงร้อยละ 60

ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อในด้านความจำเป็นของการรับประทานยาและด้านความกังวลของการรับประทานผู้ป่วยนั้น เพราะผู้ป่วยที่มีอาการปกติ อาจมีความเชื่อว่าไม่จำเป็นที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน ผู้ป่วยจึงหยุดรับประทานยาเองบ้างบางเวลา และบางครั้งมีความกังวลจากการรับประทานยา เนื่องจากต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ กลัวว่าจะเกิดอันตรายจากการรับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลัวว่ายาจะมีผลต่อระบบไต และหากผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ก็จะไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือผู้ป่วยหยุดรับประทานยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ทำให้ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น สอดคล้องกับการวิจัยของพรทิพย์ ลาภพล¹⁰ ที่พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และการงานวิจัยของวรารมย์ จิตอุทัย⁷ พบว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเช่นกัน

2. อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะด้านความจำเป็นของการรับประทานยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าตามแนวคิดของ Home¹⁷ เชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะคุกคามจากโรค ผู้ป่วยย่อมมีการรับรู้การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย มีความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในด้านความจำเป็นของการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่แพทย์วางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการควบคุมภาวะของโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ย่อมต้องมีการรับรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนเอง มีการปรับตัวในการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อให้ควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ จนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ

ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ ที่พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สำหรับด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า จากแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Home¹⁷ ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าคุณเองมีการเจ็บป่วย ย่อมพยายามปรับตัว โดยเฉพาะด้านอารมณ์ มีการวางแผนและเผชิญกับปัญหาการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (Coping) ซึ่งลักษณะของการแก้ไขปัญหาเพื่อทำให้ร่างกายเข้าสู่สภาวะปกติ เช่น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมและรักษาโรค เป็นต้น¹⁵ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง ถึงแม้ว่าจะมีความกังวลต่อผลข้างเคียงของยาที่แพทย์พิจารณาให้มารับประทานเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต แต่พิจารณาประโยชน์ของการรับประทานยามากกว่า จึงมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามมา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ ที่พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลด่านช้าง มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูงคอยให้ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หากมีการรับประทานยาแล้วสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ย่อมสามารถมีการปรับยาให้ลดลงได้ในอนาคต แต่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาก่อน ทำให้ผู้ป่วยลดความกังวลของการรับประทานยาได้

ขณะที่ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยาไม่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด่านช้าง แพทย์จะพิจารณาให้ยาควบคุมระดับความดันโลหิตสูงตาม แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย จึงให้ยาตามหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use) กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ และใช้ในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามช่วงของความดันโลหิตของแต่ละคน มีการติดตามผลการรักษาที่เหมาะสมตามคำแนะนำของเวชปฏิบัติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ ที่พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยา และด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นแพทย์และพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาความดันโลหิตแต่ละชนิด ข้อดีและข้อควรระวัง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาระยะยาว เพื่อติดตามความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงติดตามผลการตรวจทางคลินิกต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนและส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลรักษาต่อไป

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่สามารถอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนของครอบครัว จำนวนเม็ดยา เพื่อให้พยาบาลได้ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kario K, Okura A, Hoshida S, Mogi M. The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertens Res* 2024;47(5): 1099-102. doi: 10.1038/s41440-024-01622-w
2. Public Health Strategies of the Ministry of Public Health. *Public Health Statistics A.D.2022*. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
3. Thai Hypertension Society. *Guidelines in the Treatment of Hypertension 2019*. Bangkok: Trick Think; 2019. (in Thai)
4. Asgedom SW, Atey TM, Desse TA. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. *BMC Res Notes* 2018; 11(1): 27. doi:10.1186/s13104-018-3139-6
5. Choudhry NK, Kronish IM, Vongpatanasin W, Ferdinand KC, Pavlik VN, Egan BM, et al. Medication adherence and blood pressure control: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension* 2022; 79(1): e1-e14. doi: 10.1161/HYP.000000000000203

6. Tanukaew D, Watanakijkrilert D, Sriyuktasuth A, Chattranukulchai P. Factors predicting medication adherence in patients with essential hypertension. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2022; 15(1): 127-43. (in Thai)
7. Jitautai W. Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. [thesis]. Burapha University. (In Thai)
8. Hamrahian SM, Maarouf OH, Fülöp T. A critical review of medication adherence in hypertension: Barriers and facilitators clinicians should consider. *Patient Prefer Adherence* 2022; 16: 2749-57.
9. Leangsomnapa Y, Promproh S, Leangsomnapa S, Sourthao Y. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. *J Prapokkiao Hosp Clin Med Educat Center* 2013; 30(2): 146-57. (in Thai)
10. Laphon P. Factors affecting medication adherence among older adult patients with hypertension in Sam Roi Yot District, Prachuap Khiri Khan Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life* 2024; 4(1): 59-70. (in Thai)
11. Dhar L, Dantas J, Ali M. A systematic review of factors influencing medication adherence to hypertension treatment in developing countries. *Open Journal of Epidemiology* 2017; 7: 211-50.
12. Malih Radhi M, Niazy SM, Naser Abed S. Individual-related factors associated with treatment adherence among hypertensive patients. *J Public Health Afr* 2023; 14(6): 2466.
13. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999;47(6): 555-67.
14. Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health* 1999; 14(1): 1-24. <https://doi.org/10.1080/08870449908407311>
15. Sripaksa K, Ua-kit N. The effect of illness perception modification program on medication adherence and blood pressure level among hypertensive patients without complications. *Thai Journal of Nursing* 2018; 67(3): 10-18. (in Thai)
16. Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology & Health* 2002; 17(1): 17-32.
17. Horne R. Treatment perceptions and self-regulation. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.). *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp.138-153). New York, NY: Routledge; 2003.
18. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.3. App store; 2024.

19. Leungsomnapa Y, Leungsomnapa S, Promproh S, Thasirasawad P, Keawchaum R, Suworawatanakul W. Confirmatory factor analysis of Beliefs about Medicine Questionnaire in Thai Version. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2014; 31(4): 297-310. (in Thai)
20. Burnier M, Egan BM. Adherence in Hypertension. Circ Res 2019; 124(7): 1124-40.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ : การศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่

วรลักษณ์ ศรีวิไลย์* พย.บ., วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

สุรรัตน์ งามยิ่ง** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังแบบจับคู่ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลด้านข้าง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 126 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 36 คน และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกลุ่มละ 90 คน มาทำการศึกษาโดยการเลือกตัวอย่างจับคู่ แบบ 1:3 เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การฝากครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติทดสอบ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา และประวัติการตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ วิธีการคลอด รกค้างและผู้ที่ทำคลอด และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เชื้อชาติ วิธีการคลอด และการคลอดล่าช้า ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลทางสุขภาพสำหรับวางแผนป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์, ภาวะคลอดก่อนกำหนด, ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด, ภาวะตกเลือดหลังคลอด

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด้านข้าง E-mail: worralug.sri@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำการห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด้านข้าง

วันที่รับบทความ 13 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 ธันวาคม 2567 วันที่รับบทความ 27 ธันวาคม 2567

Factors Associated with Pregnancy Complications in Women Delivering in Secondary Hospitals: A Retrospective Case-Control Study

Woralug Sriwilai * B.N.S., M.Sc. (Public Health)

Sureerat ngamyang** B.N.S.

Abstract:

This retrospective case-control study aimed to identify factors associated with pregnancy complications among women delivering in secondary hospitals. Data were collected from 126 patients admitted for delivery at Danchang Hospital between January 1, 2021, and December 31, 2023, selected via purposive sampling. The sample included 36 women who experienced complications after delivery and 90 women who did not, matched using a 1:3 ratio. The research instrument was a questionnaire consisting of demographic data, antenatal care history, and delivery complications. Data analysis was performed using descriptive statistics and the Chi-square test.

The findings revealed the following: 1) Factors significantly associated with preterm birth ($p < .05$) included nationality, educational level, and antenatal care history. 2) Factors significantly associated with postpartum hemorrhage ($p < .05$) included mode of delivery, retained placenta, and the healthcare provider conducting the delivery. 3) Factors significantly associated with birth asphyxia ($p < .05$) included nationality, mode of delivery, and prolonged labor. These findings can inform strategies for preventing preterm birth, postpartum hemorrhage, and birth asphyxia in pregnant women admitted for delivery at hospitals.

Keywords: Pregnancy complications, Preterm labor, Postpartum hemorrhage, Birth asphyxia

*Corresponding author, Expert professional nurse, Registered Nurse, Head of Labor Room, Nursing Service Department, Danchang hospital, E-mail: worralug.sri@gmail.com

**Expert professional nurse, Registered Nurse in Labor Room, Nursing Service Department, Danchang hospital

Received November 13, 2024 Revised December 18, 2024 Accepted December 27, 2024

ความสำคัญของปัญหา

ระยะตั้งครรภ์ เป็นจุดเริ่มต้นที่มีความสำคัญสำหรับการให้กำเนิดทารกที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา แม้ว่าจะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ในระหว่างการตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ รวมไปถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอด ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดาและทารก ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) และภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage: PPH)^{1,2}

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้รายงานภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของสตรีตั้งครรภ์หลังคลอดพบว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 4-16 หรือมีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคน (ก่อนตั้งครรภ์ครบ 37 สัปดาห์) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ประมาณ 900,000 คนมีภาวะทารกแรกคลอดขาดออกซิเจน ร้อยละ 3 ของทารกแรกเกิดทั่วโลกจากจำนวน 120 ล้านคนต่อปี และพบมารดาหลังคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดประมาณ 14 ล้านคนส่งผลให้มารดาเสียชีวิตประมาณ 70,000 คนทั่วโลก ถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิตหลังคลอด^{3,4} สำหรับในประเทศไทย พบรายงานอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด (ช่วงอายุครรภ์ 24 - 36⁺ สัปดาห์) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 11.60⁵ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในปี พ.ศ.2561 - 2563 มีความชุกต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เท่ากับ 24.00, 68.10, และ 24.80 ตามลำดับ⁶ ส่วนภาวะตกเลือดหลังคลอด มีความชุกของการตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 6.14 ในจำนวนนี้มีปริมาณตกเลือดระดับเล็กน้อย ร้อยละ 4.51 และตกเลือดระดับรุนแรง ร้อยละ 1.63⁷ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่มักพบได้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และภาวะตกเลือดหลังคลอด ถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารกได้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลมีหลายปัจจัย เช่น มารดาที่เป็นต่างชาติ และจำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนด¹ การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ภาวะช็อค ประวัติตกเลือดหลังคลอด การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานานเกิน 8 ชั่วโมง การคลอดล่าช้า การเร่งคลอด การตัดฝีเย็บ ปากมดลูกฉีกขาด การคลอดเฉียบพลัน ภาวะรกค้างและประสบการณ์ผู้ทำคลอด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด² และพบว่า อายุ ภาวะตั้งครรภ์แฝด บีสสาวะค้าง และระยะของการคลอดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือด^{6,7} นอกจากนี้แล้วพบว่า อายุ น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักสะสมตลอดการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด และทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด^{8,9}

สถานการณ์ของโรงพยาบาลด่านช้าง สถิติย้อนหลังปี 2563 - 2565 พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 2.95, 1.63, 2.27 ตามลำดับ (เป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 9.00) อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อ 10,000 การเกิดมีชีพ เท่ากับ 4.44, 7.27, 10.53 ตามลำดับ (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 7.00) และภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1.1, 1.1, 0.23 ตามลำดับ (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 5.00) แม้ว่าอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดจะต่ำกว่าระดับมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และภาวะตกเลือดหลังคลอดจะเกิดน้อย แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วสตรีหลังคลอดมักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ขณะที่อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลด่านช้าง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและเพื่อเตรียมทีมช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และภาวะตกเลือดหลังคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลด่านช้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ มารดาที่เป็นต่างชาติและมารดาที่มีจำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง¹ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ อายุ การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ภาวะซีด ประวัติตกเลือดหลังคลอด การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานานเกิน 8 ชั่วโมง การคลอดล่าช้า การเร่งคลอด การตัดฝีเย็บ ปากมดลูกฉีกขาด การคลอดเฉียบพลัน ภาวะรกค้างและประสบการณ์ผู้ทำคลอด^{2,6,7} ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักสะสมตลอดการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดและอายุครรภ์เมื่อคลอด⁸ และปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ทารกคลอดใกล้เกินกำหนดและทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม^{8,9} ดังนั้นการศึกษานี้ได้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลด่านช้าง ประกอบด้วยปัจจัยด้านแม่ ด้านลูก และด้านผู้ทำคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังแบบจับคู่ (Retrospective case control study)

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลด่านช้าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรม n4Studies ซึ่งพัฒนาโดยหน่วยระบาดวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลด่านช้างระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ทั้งหมดจำนวน 1,310 คน มีรายงานภาวะแทรกซ้อนจำนวน 136 คน คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ .10 ($p = .10$) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ($error = .05$) ได้ขนาดตัวอย่าง คือ 126 คน และจากการรวบรวมสถิติของหน่วยงานมีภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และภาวะตกเลือดหลังคลอดรวมกันทั้งหมด 36 คน ดังนั้นผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 36 คน และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกลุ่มละ 90 คน มาทำการศึกษาโดยการเลือกตัวอย่างจับคู่ (Matching) แบบ 1:3 โดยใช้ตัวแปรอายุมารดาและอายุครรภ์เมื่อคลอด มีเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเข้าและออกจากงานวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปมาคลอดบุตรในโรงพยาบาลด่านช้าง
3. สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ภายหลังจากคลอดแล้วนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 4 วัน

เกณฑ์การคัดออก

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ทารกเสียชีวิตในครรภ์
2. สตรีตั้งครรภ์ที่ส่งต่อไปรับการรักษาโรงพยาบาลอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการฝากครรภ์ ได้แก่ อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา สัญชาติ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งการฝากครรภ์ น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และประวัติการคลอดในอดีต

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ COE 08/2567, REC 34/2567 วันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง

จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความอนุญาติเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนในระบบการบันทึกทางเอกสาร และการบันทึกทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลด่านช้าง ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการฝากครรภ์ ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด และผู้ทำคลอด โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยด้านแม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 28.32 ปี (SD = 6.53) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่า มีช่วงอายุตั้งแต่ 21-30 ปี (ร้อยละ 46.03) มากที่สุด รองลงมาคือ 31-40 ปี (ร้อยละ 38.10) และ 18-20 ปี (ร้อยละ 10.32) ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.62) และมีสัญชาติไทย (ร้อยละ 95.24) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 61.90) รองลงมาคือ ว่างาน (ร้อยละ 21.43) และธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 7.94) ตามลำดับ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 45.24) รองลงมา คือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 34.13) และปริญญาตรีมีจำนวนเท่ากับไม่ได้เรียน (ร้อยละ 6.35) ตามลำดับ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 74.60) รองลงมาคือ ประกันสังคม (ร้อยละ 19.05) และชำระเงิน (ร้อยละ 4.76)

ภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.27) หากพิจารณาสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวพบว่า โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.97) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 1.59) และไทรอยด์ (ร้อยละ 12.38) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหม่เพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ หรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 57.90) ประวัติการตั้งครรภ์พบว่า ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 37.30) รองลงมาคือ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 (ร้อยละ 29.37) และตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 24.60) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแท้งบุตร (ร้อยละ 86.51) เมื่อพิจารณาจำนวนบุตรมีชีวิตพบว่า มีชีวิตจำนวน 1 คนมากที่สุด (ร้อยละ 38.10) รองลงมา คือ มีชีวิต 2 คน (ร้อยละ 29.37) และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 23.81) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประวัติการฝากครรภ์ครบจำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 68.30) และมีอายุครรภ์เมื่อคลอด 37-42 สัปดาห์ (ร้อยละ 92.86) ประวัติการคลอดในอดีตพบว่า ส่วนใหญ่มีการคลอดปกติ (ร้อยละ 60.32) รองลงมาคือ ยังไม่เคยผ่านการคลอด (ร้อยละ 24.60) และเคยผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 10.32) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านระยะคลอด เมื่อพิจารณาผู้ทำคลอดพบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 80.20) คลอดทางช่องคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 83.33) และได้รับการตัดแผลฝีเย็บมากที่สุด (ร้อยละ 51.60) การคลอดไม่เจ็บปวดมากที่สุดร้อยละ (88.33) การคลอดไม่พบการคลอดล่าช้ามากที่สุด (ร้อยละ 89.68) และไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานานกว่า 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 95.24) ดังตารางที่ 1

2. ภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์หลังคลอด พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีภาวะการคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 10.32) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ร้อยละ 11.11) และพบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดภายใน 1 นาที (ร้อยละ 7.14) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของของกลุ่มตัวอย่าง (n = 126)

ข้อมูลพื้นฐานของของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1) ปัจจัยด้านแม่		
อายุ (Mean 28.32, SD= 6.53) ปี		
18-20	13	10.32
21-30	58	46.03
31-40	48	38.10
41 ขึ้นไป	7	5.55
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.59
ธุรกิจส่วนตัว	11	8.73
ทำไร่	8	6.35
รับจ้าง	78	61.90
ว่างงาน	27	21.43
ศาสนา		
พุทธ	123	97.62
คริสต์	1	0.79
ไม่ได้ระบุ	2	1.59
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	6.35
ประถมศึกษา	43	34.13
มัธยมศึกษา	57	45.24
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	10	7.93
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	6.35
เชื้อชาติ		
ไทย	120	95.24
ต่างชาติ	6	4.76

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของของกลุ่มตัวอย่าง (n = 126) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.59
ประกันสังคม	24	19.05
ชำระเงิน	6	4.76
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	94	74.60
2) ภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	115	91.27
โรคเบาหวาน	5	3.97
โรคความดันโลหิตสูง	2	1.59
โรคไทรอยด์	3	2.38
ภาวะซีด	1	0.79
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์		
น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ (14 กิโลกรัม)	53	42.10
น้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์ที่กำหนด หรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด	73	57.90
ประวัติการตั้งครรภ์		
ท้องแรก	31	24.60
ท้องที่ 2	47	37.30
ท้องที่ 3	37	29.37
ท้องที่ 4	8	6.35
ท้องที่ 5	2	1.59
ท้องที่ 6	1	0.79
ประวัติการแท้งบุตร		
ไม่แท้ง	109	86.51
แท้ง 1 ครั้ง	15	11.90
แท้ง 2 ครั้ง	2	1.59
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)		
28-34	4	3.17
35-36	5	3.97
37-42	117	92.86
การฝากครรภ์		
ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง	86	68.30
ฝากไม่ครบ 5 ครั้ง	40	31.70

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของของกลุ่มตัวอย่าง (n = 126) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการคลอดในอดีต		
คลอดปกติ	76	60.32
ผ่าตัดคลอด	13	10.32
ตกเลือดหลังคลอด	1	0.79
ชุดมดลูก	1	0.79
ครรภ์แรก	31	24.60
ทารกมากกว่า 4,000 กรัม	1	0.79
คลอดก่อนกำหนด	1	0.79
แท้ง	2	1.59
3) ปัจจัยระยะคลอด		
ผู้ทำคลอด		
พยาบาล	101	80.16
แพทย์	1	0.79
สูติแพทย์	24	19.05
วิธีการการคลอด		
คลอดทางช่องคลอด	105	83.33
ผ่าคลอด	18	14.29
ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	3	2.38
แผลฝีเย็บ		
old tear	22	17.46
episiotomy	65	51.59
second degree tear	15	11.90
cesarian section	17	13.49
first tear	7	5.65
การคลอดเจ็บปว่		
มี	21	16.67
ไม่มี	105	83.33
คลอดล่าช้า		
มี	13	10.32
ไม่มี	113	89.68
การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานานกว่า 8 ชั่วโมง		
มี	6	4.76
ไม่มี	120	95.24

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์หลังคลอด (n = 126)

ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดของสตรีตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
การคลอดก่อนกำหนด		
เกิด (< 37 สัปดาห์)	13	10.32
ไม่เกิด (37-41 สัปดาห์)	113	89.68
การตกเลือดหลังคลอด		
เกิด	14	11.11
ไม่เกิด	112	88.89
ภาวะทารกแรกคลอดขาดออกซิเจน		
มี	9	7.14
ไม่เกิด	117	92.86

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 2 โดยเฉพาะภาวะคลอดก่อนกำหนดพบว่า เชื้อชาติ ระดับการศึกษา และประวัติการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่อายุมารดา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดล่าช้า การฝากครรภ์และวิธีการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์พบว่า วิธีการคลอด รกค้างและผู้ที่ทำคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่อายุมารดา อาชีพ เชื้อชาติ การศึกษา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ภาวะสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดล่าช้า และการฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดพบว่า เชื้อชาติ วิธีการคลอด และการคลอดล่าช้า มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่อายุมารดา อาชีพการศึกษา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ภาวะสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอด และผู้ที่ทำคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ (n = 126)

ตัวแปร	ภาวะคลอดก่อนกำหนด, n(%)			ภาวะตกเลือดหลังคลอด, n(%)			ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด, n(%)		
	ก่อนกำหนด	ครบกำหนด	p-value	ไม่เกิด	เกิด	p-value	ไม่เกิด	เกิด	p-value
อายุมารดา (ปี)									
18-20	0 (0.00)	13 (11.50)	.602	13 (11.60)	0 (0.00)	.127	12 (10.30)	1 (11.10)	.349
21-30	6 (46.20)	52 (46.00)		53 (47.30)	5 (35.70)		52 (44.40)	6 (66.70)	
31-40	6 (46.10)	42 (37.20)		39 (34.80)	9 (64.30)		47 (40.20)	1 (11.10)	
41ปีขึ้นไป	1 (7.70)	6 (5.30)		7 (6.30)	0 (0.00)		6 (5.10)	1 (11.10)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของสตรีตั้งครรภ์ (n = 126) (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะคลอดก่อนกำหนด, n(%)			ภาวะตกเลือดหลังคลอด, n(%)			ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด, n(%)		
	ก่อนกำหนด	ครบกำหนด	p-value	ไม่เกิด	เกิด	p-value	ไม่เกิด	เกิด	p-value
อาชีพ									
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0 (0.00)	2 (1.70)	.948	2 (1.80)	0 (0.00)	.954	2 (1.70)	0 (0.00)	.932
พนักงานบริษัท	0 (0.00)	3 (2.60)		0 (0.00)	3 (2.70)		3 (2.60)	0 (0.00)	
ธุรกิจส่วนตัว	0 (0.00)	11 (9.40)		9 (7.19)	2 (14.30)		10 (8.60)	1 (11.10)	
ทำไร่	1 (11.10)	7 (6.00)		7 (6.30)	1 (7.10)		8 (6.30)	0 (0.00)	
รับจ้าง	6 (66.70)	69 (59.00)		67 (59.80)	8 (57.10)		70 (59.80)	5 (55.60)	
ว่างงาน	2 (22.20)	25 (21.40)		24 (21.40)	3 (21.40)		24 (20.50)	3 (33.30)	
เชื้อชาติ									
ไทย	10 (76.90)	110 (97.30)	.001	106 (94.60)	14 (100.00)	1.000	113 (96.60)	7 (77.80)	.011
ต่างชาติ	3 (23.10)	3 (2.70)		6 (5.40)	0 (0.00)		4 (3.40)	2 (22.20)	
การศึกษา									
ไม่ได้เรียน	3 (23.10)	5 (4.40)	.039	8 (7.10)	0 (0.00)	.568	6 (5.10)	2 (22.20)	.095
ประถมศึกษา	7 (53.80)	36 (31.90)		36 (32.10)	7 (50.00)		38 (32.50)	5 (55.60)	
มัธยมศึกษา	3 (23.10)	54 (47.80)		51 (45.50)	6 (42.90)		56 (47.90)	1 (11.10)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	0 (0.00)	10 (9.00)		9 (8.10)	1 (7.10)		9 (7.70)	1 (11.10)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	0 (0.00)	8 (7.10)		8 (7.10)	0 (0.00)		8 (6.80)	0 (0.00)	
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น									
ตามเกณฑ์	4 (30.80)	49 (43.40)	.384	46 (41.10)	7 (50.00)	.523	49 (41.90)	4 (44.40)	.881
สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์	9 (69.20)	64 (56.60)		66 (90.40)	7 (50.00)		68 (58.10)	5 (55.60)	
ประวัติการตั้งครรภ์									
ท้องแรก	1 (7.70)	30 (26.50)	.035	30 (26.80)	1 (7.10)	.218	25 (21.40)	6 (66.70)	.090
ท้องที่ 2	3 (23.10)	44 (38.90)		40 (35.70)	7 (50.00)		45 (38.50)	2 (22.20)	
ท้องที่ 3	8 (61.50)	29 (25.70)		32 (28.60)	5 (35.70)		36 (30.80)	1 (11.10)	
ท้องที่ 4	0 (0.00)	8 (7.10)		8 (7.10)	0 (0.00)		8 (6.80)	0 (0.00)	
ท้องที่ 5	1 (7.70)	1 (0.90)		1 (0.90)	1 (7.10)		2 (1.70)	0 (0.00)	
ท้องที่ 6	0 (0.00)	1 (0.90)		1 (0.90)	0 (0.00)		1 (0.90)	0 (0.00)	
ภาวะสุขภาพ									
มีโรคประจำตัว	2 (22.20)	9 (7.70)	.137	9 (8.00)	2 (14.30)	.453	11 (9.40)	0 (0.00)	.336
ไม่มีโรคประจำตัว	7 (77.80)	108 (92.30)		103 (92.00)	12 (85.70)		106 (90.60)	9 (100.00)	
การคลอดล่าช้า									
มี	1 (11.10)	12 (10.30)	.935	12 (10.70)	1 (7.10)	.679	3 (33.33)	10 (8.55)	.018
ไม่มี	8 (88.90)	105 (89.70)		100 (89.30)	13 (92.90)		6 (66.67)	107 (91.45)	
การฝากครรภ์									
ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง	79 (69.90)	7 (53.80)	.239	76 (67.90)	10 (71.40)	.787	81 (69.20)	5 (55.60)	.396
ฝากไม่ครบ 5 ครั้ง	34 (30.10)	6 (46.20)		36 (32.10)	4 (28.60)		36 (30.80)	4 (44.40)	
การคลอด									
คลอดปกติ	8 (88.90)	97 (82.90)	.846	97 (86.60)	8 (57.10)	.005	98 (83.80)	7 (77.80)	.000
ผ่าตัดคลอด	1 (11.10)	17 (14.50)		12 (10.70)	6 (42.90)		18 (15.40)	0 (0.00)	
เครื่องสูดสุญญากาศ	0 (0.00)	3 (2.60)		3 (2.70)	0 (0.00)		1 (0.90)	2 (22.20)	
รกค้าง									
มี	-	-	-	1 (0.90)	4 (28.60)	.000	-	-	-
ไม่มี	-	-	-	111 (99.10)	10 (71.40)		-	-	-
ผู้ทำคลอด									
พยาบาล	-	-	-	94 (83.90)	7 (50.00)	.007	95 (81.20)	6 (66.70)	.513
แพทย์	-	-	-	1 (0.90)	0 (0.00)		1 (0.90)	0 (0.00)	
สูติแพทย์	-	-	-	17 (15.20)	7 (50.00)		21 (17.90)	3 (33.30)	

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ด้านเชื้อชาติ ระดับการศึกษา และประวัติการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนด การศึกษาครั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการคลอดก่อนกำหนดเป็นชาวต่างชาติถึงร้อยละ 23.10 สามารถอธิบายได้ว่า ด้านเชื้อชาติ ชาวต่างชาติที่มาคลอดมักเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน มีปัญหาเรื่องความรู้พื้นฐาน เศรษฐฐานะการเงิน มีปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ การเดินทาง ภาษาที่ต่างกันเป็นอุปสรรคในการสื่อสารทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือเมื่อเกิดปัญหาอาจไม่แจ้งอาการผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ศรีอุทาร์วงศ์¹ ที่พบว่ามารดาที่เป็นต่างชาติมีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ภาวะคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ พยายามหองคลอดจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับเชื้อชาติ ระดับการศึกษา และประวัติการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ทุกครั้งที่มาคลอดในโรงพยาบาล

สำหรับการศึกษา สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการศึกษาจนถึงระดับมัธยมศึกษาส่วนกันเกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 100.00 ทั้งนี้การศึกษามีส่วนสำคัญในการทำให้มารดามีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด การดูแลตัวเองและการสังเกตอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้การดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง หรือในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดต้องได้รับคำแนะนำและดูแลเป็นพิเศษ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ohuma et al.⁴ ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ระดับการศึกษาต่ำมีความเสี่ยงต่อภาวะการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (RR 1.57, 95% CI 1.21, 2.03, p < .05)

ส่วนประวัติการตั้งครรภ์พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ในลำดับของบุตรคนที่ 3 มีภาวะการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 61.50 แตกต่างกับการศึกษาของสุพรรณษา ศรีชุ่มจิตร¹¹ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มตั้งครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเกิดจากปัจจัยและปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข เช่น การติดเชื้อ ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ วิธีการคลอด รกค้าง และผู้ทำคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ สามารถอธิบายได้ว่า ตามกลไกการคลอดวิธีการคลอดแบบปกติ เมื่อทารกเกิดแล้วจะมีรกค้างอยู่ หากรกมีการลอกตัวช้าหรือยาก ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชย์พล ไทยานันท์⁶ ที่พบว่า ความชุกของการตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการคลอดทางช่องคลอดพบได้ร้อยละ 6.14 ปริมาณตกเลือดระดับเล็กน้อย ร้อยละ 4.51 ตกเลือดระดับรุนแรงร้อยละ 1.63 มีสาเหตุหลักคือ การหนีขาดของช่องทางคลอดร้อยละ 47.90 รองลงมาคือ มดลูกหดตัวไม่ดีร้อยละ 21.30

ภาวะรกค้างมีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ การศึกษาครั้งนี้พบว่า เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้างร้อยละ 28.60 ทั้งนี้เนื่องจากมีภาวะรกติดแน่น (Placental adherent) หรือภาวะรกค้าง (Retained placenta) ภายหลังคลอดบุตร แพทย์หรือพยาบาลพยายามใช้แรงดึงรอกออกจาก มดลูก อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บในมดลูกส่งผลให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ร่วมกับอาจมีภาวะปัสสาวะค้างจำนวนมากย่อมส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของฉิรนน สาสุนีย์² ที่พบว่า ภาวะรกค้าง (Retained placenta) มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ภาวะตกเลือด หลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ พยาบาลห้องคลอดจำเป็นต้องประเมิน เฝ้าระวังและป้องกันภาวะรกค้างของสตรี หลังคลอด

ขณะที่ผู้ทำคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากบริบทของ โรงพยาบาลด้านข้าง สตรีตั้งครรภ์เมื่อครบกำหนดคลอดจะได้รับการคลอดปกติโดยพยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ทำคลอด แต่สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนสูง จะเป็นสูติแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ สาขาเป็นผู้ทำการคลอดและรักษา อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้จำนวนการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดใน สักส่วนของพยาบาลและสูติแพทย์มีอัตราเท่ากันคือร้อยละ 50.00 อาจเกิดจากจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับ การคลอดในโรงพยาบาลด้านข้างโดยเฉลี่ย 3-5 คนต่อวัน มีความจำเป็นต้องทำการคลอด มีการเฝ้าระวังและ สังเกตอาการในระยะเวลาจำกัด ทำให้เกิดภาวะตกเลือดได้ เมื่อพิจารณาสตรีหลังคลอดที่เกิดภาวะตกเลือด หลังคลอด 14 คน สูติแพทย์ได้มีการรักษาโดยการให้สารน้ำ การให้ยา ให้สารประกอบเลือด แก้ไขสาเหตุ ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างทันที่ สตรีหลังคลอดปลอดภัย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ได้แก่ เชื้อชาติ วิธีการคลอด และการคลอดล่าช้า มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด สามารถอธิบายได้ว่า ด้านเชื้อชาติ โดยชาวต่างด้าวอาจมีปัญหาในเรื่องความรู้พื้นฐาน ความเข้าใจและแนวทางในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ นั่นคือเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้การทำงานของปอด ของทารกยังไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนตามมาได้ นอกจากนี้แล้วเศรษฐกิจ การเงิน ทำให้มี ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ การเดินทาง และภาษาที่ต่างกันทำให้เกิดปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ ตั้งครรภ์และผู้ให้บริการ ทำให้ไม่สามารถเข้าใจปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ชาวต่างชาติหรือไม่สามารถแจ้ง อาการผิดปกติที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย ศรีอุทราวงศ์ ที่พบว่า เชื้อชาติมี ความสัมพันธ์กับภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ภาวะขาดออกซิเจน ในทารกแรกเกิดสามารถเฝ้าระวังและป้องกันได้ พยาบาลห้องคลอดจำเป็นต้องคำนึงถึงเชื้อชาติ วิธีการ คลอด และการคลอดล่าช้าของสตรีตั้งครรภ์ทุกคนที่เข้ามาคลอดในโรงพยาบาล

วิธีการคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยเฉพาะการคลอดปกติเกิด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสูงถึงร้อยละ 77.80 ทั้งนี้เนื่องจากการเบ่งคลอดที่ไม่ถูกและเป็นระยะ เวลานาน โดยเฉพาะการคลอดระยะที่ 2 ที่ยาวนานกว่า 60 นาที มีผลต่อภาวะพร่องออกซิเจนของทารก แรกเกิด ส่งผลให้แรงดันในช่องอกเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดไหลเวียนไปที่หัวใจลดลงและความดันโลหิตสูง

เลือดไปเลี้ยงที่มดลูกลดลง ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา จันทสิงห์¹² พบว่า การคลอดทางช่องคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกที่มีคะแนนแอฟการ์ใน 1 นาทีแรกคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR .21, 95% CI .10-.42, $p < .05$)

การคลอดล่าช้ามีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกเกิด ทั้งนี้เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรกร้อยละ 66.70 ไม่มีประสบการณ์ในการเบ่งคลอด จึงใช้ระยะที่ 2 ของการคลอด ใช้เวลานานมากกว่า 60 นาที ย่อมทำให้ทารกอยู่ในครรภ์นาน ฉุนน้ำคร่ำแตกออกทำให้ทารกเกิดภาวะตำลักน้ำคร่ำจึงเป็นสาเหตุทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะพร่องออกซิเจนได้¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา จันทสิงห์¹² พบว่า การคลอดระยะที่ 2 นานกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที มีผลต่อคะแนนแอฟการ์ใน 1 นาทีแรกหลังคลอด โดยมีคะแนนต่ำกว่า 7 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลควรส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เข้ามาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ (Antenatal care: ANC) มุ่งเน้นการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับการทำงานของตนเอง รวมถึงอาจมีคู่มือแนะนำฝากครรภ์ด้วยภาษาที่หลากหลาย เช่น พม่า ลาว กัมพูชา เป็นต้น เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้เข้าใจภาษาและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ จะสามารถป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดได้อีก

1.2 ควรส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะการทำคลอดจากสถานการณ์จำลอง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ที่ยังไม่ผ่านการเรียนเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อย ได้เพิ่มพูนทักษะการทำคลอด จะสามารถป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ได้

1.3 ควรส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์แรก ฝึกกำหนดลมหายใจและฝึกเบ่งคลอด เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และภาวะตกเลือดหลังคลอด ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลด่านช้าง ร่วมกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และภาวะตกเลือดหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เล็ก น้าประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง ที่ได้อนุญาตและเป็นแรงผลักดันที่สำคัญและสนับสนุนให้เกิดโครงการพัฒนาระบบการวิจัยทางการแพทย์ของโรงพยาบาลขึ้น ขอขอบคุณ นายสมนึก อินทร์ใจเอื้อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อดีตหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และ นางเครือวัลย์ นิตินิธิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลด่านช้าง คนปัจจุบัน ที่คอยให้กำลังใจในการพัฒนางานวิจัยเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพ สุดท้ายขอขอบคุณ น้องพยาบาลห้องคลอดทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งด้านองค์ความรู้ กำลังใจ มิตรไมตรี ที่ดีงาม จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Sriautharawong V. Factors related to complications during pregnancy of mothers who delivered at Hua Hin Hospital. Region 4-5 Medical Journal 2019; 38(2): 126-39. (in Thai)
2. Sasunee T. Risk Factors for postpartum hemorrhage in Photharam Hospital, Ratchaburi Province. Journal of Health and Environmental Education 2022; 7(2): 45-56. (in Thai)
3. World Health Organization [WHO]. Preterm labor. 2023; Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
4. Ohuma E, Moller A-B, Bradley E, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2023; 402(10409): 1261-71. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00878-4.
5. Department of Medical Service. Guideline for prevention of early preterm labor in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
6. Thaiyanana J. Prevalence and risk factors affecting early postpartum hemorrhage among vaginal delivery at Burapha University Hospital. Bu J Med 2023; 10(1): 1-17. (in Thai)
7. Zenebe GA, Zenebe WA, Ewunie TM, Dires S. Primary postpartum hemorrhage and associated factors among delivering women in Gedeo Zone, Southern Ethiopia. Front Med. 2023; 10: 1096501. doi: 10.3389/fmed.2023.1096501
8. Thaiyanana J. Prevalence and risk factors affecting birth asphyxia among the neonates delivered at Burapha university hospital. The Public Health Journal of Burapha University 2022; 17(2): 28-41. (in Thai)
9. Phoodaangau B, Kownaklai J, Supathaweewat S. Factors associated with birth asphyxia in overweight and obese pregnant women. Journal of Health and Nursing Education 2023; 29(2): e261444 (in Thai)

10. Granés L, Torà-Rocamora I, Palacio M, De la Torre L, Llupià A. Maternal educational level and preterm birth: Exploring inequalities in a hospital-based cohort study. PLoS One. 2023; 18(4): e0283901. doi: 10.1371/journal.pone.0283901
11. Srichumchit S. Prevalence and factors associated with preterm birth. Buddhachinaraj Medical Journal 2023; 40(1): 75-82. (in Thai)
12. Janthasing S. Factors associated with birth asphyxia with one minute apgar score of 7 or less in Buayai hospital Nakhonratchasima Province. Medical Journal of Sisaket Surin Buriram Hospitals 2020; 35(3): 679-88. (in Thai)
13. Panna S. Risk factors for birth asphyxia in newborns delivered at Nongkhai Hospital. Srinagarind Med J 2020; 35(3): 278-86. (in Thai)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

สุภัทรา นาพิมแสง* พย.บ.

ชนกร สิงหาพันธ์** พย.บ.

ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล*** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), ศษ.ม. (นวัตกรรมการหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้),
ค.ศ. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา), ป. (ระบาควิทยาคลินิก)

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในโรงพยาบาลด้านข้าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ในโรงพยาบาลด้านข้าง เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 73 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม 1 ฉบับ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการผ่าตัดและสภาวะการเจ็บป่วย และแบบสอบถามวัดความวิตกกังวล มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .83 และมีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 42.12, SD = 7.16) ผู้ป่วยที่มีความกลัวการส่องกล้องส่งผลต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .275$, $p = .025$) ขณะที่อายุ รายได้ ประวัติการผ่าตัด และชนิดการส่องกล้องไม่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อายุ รายได้ ประวัติการผ่าตัด ชนิดการส่องกล้อง และความกลัว สามารถร่วมกันอธิบายความวิตกกังวลได้ร้อยละ 12.70 ($R^2 = .127$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ก่อนการส่องกล้องเพื่อลดความกลัวของผู้ป่วยที่เข้ารับส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารได้

คำสำคัญ: ความกลัว, ความวิตกกังวล, ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด้านข้าง, E-mail: supattra.nps@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด้านข้าง

***พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 8 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 ธันวาคม 2567 วันตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2567

Affecting Factors on the Anxiety in Patients undergoing Gastrointestinal Endoscopy at Secondary Hospital

Supattra Napimsaeng B.N.S.*

*Thanakorn Singhaphan** B.N.S.*

*Teepatad Chintapanyakun*** M.N.S. (Adult Nursing), M.Ed. (Innovative Curriculum and Learning Management), Ph.D. (Educational Research Methodology), Dip. (Clinical Epidemiology)*

Abstract:

This predictive research aimed to study the level of anxiety in patients undergoing gastrointestinal endoscopy and to examine the predictability of factors influencing anxiety. Data were collected from 73 adults and older adults undergoing gastrointestinal endoscopy at Dan Chang Hospital. The instrument used was a questionnaire consisting of demographic information, health status, surgical history, and an anxiety scale. The content validity index of the questionnaire was 0.83, and the internal consistency reliability, tested using Cronbach's alpha, was 0.89. Data were analyzed using descriptive and multiple regression statistics.

The findings revealed that the mean anxiety score of patients was at a moderate level (Mean = 42.12, SD = 7.16). Fear significantly influenced anxiety in patients undergoing gastrointestinal endoscopy ($\beta = .275$, $p = .025$) at the 0.05 significance level. However, age, income sufficiency, history of surgery, and types of endoscopy were not statistically significant predictors of anxiety. Collectively, age, income sufficiency, history of surgery, types of endoscopy, and fear accounted for 12.7% of the variance in anxiety ($R^2 = 0.127$). These findings can be used to develop pre-endoscopy education programs to reduce fear and anxiety in patients undergoing gastrointestinal endoscopy.

Keywords: Fear, Anxiety, Patients undergoing gastrointestinal endoscopy

**Corresponding author, Expert Professional Nurse, Operation Room Unit, Danchang hospital, E-mail: supattra.nps@gmail.com*

***Practical professional nurse, Operation Room Unit, Danchang hospital*

****Expert Level, Registered Nurse at Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

Received November 8, 2024 Revised December 17, 2024 Accepted December 27, 2024

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุอันดับที่สองของการเสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกา การตรวจคัดกรองจะช่วยลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตของโรคมะเร็งลำไส้ตามแนวทางของ US Preventive Service Task Force (USPSTF) ได้ ซึ่งแนวทางการคัดกรองที่ได้รับความนิยมคือ การส่องกล้องทางเดินอาหาร สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 68 ในประเทศสหรัฐอเมริกา¹ แม้ว่าขั้นตอนการส่องกล้องจะมีความเสี่ยงต่ำ แต่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและปอด เลือดออก การทะลุ ตับอ่อนอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบ และการติดเชื้อเกิดขึ้นได้² สำหรับประเทศไทย สถิติการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ตั้งแต่ปี พ.ศ 2561 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากอัตราร้อยละ 7.1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.2³

ด้วยวิธีการรักษาที่มีความก้าวหน้า สามารถใช้การส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น เพื่อตรวจลักษณะระบบทางเดินอาหารในการหาความผิดปกติของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น ตรวจดูลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ส่วนกลาง ส่วนต้น ลำไส้เล็กส่วนปลาย ท่อทางเดินน้ำดี และตับอ่อนได้ วิธีการส่องกล้องทางเดินอาหารนั้น สามารถแบ่งการตรวจออกเป็น 3 แบบ คือ การส่องกล้องเพื่อตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy: EGD) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colonoscopy) และการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography: ERCP)⁴ อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร คือ ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ที่มนุษย์ทุกคนคุ้นเคย และประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลจัดเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกคลอดและเกิดต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต มีความซับซ้อนที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งที่ถูกความตามการรับรู้แล้วแปลผลตามทัศนะหรือมุมมองของตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม^{5,6,7} สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร มีความวิตกกังวลต่อหัตถการการรักษาที่ไม่คุ้นเคย ความเจ็บปวดระหว่างการทำหัตถการ ความทุกข์ทรมานหลังการส่องกล้อง และวิตกกังวลเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล การส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารเป็นการใช้กล้องส่องเข้าไปในร่างกาย เพื่อดูความผิดปกติที่เกิดขึ้นในอวัยวะภายใน กล้องลักษณะเป็นท่อขนาดเล็กปรับความโค้งงอได้ มีขนาดประมาณ 1 เซนติเมตร และส่วนปลายของกล้องจะมีเลนส์ขยายภาพ ส่วนอีกด้านจะส่งภาพมายังจอมอนิเตอร์ ซึ่งทำให้แพทย์เห็นภายในอวัยวะที่ตรวจได้อย่างชัดเจน เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา การส่องกล้องในระบบอาหารทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยการส่องกล้องเข้าไปทางปากไปยังทางเดินอาหารส่วนต้นหรือส่วนปลายซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการกลืนของผู้ป่วย การส่องกล้องจึงเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกรังเกียจและวิตกกังวลกลัวการส่องกล้อง โดยเฉพาะระยะก่อนการส่องกล้อง⁸

จากการทบทวนวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ดังเช่น การศึกษาของนิตยา กลิ่นรัตน์ และมณฑิรา ชาญณรงค์ พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยด้านอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความกลัวในการส่องกล้อง และการได้รับข้อมูล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร และการศึกษาของชัยวัฒน์ อ่อนไธสง และ มยุรี ลีทองอิน⁹ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และมีปัจจัยด้านระดับการศึกษา ประสบการณ์รับรู้ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al.¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ได้แก่ อายุ และขนาดของท่อส่องกล้องทางเดินอาหาร

สำหรับโรงพยาบาลด่านช้าง มีการให้บริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 2 แบบ คือกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (EGD) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colonoscopy) ตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 177 คน แบ่งออกเป็น การส่องกล้องเพื่อตรวจหลอดอาหารกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (EGD) จำนวน 148 คน การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colonoscopy) จำนวน 29 คน จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางสีหน้าพร้อมสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้อง ประมาณร้อยละ 70 มีอาการเจ็บปวดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ประมาณร้อยละ 15 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารค่อนข้างน้อย และมีผลการศึกษาที่แตกต่างกันตามระดับของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในโรงพยาบาลด่านช้างอยู่ในระดับใด และศึกษาปัจจัยอายุ ความพอเพียงของรายได้ ประสิทธิภาพผ่าตัด ชนิดการส่องกล้อง ความกลัวการส่องกล้อง ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลวางแผนการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารให้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในโรงพยาบาลด่านช้างอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในโรงพยาบาลด่านช้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลด่านช้าง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลด่านช้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีด้านความวิตกกังวลของ Spielberger and Krasner⁷ กล่าวคือ มนุษย์มีอารมณ์เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่คุกคามตนเอง อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง เกิดความรู้สึกหวาดกลัวไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ตึงเครียด กระวนกระวายใจ เป็นทุกข์ ไม่สบายใจ และวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ และอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับสภาพจิตใจของตนเอง สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารมีการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกกังวล และความไม่แน่นอนในการทำหัตถการ ส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ และจากที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีสัมพันธ์หรือส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร ประกอบไปด้วย อายุ ความพอเพียงของรายได้ ประวัติการผ่าตัด ชนิดการส่องกล้อง และความกลัวการส่องกล้องที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหารที่มารับบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ในโรงพยาบาลด่านช้าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในโรงพยาบาลด่านช้าง การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (f^2) เท่ากับ .15 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ (Power of test) .90 ตัวแปรทำนายเท่ากับ 5 ตัวแปร ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 73 คน^{11,12} มีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive criteria) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชายหรือหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเป็นครั้งแรก
4. สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ปกติ สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะวิกฤติ หรือมีภาวะแทรกซ้อน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกมากกว่า 500 มิลลิลิตร ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง เป็นต้น
2. ไม่สามารถให้ข้อมูลตลอดการสอบถาม หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการผ่าตัดและสภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ ประสบการณ์การผ่าตัด ประสบการณ์ส่องกล้อง ชนิดของการส่องกล้อง ความกลัวการส่องกล้อง โรคประจำตัวอื่น ๆ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลของ Spielberg¹³ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา¹⁴ เป็นแบบสอบถามความวิตกกังวล จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) และความวิตกกังวลแฝง (STAI form Y-2) อย่างละ 20 ข้อ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ใช้เฉพาะแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) จำนวน 20 ข้อเท่านั้น แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (Rating's scale) แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ตามลำดับ มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .83 และมีความเที่ยงเท่ากับ .89 การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ ดังนี้

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ

มากที่สุด	ให้	4	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	3	คะแนน
มีบ้าง	ให้	2	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	1	คะแนน

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก

มากที่สุด	ให้	1	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	2	คะแนน
มีบ้าง	ให้	3	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	4	คะแนน

คะแนนความวิตกกังวล เป็นคะแนนรวมจากแบบวัดซึ่งมีค่าต่ำสุดคือ 20 คะแนน และสูงสุด คือ 80 คะแนน โดยมีเกณฑ์แบ่งคะแนนความวิตกกังวล ดังนี้

คะแนน 20-40	หมายถึง ความวิตกกังวลระดับต่ำ
คะแนน 41-60	หมายถึง ความวิตกกังวลระดับปานกลาง
คะแนน 61-80	หมายถึง ความวิตกกังวลระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีเลขที่ 32/2567 (COA No. 25/2567) ลงวันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาปกติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวม เพื่อผลประโยชน์ทางการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในหน่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย การนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน การจ่ายค่ารักษาพยาบาล และข้อมูลการผ่าตัดและสภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว ชนิดการส่องกล้อง ประสบการณ์การผ่าตัด ประสบการณ์การส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ความรู้สึกกลัว โดยใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.42) มีอายุเฉลี่ย 56.49 ปี (SD = 14.29) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีช่วงอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 41.10) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) มีสถานภาพกลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ 60.27) รองลงมาคือ โสด (ร้อยละ 20.55) และหม้าย (ร้อยละ 13.70) ตามลำดับ มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 58.90) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 13.70) และไม่ได้เรียน (ร้อยละ 10.96) ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรมมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 34.25) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 19.18) และค้าขาย (ร้อยละ 10.96) ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 64.38) และส่วนใหญ่ใช้สิทธิสุขภาพดีถ้วนหน้า (ร้อยละ 91.78) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 73)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	46.58
หญิง	39	53.42
อายุ (Mean = 56.49 ปี SD = 14.29)		
ต่ำกว่า 50 ปี	23	31.51
51-60ปี	20	27.40
61ปีขึ้นไป	30	41.10
ศาสนา		
พุทธ	73	100
สถานะภาพ		
โสด	15	20.55
คู่	44	60.27
หม้าย	10	13.70
แยกกันอยู่/อยู่ย่ำร้าง	4	5.48
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	43	58.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	13.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	9.59
ประกาศนียบัตร ปวช/ปวส	2	2.74
ปริญญาตรี	3	4.11
ไม่ได้เรียน	8	10.96

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 73) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	19.18
รับจ้าง	25	34.25
ค้าขาย	8	10.96
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	1	1.37
เกษตรกร	25	34.25
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
<10,000 บาท/เดือน	47	64.38
10,000-20,000 บาท/เดือน	24	32.88
20,001-30,000 บาท/เดือน	1	1.37
30,001-40,000 บาท/เดือน	1	1.37
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
สุขภาพดีถ้วนหน้า	67	91.78
จ่ายเอง	1	1.37
ประกันสังคม	4	5.48
เบิกได้	1	1.37

เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวพบว่า มีความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 42.47) ไ้ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 26.03) เบาหวาน (ร้อยละ 16.44) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ผ่าตัด (ร้อยละ 69.86) ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (ร้อยละ 54.79) ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยกัลการส่องกล้อง (ร้อยละ 73.97) เมื่อประเมินระดับความวิตกกังวลพบว่า โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 42.12, SD = 7.16) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลการผ่าตัด สภาวะการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และความวิตกกังวล (n = 73)

ข้อมูลการผ่าตัด สภาวะการเจ็บป่วย และความวิตกกังวล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
เบาหวาน		
มี	12	16.44
ไม่มี	61	83.56
ความดันโลหิตสูง		
มี	31	42.47
ไม่มี	42	57.53

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลการผ่าตัด สถานะการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และความวิตกกังวล (n = 73) (ต่อ)

ข้อมูลการผ่าตัด สถานะการเจ็บป่วย และความวิตกกังวล	จำนวน	ร้อยละ
ไขมันในเลือดสูง		
มี	19	26.03
ไม่มี	54	73.97
เกาต์		
มี	2	2.74
ไม่มี	71	97.26
ไตเรื้อรัง		
มี	4	5.48
ไม่มี	69	94.52
ไทรอยด์		
มี	3	4.11
ไม่มี	70	95.89
โรคหัวใจ		
มี	4	5.48
ไม่มี	69	94.52
มะเร็ง		
มี	2	2.74
ไม่มี	71	97.26
หลอดเลือดสมอง		
มี	1	1.37
ไม่มี	72	98.63
ประสบการณ์ผ่าตัด		
เคย	22	30.14
ไม่เคย	51	69.86
ชนิดของการส่องกล้อง		
ระบบทางเดินอาหารส่วนต้น	40	54.79
ระบบทางเดินอาหารส่วนปลาย	33	45.21
ความกลัวการส่องกล้อง		
กลัว	54	73.97
ไม่กลัว	19	26.03
ความวิตกกังวล (Mean = 42.12, SD = 7.16)		
ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mean = 36.46, SD = 3.03)	38	52.05
ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Mean = 48.29, SD = 4.83)	35	47.95

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลด่านช้าง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร พบว่า ผู้ป่วยที่มีความกลัวการส่องกล้องส่งผลต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .275, p = .025$) ขณะที่อายุ รายได้ ประวัติการผ่าตัด และชนิดการส่องกล้องไม่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรทำนายทั้งหมดสามารถอธิบายความวิตกกังวลได้ร้อยละ 12.70 ($R^2 = .127$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร (n = 73)

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized		Standardized	t	p-value	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Tolerance	VIF
	B	SE	Beta				
(Constant)	55.556	5.324		10.436	.000		
อายุ	-.085	.059	-.171	-1.440	.155	.927	1.079
ความพอเพียงของรายได้	-1.755	1.453	-.146	-1.208	.231	.892	1.121
ประวัติการผ่าตัด	.597	1.836	.039	.325	.746	.927	1.079
ชนิดการส่องกล้อง	-1.078	1.679	-.076	-.642	.523	.941	1.062
ความกลัวการส่องกล้อง	4.446	1.934	.275	2.299	.025	.913	1.095

$F(1,71) = 5.561, p = .021, R^2 .127, p = .000, \text{Durbin-Watson} = 1.357$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมารับวันนัดเพื่อส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลได้ประเมินสีหน้าของผู้ป่วยและญาติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นในการทำหัตถการ รวมถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนทำหัตถการล่วงหน้าหนึ่งวัน โดยอธิบายถึงขั้นตอนการทำหัตถการเบื้องต้น ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามสงสัยในการปฏิบัติตัว เมื่อพยาบาลให้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้ป่วยยอมรับรู้ถึงความจำเป็นในการทำหัตถการ และมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลส่งผลให้คลายความวิตกกังวล สอดคล้องกับงานวิจัยของปณัฐดา ชาติสุวรรณ และกัญญาดา ประจุศิลป์¹⁵ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยส่องกล้องทางเดินอาหารมีความเข้าใจ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง หาวิธีเผชิญเหตุการณ์อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคามทำให้ความวิตกกังวลลดลง ดังนั้น ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารสามารถจัดการได้จำเป็นต้องมีการประเมินการเตรียมความพร้อมจากพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในโรงพยาบาลด่านช้าง พบว่าความกลัวในการส่องกล้อง ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า ความกลัว เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มนุษย์ทุกคนมีประสบการณ์ในการประเชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เข้ามากระตุ้นให้เกิดความกลัว จะแสดงความรู้สึกออกมาในลักษณะของความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่ซับซ้อนที่บุคคลนั้น ๆ ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งที่คุกคามต่อการรับรู้แล้วแปลผลตามทัศนคติของตนเอง^{5,16} การเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นเหตุการณ์หรือประสบการณ์สิ่งใหม่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว มีผลต่อการรับรู้การคิด การตัดสินใจ ก่อเกิดเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาในด้านของความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลจะมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดและจิตใจ⁷ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีความกลัวการส่องกล้องส่งผลต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความกลัวน้อยจะเกิดความวิตกกังวลน้อยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลมีการให้ข้อมูลขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำหัตถการ มีการใช้สื่อต่าง ๆ เช่น QR code YouTube เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพและเข้าใจกระบวนการทำหัตถการทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวลดลง ย่อมทำให้ความวิตกกังวลลดลงตามมา สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผลของการให้ข้อมูลตามแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างชัดเจน และการให้ข้อมูลผู้ป่วย การอธิบายแนวทางการเผชิญความเครียด และการเตรียมสภาพจิตใจก่อนการส่องกล้อง ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้¹⁷ ดังนั้น หากพยาบาลสามารถลดความกลัวของผู้ป่วยก่อนได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารจะสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

ในส่วนของปัจจัยด้านอายุ ความพอเพียงของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.10 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาสุขภาพดีถ้วนหน้า ร้อยละ 91.78 ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลด่านช้าง ใช้สิทธิการรักษาครอบคลุมทุกช่วงวัย แม้ว่าจะมีรายได้น้อย แต่สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียม จึงทำให้อายุ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

ส่วนประวัติการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 69.86 การที่ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด ย่อมไม่เกิดความวิตกกังวลหรือความกลัวเกิดขึ้น ส่วนชนิดการส่องกล้อง ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องส่วนต้นและส่วนปลายมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลายได้รับการอธิบายขั้นตอนในการทำหัตถการโดยพยาบาล มีการใช้สื่อต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพและเข้าใจกระบวนการทำหัตถการทั้งหมด อาจทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ความกลัวในการส่องกล้องมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ดังนั้นในการลดความกลัวโดยการประเมินสีหน้าของผู้ป่วยและญาติ การอธิบายถึงความจำเป็นในการทำหัตถการ ขั้นตอนในการทำหัตถการ มีการใช้สื่อต่าง ๆ ประกอบ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในการส่องกล้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เพื่อศึกษาความพร้อมของลำไส้ ความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องครั้งแรก

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เล็ก น้าประเสริฐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลด่านช้าง ที่ได้สนับสนุนโครงการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัยให้กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลด่านช้าง และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคนที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Deb A, Perisetti A, Goyal H, Aloysius MM, Sachdeva S, Dahiya D, et al. Gastrointestinal Endoscopy-Associated Infections: Update on an Emerging Issue. Dig Dis Sci. 2022; 67(5): 1718-32. doi: 10.1007/s10620-022-07441-8
2. Gupta S. Screening for colorectal cancer. Hematol Oncol Clin North Am 2022; 36(3): 393-414. doi: 10.1016/j.hoc.2022.02.001
3. Public Health Strategies of the Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D.2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
4. Lin JS, Perdue LA, Henrikson NB, Bean SI, Blasi PR. Screening for colorectal cancer: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA 2021;325(19): 1978-98. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4417>
5. Spielberger CD, Krasner SS, Solomon EP. The experience, expression, and control of anger. In Individual differences, stress, and health psychology. New York: Springer; 1988.
6. Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ. Measuring the experience, expression, and control of anger. Issues Compr Pediatr Nurs 1995; 18(3): 207-32. doi: 10.3109/01460869509087271
7. Jampawal T. State anxiety. Buddhist Psychology Journal 2018; 3(1): 13-20. (in Thai)

8. Klinrat N, Channarong M. Factors associated with anxiety among patients undergoing gastrointestinal endoscopy at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Journal of Health Sciences and Pedagogy* 2021; 1(3): 68-81. (in Thai)
9. Onthaisong, C. & Leethong-in, M. (2019). Factors Related to Anxiety before esophagogastroduodenoscopy among hospitalized older persons. In *The 20th National Graduate Research Conference*. Khon Kaen University, Khon Kaen. (in Thai)
10. Yang M, Lu LL, Zhao M, Liu J, Li QL, Li Q, et al. Associations of anxiety with discomfort and tolerance in Chinese patients undergoing esophagogastroduodenoscopy. *PLoS One* 2019; 14(2): e0212180. doi: 10.1371/journal.pone.0212180
11. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009; 41: 1149-60.
13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
14. Thapinta D. *Effects of using modeling to reduce anxiety in the nurse students prior to psychiatric nursing practicum*. [thesis]. Chulalongkorn University; 1985. (in Thai)
15. Chatsuwan P, Prachusilpa G. Effects of using nursing support information model for patients with gastrointestinal endoscopy on patients' anxiety and nurses's satisfaction. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2014; 26(2): 62-72. (in Thai)
16. Marks L. *Clinical anxiety*. New York: Grune and Stratton. Inc; 1971.
17. Chaithongsakul A. Using practice guideline when giving preoperative information: Effects on anxiety among patients with breast cancer prior to surgery. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2016; 2(2): 29-40. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มณีนรัตน์ พันธุ์พุ่ม*, ปิ่นมณี แรงเรือง*

ญาณภัทร พิมสาร*, อภิญญา พลสะอาด*

วรรณิศา สระแก้ว*, พิมพ์ชนก พิมณะวัน*

กนกอร โคมเจลา** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

บทคัดย่อ:

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 409 ราย โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) และคำนวณโดยการกำหนดสัดส่วนตามจำนวนนักศึกษาแต่ละคณะ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง และแบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างอยู่ในระดับมาก (Mean = 9.02, S.D. = 0.83) มีทัศนคติการบริโภคอาหารปิ้งย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.71, S.D. = 0.45) และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.61, S.D. = 0.53) การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ทัศนคติการบริโภคอาหารปิ้งย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .62, P = .00$) ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้การบริโภคอาหารปิ้งย่างเพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรมการบริโภค, นักศึกษามหาวิทยาลัย

*นักศึกษาศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

**Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, E-mail: Kanokorn.c@ubu.ac.th

วันที่รับบทความ 11 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 ธันวาคม 2567 วันตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2567

The Relationship Between Knowledge, Attitude and Grilled Food Consumption Behavior of Ubon Ratchathani University Students

*Manirat Phanphut**, *Pinmanee Rangroeng**

*Yanaphat Pimsarn**, *Apinya Palamart**

*Wannida Srakaew**, *Phimchanok Phimnawan**

*Kanokorn Chomchalao**M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)*

Abstract:

This study is descriptive research aimed at examining the relationship between knowledge, attitude, and behavior related to grilled food consumption among Ubon Ratchathani University students. The sample consists of 409 students (both male and female), aged 18 and older, selected through stratified sampling, with proportions determined based on the number of students in each faculty. Data were collected using personal information questionnaires, a knowledge test on grilled food consumption, attitude questionnaires regarding grilled food consumption, and behavior questionnaires related to grilled food consumption. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distributions, percentages, means, and standard deviations.

The findings indicate that most participants had a high level of knowledge about grilled food consumption (Mean = 9.02, S.D. = 0.83), held a moderate overall attitude toward grilled food consumption (Mean = 2.71, S.D. = 0.45), and exhibited moderate overall grilled food consumption behavior (Mean = 2.61, S.D. = 0.53). Furthermore, a moderately positive relationship was found between attitude toward grilled food consumption and consumption behavior, with statistical significance at the 0.05 level ($r = .62$, $P = .00$). These findings provide valuable baseline information that can guide the promotion of appropriate grilled food consumption behaviors, which may contribute to improved health outcomes.

Keywords: knowledge, Attitude, Consumption behavior, University Students

**3rd year nursing student, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University*

***Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, E-mail: Kanokorn.c@ubu.ac.th*

Received September 11, 2024 Revised December 18, 2024 Accepted December 27, 2024

ความสำคัญของปัญหา

รายงานสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จัดเป็น 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย และมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ปัจจุบันมีรายงานผู้ป่วยรายใหม่ ประมาณ 16,000 คนต่อปี พบในเพศชายและหญิงราว 8,658 และ 7,281 คน ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 5,500 คนต่อปี¹

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สำหรับคนไทยมีหลายปัจจัย ประกอบด้วยปัจจัยด้านอายุพบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 50 ปี² ปัจจัยด้านพันธุกรรมพบว่า หากบุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะญาติสายตรงเคยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือมะเร็งชนิดอื่น ๆ มาก่อน ทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งชนิดนี้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ โรคลำไส้อักเสบก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยเช่นกัน การสูบบุหรี่และการดื่มสุราส่งผลให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้เพิ่มสูงขึ้น² และอาหารก็เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดมะเร็งลำไส้ เช่น การกินอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ การบริโภคเนื้อสัตว์ สัตว์เนื้อแดง ในปริมาณสูง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้² อาหารปิ้งย่างที่ไหม้ดำทำให้เกิดอนุมูลอิสระ ถ้าบริโภคเนื้อสัตว์ที่ไหม้เกรียมบ่อยครั้งจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์เป็นปัจจัยหนึ่ง que เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ โดยการย่อยสลายเกลือน้ำดี (Degradate bile salt) ด้วยแบคทีเรียในลำไส้ ซึ่งผลลัพท์ที่ได้ คือ องค์กรประกอบของเอ็นไนโตรโป (N-nitroso compounds) การบริโภคเนื้อสัตว์ สัตว์เนื้อแดง ในปริมาณสูง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ โดยการย่อยสลายธาตุเหล็กฮีม (Heme iron) ในเนื้อแดง นอกจากนี้ การปรุงอาหารด้วยอุณหภูมิสูง เช่น การปิ้งย่าง เป็นผลทำให้เกิดสารเฮเทอโรไซคลิกเอมีน (Heterocyclic amines) และ สารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Poly aromatic hydrocarbon) ซึ่งสารประกอบทั้งคู่ มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง มีบางงานวิจัยพบว่าในคนที่รับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ เพิ่มระยะเวลาการขนส่ง (Transit time) ทำให้อุจจาระค้างอยู่ในลำไส้เวลานานขึ้น³

ปัจจุบันแนวโน้มการบริโภคอาหารบุฟเฟต์ (Buffet) ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการรวมกลุ่มกินหมูกระทะในหมู่เพื่อน หรือครอบครัว ช่วงวันหยุด หรือเทศกาล โดยจากผลการสำรวจพฤติกรรมการเสี่ยง การกินหมูกระทะของคนไทย จำนวน 26,689 ราย ทั่วประเทศ โดยกองสุขศึกษาพบว่า มีผู้นิยมกินหมูกระทะถึงร้อยละ 32.1⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี คือ นิยมรับประทานอาหารปิ้งย่างมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงอาหารเย็นหรือหลังสอบเสร็จ มีความสะดวก หารับประทานง่าย เนื่องจากมีร้านอาหารปิ้งย่างเปิดรอบมหาวิทยาลัย และนักศึกษาจำนวนมากมักจะตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารปิ้งย่าง โดยไม่คำนึงถึงโทษรับประทานผักน้อยหรือไม่รับประทานผักเลย จะเน้นรับประทานเนื้อมากกว่า การบริโภคเนื้อสุก ๆ ดิบ ๆ ไขมันสูง จึงส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ได้

จากการทบทวนรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่าง/หมูกระทะของศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ของขวัญฤดี สิมมะลิ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของการบริโภคหมูกระทะอยู่ในระดับพอใช้ มีเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคหมูกระทะ ภาพรวมอยู่ในระดับดี และเห็นว่าการบริโภคหมูกระทะทำให้ร่วมสังสรรค์กับเพื่อนฝูงได้อย่างเต็มที่ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคหมูกระทะในระดับครึ่งคร่าว ในทุกครั้งที่รับประทานหมูกระทะจะรับประทาน ผักน้อย ๆ เพราะเกรงว่าจะอ้วนเร็ว ซึ่งข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาลงานี้ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวพบในนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีเช่นเดียวกัน แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาในนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จากปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องความรู้ ทักษะคิด ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างว่ามีประโยชน์หรือโทษ อย่างไรบ้าง และจะช่วยให้ นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีตระหนักถึงการบริโภคอาหารปิ้งย่างได้อย่างปลอดภัยมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด กับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมในการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งตัวแปรต้น ประกอบด้วย ความรู้ในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง ทักษะคิดในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมบริโภคอาหารปิ้งย่าง ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด กับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยประชากรของการศึกษาวิจัย คือ นักศึกษาที่ลงทะเบียนและกำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษา 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 409 คน

กลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาที่ลงทะเบียนและกำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษา 2 ปีการศึกษา 2566 ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรคำนวณของ Yamane (1973) โดยใช้ระดับความน่าเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ 5% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 390 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและไม่ได้รับการตอบกลับแบบสอบถาม จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 5% เป็น 409 คน⁶

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) และคำนวณโดยการกำหนดสัดส่วนตามจำนวนนักศึกษาแต่ละคณะ ได้กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะวิทยาศาสตร์ 46 คน คณะเกษตรศาสตร์ 25 คน คณะวิศวกรรมศาสตร์ 58 คน คณะศิลปศาสตร์ 72 คน คณะเภสัชศาสตร์ 19 คน คณะบริหารศาสตร์ 71 คน วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข 25 คน คณะศิลปประยุกต์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ 9 คน คณะนิติศาสตร์ 34 คน คณะรัฐศาสตร์ 37 คน และคณะพยาบาลศาสตร์ 13 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 409 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็น แบบสอบถาม โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 4 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ชั้นปีที่ศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ความถี่ของการรับประทานอาหารปิ้งย่าง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง ผู้วิจัยได้ปรับใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคหมูกระทะ ของ ขวัญฤดี สิมมะลิ เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง ประกอบด้วย ความรู้เรื่องวิธีการบริโภคอาหารปิ้งย่างที่เหมาะสม ส่วนประกอบที่ปนเปื้อนในอาหารปิ้งย่าง อันตรายจากการรับประทานอาหารปิ้งย่าง และโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารปิ้งย่าง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกคำตอบที่ผู้ตอบเห็นว่าถูกต้อง เกณฑ์การวัดคะแนนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับอาหารปิ้งย่าง ได้คะแนน (0-3 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างระดับน้อย หากได้คะแนน (4-7 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างระดับปานกลาง และคะแนน (8-10 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างระดับความรู้มาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนา มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมีให้เลือกที่ตรงกับ ความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของทัศนคติมีช่วงคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ทัศนคติ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ทัศนคติระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ทัศนคติระดับสูง⁷

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนา มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วยจุดประสงค์ในการ บริโภคอาหารปิ้งย่าง โอกาสในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง ความถี่ในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง ระยะเวลาใน การบริโภคอาหารปิ้งย่าง มื้ออาหารในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง ค่าใช้จ่ายต่อมื้อในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง สถานที่ในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง และบุคคลที่มีอิทธิพลในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง

ลักษณะคำตอบมีให้เลือกที่ตรงกับความคิดเห็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นครั้งคราว ไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 หมายถึง มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 หมายถึง มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการ บริโภคอาหารปิ้งย่าง ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการ บริโภคอาหารปิ้งย่าง ระดับดี⁷

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภค อาหารปิ้งย่าง และแบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง นำมาวิเคราะห์ความตรงตาม เนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้ สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 3 ท่าน แล้วนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง แบบสอบถาม ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง และแบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง มีค่า ความตรงตามเนื้อหา 0.88, 0.88 และ 0.88 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง กับนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคค(Cronbach's alpha Coefficiency) 0.87, 0.87 และ 0.87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU- REC-62/2567 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัยบอกให้แก่กลุ่ม ตัวอย่างเพื่อให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับ จากผู้ตอบแบบสอบถามจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะมีการระบุข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลข ไม่มีการ ระบุชื่อหรือที่อยู่และการตัดสินใจในการตอบแบบสอบถามการวิจัยตามความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงคณบดีแต่ละคณะ ในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับคัดการอนุมัติจากคณบดีแต่ละคณะ ในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ให้เก็บข้อมูล แล้วผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ผ่านทางประธานสโมสรนักศึกษาแต่ละคณะ หากมีผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยให้ติดต่อกลับผู้วิจัยโดยตรง

3. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้โปรแกรม Google form ทำได้คนละ 1 ครั้ง

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทำแบบประเมินมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อความแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ ระดับ .05

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่าง โดยหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่และร้อยละ

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่าง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person's Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เพศหญิง จำนวน 201 คน (ร้อยละ 49.10) และเพศชาย จำนวน 208 คน (ร้อยละ 50.90) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 149 คน (ร้อยละ 36.40) รองลงมาเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 127 คน (ร้อยละ 31.10) เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ คณะบริหารศาสตร์ จำนวน 80 คน (ร้อยละ 19.60) รองลงมาเป็นคณะศิลปศาสตร์ จำนวน 74 คน (ร้อยละ 18.10) ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 52 คน (ร้อยละ 12.7) รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง 28 คน (ร้อยละ 12.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยรับประทานอาหารปิ้งย่าง จำนวน 402 คน (ร้อยละ 98.30) กลุ่มตัวอย่างมีความถี่ของการรับประทานอาหารปิ้งย่าง โดยรับประทานทุกวันต่อสัปดาห์ จำนวน 62 คน (ร้อยละ 15.20)

รับประทาน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 170 คน (ร้อยละ 41.60) และรับประทาน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 177 คน (ร้อยละ 43.30)

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.40 รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 37.20 และมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างอยู่ในระดับมาก จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 59.40 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (n = 409)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง	ความถี่	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (0-3) คะแนน	14	3.40
ระดับความรู้ปานกลาง (4-7) คะแนน	152	37.20
ระดับความรู้มาก (8-10) คะแนน	243	59.40

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (n = 409)

ทัศนคติการบริโภค	Mean	S.D.	แปลผล
การรับประทานอาหารปิ้งย่างบ่อย ๆ เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ได้	4.36	0.63	ดี
การรับประทานอาหารปิ้งย่างควรรับประทานผักด้วยทุกครั้ง	4.29	0.79	ดี
การสูดดมควันจากการอาหารปิ้งย่างเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง	4.24	0.71	ดี
ควรออกกำลังกายหลังจากการรับประทานอาหารปิ้งย่าง	3.82	0.99	ดี
การรับประทานอาหารปิ้งย่างทำให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่	3.62	0.98	ปานกลาง
การดื่มสุราหรือเบียร์ขณะรับประทานอาหารปิ้งย่างจะช่วยให้อาหารย่อยได้ง่ายขึ้น	3.40	1.16	ปานกลาง
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างโดยรวม	2.71	0.45	ปานกลาง

เมื่อพิจารณา ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ได้แก่ การรับประทานอาหารปิ้งย่างบ่อย ๆ เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ได้ (Mean = 4.36, S.D. = 0.63) รองลงมาคือ การรับประทานอาหารปิ้งย่างควรเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่สุกเท่านั้น (Mean = 4.29, S.D. = 0.79) การสูดดมควันจากการอาหารปิ้งย่างเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง (Mean = 4.24, S.D. = 0.71) และควรออกกำลังกายหลังจากการรับประทานอาหารปิ้งย่าง (Mean = 3.82, S.D. = 0.99) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหารปิ้งย่างทำให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ (Mean = 3.62, S.D. = 0.98) รองลงมาคือ การดื่มสุราหรือเบียร์ขณะรับประทานอาหารปิ้งย่างจะช่วยให้อาหารย่อยได้ง่ายขึ้น (Mean = 3.40, S.D. = 1.16) ตามลำดับ และทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.71, S.D. = 0.455) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล พฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (n = 409)

พฤติกรรมการบริโภค	Mean	S.D.	การแปลผล
รับประทานอาหารปิ้งย่างเนื่องจากเพื่อนชักชวน	3.26	0.80	ดี
รับประทานอาหารปิ้งย่างใน โอกาสพิเศษ เช่น พบปะเพื่อนสนิท งานสังสรรค์ในครอบครัว	3.17	0.79	ดี
รับประทานอาหารปิ้งย่างที่ร้านเนื่องจากใกล้และสะดวกในการเดินทาง	3.15	0.81	ดี
ใช้ระยะเวลาในการรับประทานอาหารปิ้งย่างมากกว่า 1 ชั่วโมง	3.07	0.80	ดี
รับประทานอาหารปิ้งย่างในมือเย็นมากกว่ามืออาหารอื่น ๆ	3.05	0.81	ดี
รับประทานอาหารปิ้งย่าง เพราะคุ้มค่างับราคาที่จ่าย	2.96	0.87	ปานกลาง
รับประทานอาหารปิ้งย่างอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2.87	0.84	ปานกลาง
รับประทานอาหารปิ้งย่างเพื่อให้ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่	2.79	0.87	ปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างโดยรวม	2.61	0.53	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างตามรายชื่อของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างอยู่ในระดับดี ได้แก่ รับประทานในโอกาสเพื่อนชักชวน (Mean = 3.26, S.D. = 0.86) รองลงมา คือรับประทานในกลุ่มเพื่อนเนื่องในโอกาสพิเศษ เช่น พบปะเพื่อนสนิท งานสังสรรค์ในครอบครัว (Mean = 3.17, S.D. = 0.79) รับประทานเนื่องจากใกล้และสะดวกในการเดินทาง (Mean = 3.15, S.D. = 0.81) การใช้ระยะเวลาในการรับประทานอาหารปิ้งย่างมากกว่า 1 ชั่วโมง (Mean = 3.07, S.D. = 0.80) และชอบรับประทานมือเย็นมากกว่ามืออาหารอื่น (Mean = 3.05, S.D. = 0.81) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ รับประทานอาหารปิ้งย่าง เพราะคุ้มค่างับราคาที่จ่าย (Mean = 2.96, S.D. = 0.87) รับประทานอาหารปิ้งย่างอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Mean = 2.87, S.D. = 0.84) และรับประทานอาหารปิ้งย่างเพื่อให้ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ (Mean = 2.79, S.D. = 0.87) ตามลำดับ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.61, S.D. = 0.53) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิดกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่าง ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (n = 409)

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่าง	
	r	P-value
ความรู้ในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง	.03	.57
ทัศนคติในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง	.62	.00*

P - value < .05

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .03, P = .57$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .62, P = .00$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างอยู่ในระดับมาก จากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่มีความรู้ มีวิจักษณ์ในการตัดสินใจเลือกบริโภค และทราบว่าการรับประทานอาหารปิ้งย่างมีสารปนเปื้อนในวัตถุดิบที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และทราบวิธีการรับประทานอาหารปิ้งย่างที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มัชฌิมานาวดี เมธาพัฒนะ⁸ ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลร้อยละ 98.70 มีความรู้ทางโภชนาการอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นเพราะนักศึกษาได้รับความรู้โดยตรงจากชั้นเรียน และจากการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อสารมวลชนต่าง ๆ โดยนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างดี

2. ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่าง จากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม และหากมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างก็จะเกิดการเจ็บป่วยได้ ซึ่งการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ได้ในอนาคต ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารปิ้งย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างทราบข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัดของการรับประทานอาหารปิ้งย่างรวมถึงทราบผลกระทบที่อาจจะเกิดกับภาวะสุขภาพของตนเอง ทราบว่าการส่งเสริมทางการตลาดของร้านอาหารปิ้งย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการบริโภค สอดคล้องกับการศึกษาของกานดา สีดา¹⁰ ได้ศึกษาการประเมินความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น รับประทานอาหารปิ้ง ย่าง ร่มควันรับประทานเนื้อสัตว์แปรรูป และรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ซึ่งจะนำมาสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีทัศนคติที่ดีในการรับประทานอาหารประเภทปิ้งย่าง ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เกิด

ความตระหนักถึงผลกระทบของอาหารที่มีต่อสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง รวมถึงช่วยลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ได้

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถพิจารณาและตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารปิ้งย่างที่มีความปลอดภัย ไม่มีสารปนเปื้อน รวมถึงการตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ หากมีการบริโภคที่บ่อยจนเกินไป จากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ในการบริโภคอาหารปิ้งย่าง 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญฤดี สิมมะลี¹ ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคหมูกระทะของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารปิ้งย่างเป็นประจำทุกวันส่วนใหญ่แล้วชอบออกไปรับประทานเนื่องจากมีเพื่อนชักชวน มากกว่าการออกไปรับประทานในโอกาสพิเศษ เช่น การพบปะสังสรรค์ในครอบครัว

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.28$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในระดับปริญญาตรี และอยู่ในช่วยวัยที่สามารถเข้าถึงและรับข้อมูลข่าวสารในเรื่องของผลกระทบจากวัตถุดิบของอาหารปิ้งย่างที่มีต่อภาวะสุขภาพ รวมถึงพื้นที่โดยรอบมหาวิทยาลัยมีร้านอาหารปิ้งย่างอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้โอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะบริโภคอาหารปิ้งย่างได้อย่างสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึง ทำให้กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีความรู้เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารปิ้งย่าง ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่าง สอดคล้องกับงานวิจัยของ มณฑนาวดี เมธาพัฒนะ⁸ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.17$)

ทักษะคิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .615$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจว่าการรับประทานอาหารปิ้งย่างที่ถูกต้องก่อนนึ่ง คือ แยกอุปกรณ์ที่ใช้คิบนเนื้อสัตว์ที่คิบและอุปกรณ์คิบนเนื้อสัตว์ที่สุกรับประทาน อีกทั้งยังรับรู้ผลกระทบระยะยาวจากการรับประทานอาหารปิ้งย่างคือ โรคอ้วน และทราบว่ามารับประทานอาหารปิ้งย่างทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารปิ้งย่าง เพราะความคุ้มค่ากับราคา ที่จ่ายซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จำเป็นต้องมีบุคลากรที่สุขภาพดีที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการให้ความรู้ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคหมูกระทะ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคหมูกระทะ เพื่อลดโอกาสเกิดผลกระทบด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีต่อไป ดังนั้นหากนักศึกษามีความรู้ และทักษะคิดที่ดีต่อการบริโภคอาหารปิ้งย่างก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำเสนอผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างที่ไม่เหมาะสมของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และจัดกิจกรรมภายในมหาวิทยาลัยเพื่อปรับทัศนคติและสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งจากการบริโภคอาหาร

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารปิ้งย่างของนักศึกษา เช่น การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ค่านิยมของการบริโภคอาหารปิ้งย่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ประธานสโมสรนักศึกษาทุกคณะในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ให้การช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาในมหาวิทยาลัย ได้เข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อคณะผู้วิจัยได้นำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ผลการวิจัยได้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Databased of cancer patient unit. hospital-based cancer registry [Internet].2022 [cited 2022 April 20]. Available from: https://www.nci.go.th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf (in Thai)
2. Foongfaung S, Prabpai S, Pojdoung N, Boonpradit A. Food and beverage factors associated with the risk of colorectal cancer: a systematic Review. Kuakarun Journal of Nursing 2022; 29(2): 322- 33. (in Thai)
3. Samkham A. Factors related to colorectal cancer screening behavior among people in Sukhothai Province [Internet].2021 [Cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://www.lpch.go.th/km/uploads/20230530111314113481.pdf> (in Thai)
4. Thairath online. Survey results show that 32.1% like to eat moo kratha risk disease from 5 eating behaviors [Internet].2021 [Cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.thairath.co.th/news/society/2759208>. (in Thai)
5. Simmari K. Grilled pork buffet consumption behaviour of student at rajabhat mahasarakham university [Research report]. Rajabhat Mahasarakham University. [Internet].2017 [Cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://fulltext.rmu.ac.th/fulltext/2559/M119416/Simmali%20Khwanruedi.pdf> (in Thai)

6. Uakarn C, Chaokromthong K, Sintao N. Sample size estimation using yamane and cochran and krejcie and morgan and green formulas and cohen statistical Power Analysis by G*Power and comparisons. *Aphait International Journal* .2021; 10(2): 76-88.
7. Best J. *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentic hall Inc; 1997.
8. Muntanavadee M. Factors Associated with Food Consumption Behavior of Nursing Students. *The journal of faculty of nursing Burapha University*: 2017; 25(3): 20-29. (in Thai)
9. Boonlerd K, Horsub J, Sukpul K. Knowledge attitude and consumption behavior of foods that are at risk of causing cerebrovascular disease among people in a sub-district Warin Chamrap District Ubon Ratchathani Province [Research report] Ubonratchathani University; 2019. (in Thai)
10. Srida .K, Thipmed C, Ploysawang P. Assessment of knowledge belifefs, attitudes and behaviors regarding cancer among village health volunteers in salok bat sub-district khanu woralaksaburi district kamphaeng phet. *Department of health Service Support Journal*.2023; 19(2): 49-58. (in Thai)

ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

เสาวลักษณ์ คู่ยสมใจ* พย.บ.

ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), ศษ.ม. (นวัตกรรมหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้),
ค.ศ. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา), ป. (ระบาควิทยาคลินิก)

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในโรงพยาบาลด่านช้าง จำนวน 316 คน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลระหว่างการผ่าตัดและเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก และข้อมูลภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติถดถอยโลจิสติกส์

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เป็นร้อยละ 30.06 ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการไอ (ร้อยละ 9.45) เจ็บคอ (ร้อยละ 5.08) คลื่นไส้/อาเจียน (ร้อยละ 3.80) ความดันโลหิตต่ำ (ร้อยละ 3.20) และภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (ร้อยละ 2.82) ตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกายมาก (OR 1.069, 95%CI 1.002-1.141, $p = .043$) ประวัติสูบบุหรี่ (OR .368, 95%CI .160-.845, $p = .018$) การได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค Balance anesthesia (OR 3.022, 95%CI 1.232-7.408, $p = .012$) การได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค Total intravenous anesthesia (OR .195, 95%CI .058-.653, $p = .002$) ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อน, การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป, ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง, E-mail: csaowaluk_@hotmail.com

**พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามารชิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: teepatad.chi@mahidol.ac.th

วันที่รับบทความ 8 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 ธันวาคม 2567 วันตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2567

Prevalence and Predictive Factors of Complications in Patients with General Anesthesia

Saowaluk Cuysomjai* B.N.S

Teepatad Chintapanyakun** M.N.S. (Adult Nursing), M.Ed. (Innovative Curriculum and Learning Management), Ph.D. (Educational Research Methodology), Dip. (Clinical Epidemiology)

Abstract:

This retrospective observational cohort study aims to explore the prevalence and predicting factors of complications in patients who received general anesthesia. The samples consisted of 316 patients who underwent surgery and received general anesthesia at Danchang hospital from October 1, 2022, to September 30, 2023. The instruments used for data collection were demographic information, perioperation and general anesthesia techniques data, and complication results. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression to identify predictive factors.

The results showed that the prevalence of complications in patients who received general anesthesia was 30.06%. The top 5 common complications were cough (9.45%), sore throat (5.08%), nausea/vomiting (3.80%), hypotension (3.20%), and desaturation (2.82%), respectively. Significant predictors of complications included body mass index (BMI) (OR 1.069, 95%CI 1.002-1.141, $p = .043$), history of smoking (OR .368, 95%CI .160-.845, $p = .018$), the balance anesthesia technique (OR 3.022, 95%CI 1.232-7.408, $p = .012$), and the total intravenous anesthesia technique (OR .195, 95%CI .058-.653, $p = .002$) could predict complications in patients with general anesthesia statistically significant at the level of .05.

Keywords: Complication, General anesthesia, Patients with general anesthesia

*Corresponding author, Expert Professional Nurse, Anesthesia Unit, Nursing Service Department, Danchang hospital,

E-mail: csaowaluk_@hotmail.com

**Expert Level, Registered Nurse at Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University,

E-mail: teepatad.chi@mahidol.ac.th

Received November 8, 2024 Revised December 17, 2024 Accepted December 27, 2024

ความสำคัญของปัญหา

การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) เป็นการทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวในระหว่างการผ่าตัด ด้วยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำหรือการสูดดมสลบเข้าทางระบบทางเดินหายใจ ซึ่งอาจใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมด้วย¹ มีวัตถุประสงค์เพื่อระงับความเจ็บปวดระหว่างผ่าตัด ตลอดจนการดูแลภาวะของผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยระหว่างการผ่าตัดของศัลยแพทย์ แม้ว่าการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในปัจจุบันมีความปลอดภัย แต่ยังมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้^{2,3} จากรวบรวมข้อมูลของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะเจ็บคอหรือเสียงแหบ คลื่นไส้ อาเจียน อุบัติเหตุต่อพื้น ภาวะใส่ท่อหายใจยาก และแพ้ยา⁴ ทำให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลามากขึ้นในห้องผ่าตัด มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานมากขึ้น เสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น⁵

จากรายงานวิจัยโดยความร่วมมือสหสถาบันเกี่ยวกับอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระหว่างการผ่าตัดในช่วง 12 เดือนที่ทำการศึกษาในฐานข้อมูลการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 333,219 คน พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะพบร้อยละ 21.20 ภาวะออกซิเจนต่ำพบร้อยละ 15.50 ภาวะหัวใจหยุดเต้นพบร้อยละ 11.60 ใส่ท่อหายใจเข้าหลอดอาหารพบร้อยละ 8.30 และใส่ท่อหายใจยากพบร้อยละ 7.80 ตามลำดับ สำหรับอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีที่พบบ่อยในห้องผ่าตัด ได้แก่ การใส่ท่อหายใจซ้ำพบร้อยละ 5.40 ภาวะระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำพบร้อยละ 5.10 สำหรับอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีช่วงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ได้แก่ ภาวะเสียชีวิตจากทุกสาเหตุภายใน 24 ชั่วโมงพบร้อยละ 15.00 ภาวะหัวใจหยุดเต้นภายใน 24 ชั่วโมงจากทุกสาเหตุพบร้อยละ 12.30 การใส่ท่อหายใจซ้ำพบร้อยละ 3.00⁴ และจากการศึกษาของ วิวรรธณี คุสุวรรณ⁶ พบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ด้วยวิธีการบริหารยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำที่พบ คือ ความดันโลหิตต่ำ ช่วยหายใจด้วยหน้ากากช่วยหายใจลำบาก ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.31, 3.09 และ 1.74 ตามลำดับ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เช่น การศึกษาของประไพ ผลอิน และคณะ⁶ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ภาวะโภชนาการ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว และสภาพก่อนระงับความรู้สึก (American Association of Anesthesiologists: ASA) ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การศึกษาของสุนีย์ ศรีสว่าง และคณะ⁷ พบว่า ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเกิดขึ้นร้อยละ 20.00 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี (OR 1.37, 95%CI 1.04 - 1.80, $p = .025$) การมีโรคประจำตัว (OR 1.42, 95%CI 1.06 - 1.90,

p = .020) วิธีการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิคแบบ Balance anesthesia 8.07 เท่า (OR 8.07, 95%CI 2.09 - 31.25, p = .002) และการใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่า 6 ชั่วโมง 1.96 เท่า (OR 1.96, 95%CI 1.12 - 3.45, p = .019) และการศึกษาของ Abebe et al.⁸ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้แก่ เพศหญิง (AOR 2.928; 95%CI 1.899 - 4.512, p < .001) มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัด (AOR 2.238; 95%CI 0.991 - 5.056, p = .025) และระยะเวลาที่ใช้ในให้ยาระงับความรู้สึกมากกว่า 4 ชั่วโมง (AOR 5.406; 95%CI 2.418 - 12.088, p < .001) นอกจากนี้แล้ว งานวิจัยของ Chalya et al.⁹ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้แก่ เพศหญิง (OR 1.5; 95%CI 1.0 - 2.3, p = .04) สภาพก่อนระงับความรู้สึกกลุ่ม 2 (ASA class II) (OR 2.1; 95%CI 1.1 - 3.7, p = .017) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดมากกว่า 60 นาที (OR 2.2; 95%CI 1.0 - 4.5, p = .039) การผ่าตัดทางช่องท้อง (OR 37.1; 95%CI 1.6 - 841.2, p = .023) และการศึกษาของ Huschak et al.¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 35 kg/m² เข้ารับการผ่าตัดต่อกล้องทางหน้าท้องภายหลังถอดท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมง เกิดภาวะปอดแฟบมากกว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 35 kg/m² อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) จากที่กล่าวมาข้างต้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายของผู้ป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านการผ่าตัด และปัจจัยด้านเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก

จากสถิติของหน่วยงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 295, 322 และ 316 คน ตามลำดับ ผู้วิจัยเป็นวิสัญญีพยาบาลมีหน้าที่หลักในการให้บริการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังระงับความรู้สึก แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาความชุก และวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายภายใต้บทบาทของวิสัญญีพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลด่านช้างขาดแคลนแพทย์วิสัญญีประจำโรงพยาบาล การวางยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบจากวิสัญญีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ดังนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาความชุกของภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประเภทการผ่าตัด แผนกการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายให้เกิดปลอดภัย รวมทั้งเป็นการเพิ่มความรู้ทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามงานวิจัย

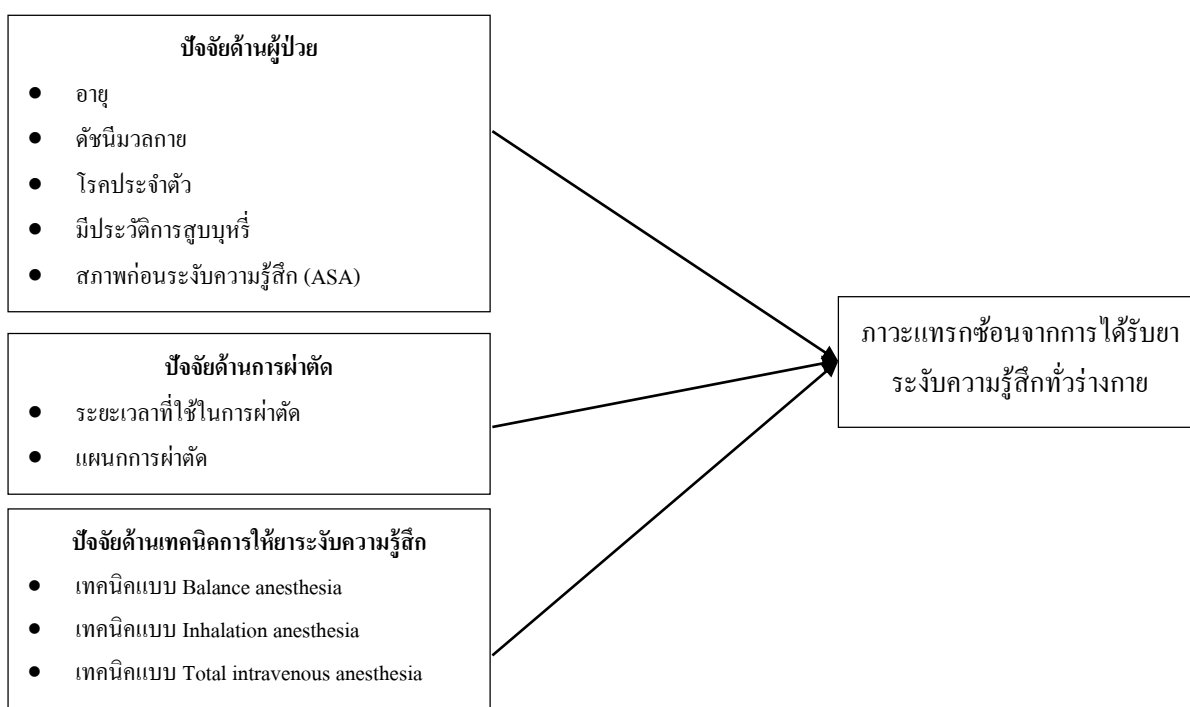
1. ความชุกของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายของโรงพยาบาลด่านช้าง เป็นเท่าใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย พบว่า 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ผู้สูงอายุหรือมีอายุมากกว่า 60 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย^{6,7} ผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย^{6,10} ผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย⁶ การมีโรคประจำตัวจะส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย^{6,7} และผู้ป่วยที่มีสภาพก่อนรับยาระงับความรู้สึก (ASA) ที่มีระดับสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย^{6,9} 2) ปัจจัยด้านการผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดซึ่งรวมระยะเวลาที่ใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย^{7,8,9} และแผนการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปหรือการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้^{9,10} และ 3) ปัจจัยด้านเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะวิธีการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิคแบบ Balance anesthesia จะส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย^{7,10} สามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective observational cohort study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในโรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 316 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive criteria) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
3. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลด่านช้างอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบการเฝ้าระวังและให้การประคับประคองสภาวะต่าง ๆ ขณะทำผ่าตัดหรือหัตถการ ทั้งที่ได้รับยาออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ได้แก่ ยากล่อมประสาท ยาระงับประสาท ยานอนหลับ หรือยาระงับปวด และไม่ได้รับยาดังกล่าว (Monitor anesthesia care) โดยผู้ป่วยยังมีสติหรือการรับรู้อยู่ในระหว่างผ่าตัด

2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิธีทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกเฉพาะส่วนของร่างกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว สภาพก่อนระงับความรู้สึก (ASA) ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระหว่างการผ่าตัดและเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ประเภทการผ่าตัด แผนกผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด และเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก

ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่พบในระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก ระบุพักฟื้นในห้องพักฟื้น และระยะหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ คลื่นไส้/อาเจียน หนาวสั่น ความดันโลหิตต่ำ ไอ เจ็บคอ หัวใจเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที หลอดลมหลอดเกร็ง และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 35/2567 (COE No. 09/2567) วันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกแฟ้มเวชระเบียนและข้อมูลในระบบ

คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลด่านช้าง ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ จะได้รับการปกปิดรายชื่อผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้การลงทะเบียน (Code) แทนการระบุตัวตน และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลด้านการผ่าตัด ข้อมูลการให้ยาระงับความรู้สึก และข้อมูลภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ตัวแปรจัดกลุ่ม (Categorical variables) วิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ ส่วนตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variables) วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.62) มีอายุเฉลี่ย 39.54 ปี (SD = 15.61) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า มีช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 58.23) รองลงมาคือ 51-60 ปี (ร้อยละ 16.77) และ 41-50 ปี (ร้อยละ 13.61) ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ย 25.82 kg/m² (SD = 6.30) เมื่อพิจารณาตามช่วงของดัชนีมวลกาย พบว่า อยู่ในช่วง 18.50-22.90 kg/m² มากที่สุด (ร้อยละ 27.85) รองลงมาคือ ช่วง 25.00-29.90 kg/m² (ร้อยละ 25.63) และมากกว่า 30.00 kg/m² (ร้อยละ 23.42) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 17.41) เบาหวาน (ร้อยละ 9.49) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 6.65) สภาพก่อนรับยาระงับความรู้สึกมีคะแนน ASA อยู่ใน Class II มากที่สุด (ร้อยละ 67.70) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.20) และไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 82.28)

เมื่อพิจารณาประเภทการผ่าตัด พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นประเภท Elective (ร้อยละ 67.09) เมื่อพิจารณาแผนกผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่เป็นแผนกศัลยกรรมทั่วไป (ร้อยละ 54.75) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดอยู่ในช่วง 61-120 นาที มากที่สุด (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือ น้อยกว่า 60 นาที (ร้อยละ 39.87) และช่วง 121-180 นาที (ร้อยละ 7.91) ตามลำดับ การเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-200 มิลลิลิตร (ร้อยละ 68.67) รองลงมาคือช่วง 501-1,000 มิลลิลิตร (ร้อยละ 16.77) และช่วง 201-500 มิลลิลิตร (ร้อยละ 12.03) ตามลำดับ เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก ส่วนใหญ่ใช้เทคนิค Balance anesthesia (ร้อยละ 85.76) รองลงมาคือ เทคนิค Total intravenous anesthesia (ร้อยละ 11.39) และเทคนิค Inhalation anesthesia (ร้อยละ 2.85) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

2. ความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เป็นร้อยละ 30.06 ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ 5 อันดับแรก ได้แก่ อากาศไอ (ร้อยละ 9.45) เจ็บคอ (ร้อยละ 5.08) และคลื่นไส้/อาเจียน (ร้อยละ 3.80) ความดันโลหิตต่ำ (ร้อยละ 3.20) และภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (ร้อยละ 2.82) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 316)

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	109	34.38
	หญิง	207	65.62
อายุ (Mean = 39.54, SD = 15.61) ปี			
	< 40 ปี	184	58.23
	41-50 ปี	43	13.61
	51-60 ปี	53	16.77
	61-70 ปี	38	11.39
ดัชนีมวลกาย (Mean = 25.82, SD = 6.30) กิโลกรัม/เมตร²			
	< 18.50	28	8.86
	18.50-22.90	88	27.85
	23.00-24.90	45	14.24
	25.00-29.90	81	25.63
	> 30	74	23.42
โรคประจำตัว			
เบาหวาน			
	ไม่มี	286	90.51
	มี	30	9.49
ความดันโลหิตสูง			
	ไม่มี	261	82.59
	มี	55	17.41
โรคหลอดเลือดหัวใจ			
	ไม่มี	315	99.68
	มี	1	0.32
โรคหืด			
	ไม่มี	307	97.15
	มี	9	2.85
โรคไตวายเรื้อรัง			
	ไม่มี	314	99.37
	มี	2	0.63
ไขมันในเลือดสูง			
	ไม่มี	295	93.35
	มี	21	6.65

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 316) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สภาพก่อนระดับความรู้สึก (ASA)		
Class I	68	21.50
Class II	214	67.70
Class III	34	10.80
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	69	21.80
ไม่สูบบุหรี่	247	78.20
ประวัติการดื่มสุรา		
ดื่มสุรา	56	17.72
ไม่ดื่มสุรา	260	82.28
ประเภทการผ่าตัด		
Elective	212	67.09
Urgency	96	30.38
Emergency	8	2.53
แผนกผ่าตัด		
ศัลยกรรมทั่วไป	173	54.75
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	36	11.39
สูติ-นรีเวช	107	33.86
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (Mean = 75.48, SD = 36.69) นาที		
< 60	126	39.87
61-120	158	50.00
121-180	25	7.91
181-240	7	2.22
การเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด (Mean = 213.05, SD = 324.79) มิลลิลิตร		
0-200	217	68.67
201-500	38	12.03
501-1000	53	16.77
> 1000	8	2.53
เทคนิคการให้ยาระดับความรู้สึก		
Balance anesthesia	271	85.76
Inhalation anesthesia	9	2.85
Total intravenous anesthesia	36	11.39

ตารางที่ 2 ความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยจากการได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (n = 316)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
การเกิดภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มี	221	69.94
มี	95	30.06
คลื่นไส้/อาเจียน	12	3.80
หนาวสั่น	4	1.30
ความดันโลหิตต่ำ	10	3.20
เจ็บคอ	16	5.08
ไอ	30	9.45
หัวใจเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที	6	1.88
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	1	0.32
ความดันโลหิตสูง	7	2.21
ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ	9	2.82

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมาก มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้ 1.069 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลปกติหรือน้อย (OR 1.069, 95%CI 1.002-1.141, $p < .05$) ผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้ .368 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ (OR .368, 95%CI .160-.845, $p < .05$) ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค Balance anesthesia มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้ 3.022 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยใช้เทคนิคอื่น ๆ (OR 3.022, 95%CI 1.232-7.408, $p < .05$) และผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค Total intravenous anesthesia มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้ .195 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยใช้เทคนิคอื่น ๆ (OR .195, 95%CI .058-.653, $p < .05$) ขณะที่ตัวแปรปัจจัยอื่น ๆ ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (n = 316)

ตัวแปร	OR	p-value	95%CI	
			lower	upper
อายุ	1.009	.470	.985	1.034
ดัชนีมวลกาย	1.069	.043	1.002	1.141
โรคประจำตัว	.458	.238	.125	1.676
ASA class I	3.329	.112	.755	14.675
ASA class II	1.273	.667	.424	3.828
มีประวัติการสูบบุหรี่	.368	.018	.160	.845
ระยะเวลาผ่าตัดเป็นนาที	1.001	.786	.992	1.010
Elective	.772	.768	.138	4.315
Urgency	.937	.943	.159	5.521
ศัลยกรรมทั่วไป	1.182	.781	.364	3.835
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	1.028	.968	.258	4.094
Balance anesthesia	3.022	.012	1.232	7.408
Inhalation anesthesia	.846	.547	.187	3.826
Total intravenous anesthesia	.195	.002	.058	.653

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเกิดขึ้นร้อยละ 30.06 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ อาการไอ รองลงมาคือเจ็บคอ และคลื่นไส้/อาเจียน ตามลำดับ เมื่อเทียบกับงานวิจัยของวิวรรธนี คูสุวรรณ⁷ เกิดความชุกของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายร้อยละ 11.52 และงานวิจัยของปรานอม เนาวิสุวรรณ¹¹ เกิดความชุก 16.65 แสดงให้เห็นว่าการศึกษานี้เกิดความชุกมากกว่างานวิจัยที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลด่านช้าง เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีศักยภาพในการผ่าตัดผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ซับซ้อน ภายใต้อำนาจขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญ คือ วิสัญญีแพทย์ ทำให้การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ภายใต้การดูแลของวิสัญญีพยาบาล ซึ่งผ่านหลักสูตรเฉพาะทาง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นเพียงอาการที่มักพบได้ทั่วไป และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้น บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลที่ไม่มีวิสัญญีแพทย์จึงควรมีการตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและการจัดการ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายภายใต้บทบาทวิสัญญีพยาบาล

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค Balance anesthesia ร้อยละ 85.76 ซึ่งเป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลดลง (Unconscious) โดยอาศัยยาดมสลบและยาสลบที่ฉีดทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับใช้ยากลุ่ม Muscle relaxant เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว (Muscle relaxation) ร่วมกับใช้ยากลุ่ม Opioid เพื่อระงับความเจ็บปวด (Analgesic)¹ และการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างวางยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (ร้อยละ 3.20) หัวใจเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที (ร้อยละ 1.88) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 2.21) ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (ร้อยละ 2.82) ซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ทั้งหมดในระหว่างผ่าตัด โดยเฉพาะมีผลข้างเคียงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด มีกลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญคือ ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายคลายตัว ทำให้เกิดความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจช้า รวมถึงเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรานอม เนาว์สุวรรณ¹¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีการบริหารยาระงับความรู้สึกเข้าทางหลอดเลือดดำ ได้ยาดมสลบที่เป็นไอระเหยผ่านทางท่อช่วยหายใจ ร่วมกับยากลายกล้ามเนื้อเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 94.20

ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค Total intravenous anesthesia มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ .195 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยใช้เทคนิคอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากยาที่ใช้ส่วนใหญ่ คือยา Ketamine เป็นยานาสดมสลบยานี้มีผลทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วได้ และทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้อีกด้วย ใช้ร่วมกับยาระงับปวด Fentanyl ซึ่งฤทธิ์ของยามีผลทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำและหัวใจเต้นช้าได้ ร่วมกับยาสงบประสาท Midazolam ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางมีฤทธิ์กดการหายใจ และมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำได้¹² สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรานอม เนาว์สุวรรณ¹¹ ที่พบภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยาระงับความรู้สึกเข้าทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 5.30

ดัชนีมวลกายมากมี โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ มักมีไขมันที่สะสมบริเวณใต้คาง ไบหน้าและลำคอ ทำให้การอำปก การกั้นหน้า และการแยกอ้อมมีข้อจำกัด อีกทั้งผู้ป่วยยังมีแก้มโต ลิ้นใหญ่ เนื้อเยื่อในช่องปากหนา กว่าคนปกติ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจส่งผลให้การช่วยหายใจด้วยหน้ากากและใส่ท่อช่วยหายใจยากขึ้น เมื่อเทียบกับคนปกติ อีกทั้งมีความต้องการใช้ออกซิเจนสูงขึ้น เพื่อใช้ในการเคลื่อนไหวและการหายใจ มีการผลิตก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นจากการสลายไขมัน มีไขมันเกาะตามช่องผนังทรวงอก ความยืดหยุ่นของผนังทรวงอกลดลง ทำให้ปอดขยายตัวได้น้อยลง ปริมาตรต่าง ๆ ของปอดลดลง เช่น ปริมาณของอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออกตามปกติ (Functional residual capacity: FRC) ส่งผลให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้จากการได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้¹³ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประไพ ผลอิน และคณะ⁶ พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลจึงควรพัฒนาแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ .368 เท่า เนื่องจากบุหรี่มีสารพิษที่สำคัญคือ นิโคตินมีผลทำให้ระบบการทำงานของสมรรถภาพปอดลดลง อีกทั้งทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วหลอดเลือดหัวใจตีบแคบลง นอกจากนี้ ควันบุหรี่ยังมีก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ โดยก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จะจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจนประมาณ 200 เท่า ผู้ที่สูบบุหรี่จึงได้รับออกซิเจนได้น้อยลง ส่งผลให้หัวใจและปอดต้องทำงานหนักขึ้น¹⁴ สอดคล้องกับการวิจัยของประไพ ผลอิน และคณะ⁶ ที่พบว่า บุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขณะที่อายุ ไม่ได้ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผลการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับงานวิจัยของ ประไพ ผลอิน และคณะ⁶ ที่พบว่า อายุส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และสุนีย์ ศรีสว่าง และคณะ⁷ พบว่า อายุมากกว่า 60 ปีส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ มีการเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายได้ ต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน มีสภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความทนต่อสภาพการเจ็บป่วยได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ถึงแม้ว่าการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า อายุไม่ได้ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเหตุผลดังอธิบายในข้างต้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยอื่นที่มีการพูดถึงเรื่องอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และด้วยจากการที่สรีรวิทยาของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง มีการเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลจึงควรสนใจปัจจัยในด้านอายุของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกร่วมด้วย

โรคประจำตัว และสภาพก่อนระงับความรู้สึก (ASA) ไม่ได้ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับผลการวิจัยของ ประไพ ผลอิน และคณะ⁶ ที่พบว่า โรคประจำตัว และสภาพก่อนระงับความรู้สึก (ASA) ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และสุนีย์ ศรีสว่าง และคณะ⁷ พบว่า การมีโรคประจำตัวหลายโรคส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน มีโรคประจำตัวน้อย ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา จึงทำให้เกิดความเสี่ยงในระหว่างระงับความรู้สึกน้อย ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายอยู่ในระดับต่ำ

ประเภทการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด และการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด ไม่ได้ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทั้งนี้เนื่องจากก่อนให้ยาระงับความรู้สึก วิทยาลัยพยาบาลจะประเมินสภาพผู้ป่วย ชักประวัติและตรวจร่างกาย รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยทุกคน โดยใช้แนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาในการผ่าตัด 61-120 นาที (ร้อยละ 50) ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกในระยะเวลาที่สั้น ได้รับปริมาณยาที่น้อยกว่า จึงทำให้เสียเลือดในปริมาณน้อยเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ ศรีสว่าง และคณะ¹ พบว่า ชนิดการผ่าตัดแบบถูกเงินและไม่ถูกเงิน ไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

แผนกการผ่าตัด ไม่ได้ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับผลการวิจัยของปรานอม เนาวิสุวรรณ⁸ พบว่า แผนกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากที่สุดในโรงพยาบาลศิษล จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และ สูติ-นรีเวช ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของศักยภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้างมีความสามารถในการผ่าตัดผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และผ่าตัดสูติ-นรีเวชที่ไม่ซับซ้อน หากผู้ป่วยมีความซับซ้อนจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้แผนกผ่าตัดจึงไม่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสูบบุหรี่ มีดัชนีมวลกายมาก ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีการบริหารยาระงับความรู้สึกเข้าทางหลอดเลือดดำ ได้ยาผสมที่ เป็นไอระเหยผ่านทางท่อช่วยหายใจร่วมกับยาคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลควรคัดกรอง เพื่าระวังผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายภายใต้บทบาทวิสัญญีพยาบาล และศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก

เอกสารอ้างอิง

1. Brown EN, Pavone KJ, Naranjo M. Multimodal general anesthesia: Theory and practice. *Anesth Analg* 2018; 127(5): 1246-58. doi:10.1213/ANE.0000000000003668
2. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, Connis RT, Fillmore RB, Hunt SE, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology* 2013; 118(2): 291-307. doi:10.1097/ALN.0b013e31827773e9
3. Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Guidelines for improving information on anesthesia. 2019. [Online]. Available from: <https://www.rcat.org>

4. Charuluxananan S, Panjasawatwong Y, Pitimanararee S, Weerawatganon T, Lekprasert W, Nimmannoratcha S, et al. Study on mortality and anesthesia-related complications from incident reporting in Thailand. Funded by Health Systems Research Institute (HSRI); 2017. (in Thai)
5. Kusuwan W. Study on the incidence of adverse anesthesia events in surgical patients at Chainat Narenthorn Hospital. J Mahasarakham Public Health 2020; 4(8): 133-47. (in Thai)
6. Phon-in P, Wankhwan K, Phakdeewong N, Wangsom A, Wong-anun U. Factors associated with complications from general anesthesia in postoperative patients. J Nurs Health Sci 2021; 3(1): 32-47. (in Thai)
7. Srisawang S, Phanwilai J, Chai-insee S. Incidence of anesthesia complications at Chiang Mai Neurological Hospital, fiscal years 2014-2016. J Dep Med Serv 2018; 43(1): 106-11. (in Thai)
8. Abebe B, Kifle N, Gunta M, Tantu T, Wondwosen M, Zewdu D. Incidence and factors associated with post-anesthesia care unit complications in resource-limited settings: An observational study. Health Sci Rep 2022; 5(3). doi:10.1002/hsr2.649
9. Chalya PL, Said FA, Kemeno B, Buname G, Kituula O. Patterns of immediate post-anesthetic complications and associated factors among patients undergoing major surgery at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania. Tanzania J Hlth Res 2022; 23(1): 1-13.
10. Huschak G, Busch T, Kaisers UX. Obesity in anesthesia and intensive care. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2013;27(2): 247-60. doi:10.1016/j.beem.2013.02.001
11. Naowsuwan P. Study on the incidence of anesthesia complications in patients receiving general anesthesia at Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. J Med Reg 11 2018; 32(3): 1121-30. (in Thai)
12. Subcommittee on the Development of the National List of Essential Medicines and the National Expert Working Group on Drug Selection, Anesthesiology and Pain Management Section. Rational drug use manual according to the National List of Essential Medicines: Anesthesiology and Pain Management Drugs; 2017. (in Thai)
13. Thamma-akson P, Arunothai, Siri-asawakul. Anesthesia for obese patients. Siriraj Med Bull 2017; 10(1): 34-41. (in Thai)
14. Rittidech D, Khwankla S, Malangtabtong T, Promthewa K. Smoking behavior and factors influencing lung function in employees who smoke in private enterprises, Rayong Province. J Burapha Nurs 2022; 30(4): 49-63. (in Thai)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
85 ถนนสมเด็จร์ ตำบลเมืองศรีโค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
โทร. 045 – 353226 - 7
E-mail : nurseubujournal@gmail.com