



วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

JOURNAL OF HEALTH AND NURSING UBON RATCHATHANI UNIVERSITY

ISSN 3027-6551 (Online)

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568 Vol.4 No. 1 January - June 2025

บทความวิชาการ

- การนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวมาใช้ในการศึกษาพยาบาล : ความท้าทายหรือข้อจำกัด
มาศรัตน์ ปริญญาบท และ สุริดา ชัยชมชื่น
- การวิเคราะห์หมโนทัศน์: สุขภาวะของวัยรุ่นไทยที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
เสาวนีย์ ทรงประโคน และ บังอร ปิระกุ่ม

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลอุ้งทอง
อริญญา ชำนาญอักษร และ ทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล
- ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลด่านช้าง : งานวิจัยเชิงสืบย้อน
สิริพร สรหงษ์ และคณะ
- ผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์
นิตยา แสงสะอาด และคณะ



วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University

ที่ปรึกษา	คณบดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	รองคณบดีฝ่ายวิจัย บริการวิชาการ และวิเทศสัมพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
บรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ศักดิ์ รัตนชัยกุล โสภณ	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมปอง พะมูลีลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียเชื้อ	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	รองศาสตราจารย์ ดร. อาภรณ์ ดินาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
	รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	รองศาสตราจารย์ ดร. มณฑา เก่งการพานิช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
	รองศาสตราจารย์ ดร. สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริรัตน์ ศรีโปลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิลาวรรณ จันทะปรีดา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
	ดร.วีวีวรรณ เผ่ากัณหา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
	ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์
	นายแพทย์วีระ มหาวานกุล	โรงพยาบาลอุบลรัตน์ขอนแก่น
	เภสัชกรหญิงชมภูษ วีระวัชรชัย	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิวิณา ภูมิทิปการ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิรา คอนสมักร	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรัตน์ นระสนธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาวิตรี สิงหา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สิริทรัพย์ สีหะวงษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุทินี เสาร์แก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.วิศนีย์ บุญหมั่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.หทัยรัตน์ สายมาอินทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ฝ่ายจัดการวารสาร	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวภัทร นักรู้กำลังพัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	นางสาวกนกอร ธานี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

- วัตถุประสงค์**
1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและสุขภาพ
 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 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อย่างน้อย 3 ท่าน
ความคิดเห็นหรือข้อความใดๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
เป็นของผู้เขียนและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
บรรณาธิการและคณะพยาบาลศาสตร์ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวมาใช้ในการศึกษาพยาบาล : ความท้าทายหรือข้อจำกัด 1
มาศรัตน์ ปริยานนท์ และสุธิดา ชัยชมชื่น
- การวิเคราะห์หมโนทัศน์ : สุขภาวะของวัยรุ่นไทยที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 17
เสาวนีย์ ทรงประโคน และบังอร ปิยะทุม

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลอุ้มทอง 29
อรัญญา ชำนาญอักษร และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล
- ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้าง : งานวิจัยเชิงสืบย้อน 45
สิริพร สรหงษ์ และคณะ
- ผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 59
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์
- นิตยา แสงสะอาด และคณะ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University) ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ฉบับนี้ เผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ เลข ISSN 3027 - 6551 โดยมีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจดังนี้ บทความวิชาการ 2 เรื่อง ได้แก่ การนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวมาใช้ในการศึกษาพยาบาล : ความท้าทายหรือข้อจำกัด และการวิเคราะห์หมโนทัศน์ : สุขภาวะของวัยรุ่นไทยที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี บทความวิจัย 3 เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลอุทอง ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้าง : งานวิจัยเชิงสืบย้อน และผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารได้ทางหน้าเว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (<http://www.nurse.ubu.ac.th/new/>)

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อยู่ในช่วงของการพัฒนาวารสารเพื่อเตรียมประเมินเข้าสู่ฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre: TCI) ในลำดับต่อไป ขอแสดงความขอบคุณที่ปรึกษากองบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แต่งทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี และพร้อมรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกท่านด้วยความขอบคุณยิ่ง เพื่อให้วารสารเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพต่อไป ทั้งนี้ ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัยตีพิมพ์ในวารสารฯ ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2568 ได้ตั้งแต่นี้เป็นต้นไป

ผศ.ดร สมปอง พะมูลิตา

บรรณาธิการวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

การนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวมาใช้ในการศึกษาพยาบาล: ความท้าทายหรือข้อจำกัด

มาศรัตน์ ปริยานนท์* นักศึกษาปริญญาเอก

สุธิดา ชัยหมื่น** ปร.ด.

บทคัดย่อ:

การศึกษาด้านการพยาบาลถือเป็นส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรด้านสุขภาพในอนาคต เพื่อให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีมีความก้าวหน้าอย่างมากและรวดเร็ว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การศึกษาด้านการพยาบาลจึงจำเป็นต้องปรับตัวและพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของวิชาชีพ แนวทางหนึ่งที่กำลังเข้ามามีบทบาทสำคัญและได้รับความสนใจในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาคือเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว การเรียนรู้แบบปรับตัวเป็นแนวทางที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางซึ่งใช้เทคโนโลยีและเทคนิคที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล ทำให้มีความสามารถในการปรับเนื้อหาและวิธีการสอนให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ และความต้องการของแต่ละบุคคล ผู้เรียนแต่ละคนจะได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวทางของเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว ความท้าทายในการนำมาใช้ และข้อจำกัดที่อาจเป็นอุปสรรค พร้อมทั้งข้อเสนอแนะการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย

คำสำคัญ: เทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว, การศึกษาพยาบาล

*Corresponding author นักศึกษาปริญญาเอก ภาควิชาคอมพิวเตอร์ศึกษา คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า

พระนครเหนือ Email: s6702042910026@email.kmutnb.ac.th

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาคอมพิวเตอร์ศึกษา คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

วันที่รับบทความ 14 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 4 เมษายน 2568 วันตอบรับบทความ 30 เมษายน 2568

Adaptive Learning Technology Implementation in Nursing Education: Challenges or Limitations

Masarat Pariyanonth Ph.D. Candidate*

*Suthida Chaichomchuen** Ph.D.*

Abstract:

Nursing education plays a critical role in preparing future healthcare professionals to deliver safe and effective patient care. In an era of rapid technological advancement, healthcare knowledge is constantly evolving. Therefore, nursing education must adapt and improve to meet the demands of the profession. One approach that has gained substantial attention in recent years is adaptive learning technology. Adaptive learning is a learner-centered approach that utilizes technology and data-driven techniques to tailor instructional content and teaching methods according to each learner's knowledge, abilities, and needs. As a result, learners are provided with a more targeted and effective learning experience.

This article aims to explore adaptive learning technology, identify the challenges and limitations of its implementation, and provide recommendations for integrating it into nursing curricula in Thailand.

Keywords: Adaptive Learning Technology, Nursing Education

**Corresponding author, Doctoral Degree Student, Department of Computer Education, Faculty of Technical Education King Mongkut's University of Technology North Bangkok E-mail: s6702042910026@email.kmutnb.ac.th*

***Assistant Professor, Department of Computer Education, Faculty of Technical Education, King Mongkut's University of Technology North Bangkok*

Received November 14, 2024 Revised April 4, 2025 Accepted April 30, 2025

บทนำ

ในยุคของการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วทางเทคโนโลยี การศึกษาได้ก้าวเข้าสู่การปฏิรูปเชิงลึก โดยมี การนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทสำคัญในกระบวนการเรียนการสอน หนึ่งในเทคโนโลยีที่ได้รับความสนใจมากขึ้นในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาคือ “การเรียนรู้แบบปรับตัว” (Adaptive Learning) ซึ่งเป็นรูปแบบ การเรียนการสอนที่ใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) และข้อมูลเชิงลึกเพื่อปรับเปลี่ยน เนื้อหาและวิธีการสอนให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้เรียน เทคโนโลยีนี้ได้รับการพิสูจน์ แล้วว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ และช่วยให้ผู้เรียนบรรลุผลสำเร็จได้ในระยะเวลาที่สั้นลง¹ งานวิจัย ระบุว่า Adaptive Learning มีความสามารถในการเพิ่มความสำเร็จของนักศึกษา โดยใช้เทคนิคที่มุ่งเน้น ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและให้การเรียนรู้ที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้เรียนแต่ละคน ซึ่งช่วยให้นักศึกษาสามารถ เข้าใจจุดอ่อนของตนเองและพัฒนาทักษะได้ในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่ำ ทำให้นักศึกษาสามารถ เรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในแบบที่ตรงกับความต้องการส่วนบุคคล² Adaptive Learning ยังช่วย เพิ่มการจดจำข้อมูลในระยะยาวและสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง ตัวอย่างเช่น การใช้ Adaptive Quizzing Systems³ ช่วยให้นักศึกษาฝึกตอบคำถามได้อย่างต่อเนื่อง เพิ่มความมั่นใจในการ คิดวิเคราะห์และตัดสินใจ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความกดดัน เช่น การสอบเพื่อรับใบประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์แนวคิดของ Adaptive Learning ยังชี้ให้เห็นว่าคุณลักษณะที่สำคัญ เช่น การใช้ เทคโนโลยีเป็นตัวขับเคลื่อน การคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างผู้เรียน และการมุ่งเน้นผู้เรียนแต่ละคน ทำให้ การเรียนรู้แบบปรับตัวมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการเรียนรู้ทางการพยาบาล⁴

ในบริบทของการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย การพัฒนาทักษะและความสามารถของนักศึกษา พยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพระดับชาติ อย่างไรก็ตาม กระบวนการ เรียนการสอนในปัจจุบันยังคงมีความท้าทายหลายประการ เช่น ความแตกต่างในระดับพื้นฐานของผู้เรียน ข้อจำกัดทางทรัพยากร และภาระงานของคณาจารย์ที่เพิ่มขึ้น การนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวเข้ามา ใช้ในกระบวนการเรียนการสอนอาจเป็นทางเลือกที่ช่วยลดข้อจำกัดดังกล่าว และส่งเสริมการเรียนรู้ที่มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁵ การเรียนรู้แบบปรับตัวสามารถนำมาใช้ในหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่การให้ คำแนะนำเฉพาะบุคคล การจัดเนื้อหาบทเรียนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเวลาของผู้เรียน ไปจนถึงการสร้าง สภาพแวดล้อมการเรียนรู้แบบจำลอง (Simulation-Based Learning)⁶ ซึ่งจำเป็นสำหรับการฝึกปฏิบัติใน วิชาชีพพยาบาล โดยคำนึงถึงความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี การยอมรับจากผู้เรียนและ ผู้สอน และการปรับเปลี่ยนหลักสูตรให้สอดคล้องกับเทคโนโลยี

บทความนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์บทบาทของเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวที่จะนำมาใช้ในระบบ การศึกษาพยาบาลของประเทศไทย โดยพิจารณาทั้งข้อได้เปรียบและข้อจำกัดของการนำเทคโนโลยีนี้มาใช้ นำเสนอแนวทางการแก้ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มโอกาสความสำเร็จของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ดังกล่าวในอนาคต

ความเป็นมาของเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว (Adaptive Learning Technology: ALT)

วิวัฒนาการของเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวสามารถแบ่งออกเป็น 3 ยุค ดังนี้

1. ยุคแรก (1950-1980) การเรียนรู้แบบปรับตัวเริ่มต้นจากงานวิจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้ของเครื่อง (Machine Learning) โดย Skinner⁷ นักจิตวิทยาและนักการศึกษาชาวอเมริกัน เป็นผู้พัฒนาแนวคิดเรื่อง “การเรียนรู้แบบอัตโนมัติ” (Automated Learning) ในช่วงปี 1950-1960⁸ ซึ่งทฤษฎีการเรียนรู้แบบปรับตัวของ Skinner จะเน้นการเสริมแรงและการลงโทษเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เขาเชื่อว่าพฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นซ้ำอีก ในขณะที่พฤติกรรมที่ถูกลงโทษมีแนวโน้มที่จะลดลง แนวคิดของ Skinner เกี่ยวกับการเรียนรู้แบบปรับตัวได้ถูกนำไปใช้ในระบบการเรียนรู้แบบปรับตัวด้วยคอมพิวเตอร์ (Computer-Aided Learning หรือ CAL) ในช่วงทศวรรษ 1970 เป็นช่วงที่เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์เริ่มมีความก้าวหน้า ระบบ CAL มีการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อปรับเนื้อหาการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับความต้องการของนักศึกษาแต่ละคน งานวิจัยที่มีหลักแนวคิดเช่นเดียวกับ Skinner ตัวอย่างเช่น

Patrick Suppes⁹ นักคณิตศาสตร์และนักการศึกษาชาวอเมริกัน ใช้เทคโนโลยีการประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์เพื่อสร้างการเรียนรู้แบบอัตโนมัติและพัฒนาแนวคิดเรื่องการเรียนรู้แบบปรับตัว

John Anderson¹⁰ นักจิตวิทยาและนักการศึกษาชาวอเมริกัน ได้พัฒนาแนวคิดเรื่อง “การเรียนรู้แบบปรับตัวด้วยคอมพิวเตอร์” (Computer-Assisted Instruction) ซึ่งใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบปรับตัวในการสอนและการเรียนรู้

Lee Cronbach นักจิตวิทยาการศึกษา ผู้พัฒนาทฤษฎีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha และ Richard Snow¹¹ นักจิตวิทยาการศึกษาที่มีชื่อเสียงในด้านการวัดผลและประเมินผลได้นำเสนอแนวคิดเรื่อง Aptitude-Treatment Interaction (ATI) ซึ่งเสนอว่าวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความถนัดของผู้เรียนแต่ละคน อธิบายถึงการออกแบบการเรียนการสอนที่ปรับเปลี่ยนได้ตามความสามารถของผู้เรียน เสนอแนวทางการวิจัยเพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการสอนและคุณลักษณะของผู้เรียน ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาระบบการเรียนการสอนแบบปรับตัวและการศึกษาเฉพาะบุคคล

David Jonassen¹² นักการศึกษาชาวอเมริกัน มุ่งเน้นไปที่แนวคิดการเรียนรู้แบบสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) มากกว่าแนวคิดเชิงพฤติกรรมนิยมของ Skinner อย่างไรก็ตามการออกแบบการเรียนการสอนสำหรับคอมพิวเตอร์ช่วยสอน อาจมีบางส่วนที่อ้างอิงถึงแนวคิดของ Skinner เกี่ยวกับการเรียนรู้แบบโปรแกรม

2. ยุคที่สอง (1990-2000) การเรียนรู้แบบปรับตัวเริ่มได้รับความสนใจมากขึ้นในด้านการศึกษา โดยมีการพัฒนาเทคโนโลยีการศึกษาที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลและอัลกอริทึมเพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ในช่วงนี้มีการพัฒนาเครื่องมือและแพลตฟอร์มต่าง ๆ เป็นยุคของการสื่อสารไร้พรมแดน (Internet) เช่น การใช้เว็บช่วยการเรียนรู้และการใช้ระบบการจัดการการเรียนรู้ (Learning Management System)

Robert Mislevy¹³ นักการศึกษาชาวอเมริกัน ได้พัฒนาแนวคิดเรื่อง “การประเมินผลการเรียนรู้แบบปรับตัวด้วยคอมพิวเตอร์” (Computer-Based Adaptive Testing) โดยอธิบายหลักการพื้นฐานของการทดสอบแบบปรับเหมาะด้วยคอมพิวเตอร์ มีการนำเสนอวิธีการทางสถิติและโมเดลการตอบสนองข้อสอบ (Item Response Theory) ที่ใช้ในการพัฒนาระบบ อธิบายข้อดีและข้อจำกัดของการทดสอบแบบนี้ รวมถึงการประยุกต์ใช้ในบริบทต่างๆ ของการศึกษาและการประเมินผล ซึ่งใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบปรับตัวในการประเมินผลการเรียนรู้

3. ยุคที่สาม (2010-ปัจจุบัน) การเรียนรู้แบบปรับตัวได้รับความสนใจอย่างมาก มีนักวิจัยและผู้พัฒนาหลายคนทำงานในด้านการเรียนรู้แบบปรับตัว โดยใช้เทคโนโลยีการศึกษาที่ทันสมัย เช่น การเรียนรู้แบบอัจฉริยะ (Intelligence System) ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence) และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Data Analysis) เพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ให้เหมาะสมกับความต้องการและความสามารถของแต่ละบุคคล¹⁴

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว

1. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism)

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบสร้างความรู้ด้วยตนเองถูกพัฒนาขึ้นโดย Malcolm Knowles ในปี 1975 และได้รับการพัฒนาต่อเนื่องมาตั้งแต่ทศวรรษ 1960¹⁵ ที่เน้นให้ผู้เรียนมีอิสระและความรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมายและวิธีการเรียนรู้ของตนเอง ผู้เรียนสร้างความรู้และความเข้าใจจากประสบการณ์ของตนเอง โดยผ่านการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสิ่งที่เรียนรู้ แทนที่จะเป็นการรับความรู้จากครูหรือผู้สอนเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนสามารถมุ่งเน้นไปที่ข้อมูลที่มีประโยชน์และยังไม่รู้จัก และอาจช่วยเพิ่มการจดจำและการเก็บรักษาความรู้ในระยะยาว

แนวคิดหลักของทฤษฎีการเรียนรู้แบบสร้างความรู้ด้วยตนเอง ได้แก่

- 1) ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ผู้เรียนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้และประสบการณ์ใหม่ โดยผ่านการวิเคราะห์และการทดลองด้วยตนเอง¹⁶
- 2) การเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิม ผู้เรียนจะสร้างความรู้ใหม่โดยเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิม¹⁷
- 3) การเรียนรู้แบบมีบริบท ความรู้ที่ได้จะมีความหมายมากขึ้นเมื่อเชื่อมโยงกับสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องในชีวิตจริง¹⁸
- 4) การร่วมมือและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเรียนรู้ผ่านการทำงานร่วมกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นช่วยส่งเสริมการพัฒนาความรู้¹⁷

ยังมีนักการศึกษาที่เป็นที่รู้จักในแนวทางนี้ ได้แก่ Jean Piaget และ Lev Vygotsky ซึ่งเน้นว่าการพัฒนาความรู้เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและการสื่อสารกับผู้อื่น ทฤษฎีการเรียนรู้แบบสร้างความรู้ด้วยตนเองของ Jean Piaget และ Lev Vygotsky เป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเข้าใจ

พัฒนาการของเด็กในบริบททางสังคม โดยทั้งสองทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่แตกต่างกันแต่สามารถเสริมสร้างความเข้าใจในกระบวนการเรียนรู้ของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁹

2. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learner-Centered Approach)

เป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของกระบวนการเรียนรู้ โดยให้ความสำคัญกับความต้องการ ความสนใจ และประสบการณ์ของผู้เรียน แนวทางนี้ช่วยให้ผู้เรียนมีบทบาทอย่างแข็งขันในการเรียนรู้ แทนที่จะเป็นผู้รับข้อมูลอย่างเดียวกจากครูหรือผู้สอน²⁰

แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย

- 1) ผู้เรียนมีบทบาทสำคัญในการเรียนรู้ ผู้เรียนเป็นผู้ที่ควบคุมและกำหนดทิศทางการเรียนรู้ของตนเอง ผ่านการมีส่วนร่วมและทำกิจกรรมการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับชีวิตจริง
- 2) การเรียนรู้ที่ปรับตัวตามความต้องการของผู้เรียน การจัดการเรียนการสอนต้องคำนึงถึงความแตกต่างในด้านความสามารถ ความสนใจ และสไตล์การเรียนรู้ของแต่ละบุคคล
- 3) การส่งเสริมการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหา การเรียนรู้เน้นที่การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการใช้ความคิดสร้างสรรค์ แทนที่จะเน้นเพียงการจดจำข้อมูล
- 4) การเรียนรู้ผ่านการทำกิจกรรมและประสบการณ์ตรง เน้นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้ลงมือทำ มีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม หรือการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จริง
- 5) การทำงานร่วมกัน การทำงานเป็นกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนร่วมชั้น หรือการร่วมมือกันแก้ปัญหาช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลางมักถูกนำไปใช้ในห้องเรียนที่ใช้วิธีการสอนที่ยืดหยุ่น เช่น การเรียนรู้ผ่านโครงการ (Project-Based Learning) การเรียนรู้จากปัญหา (Problem-Based Learning) และการเรียนรู้แบบสอบถาม (Inquiry-Based Learning) ซึ่งทั้งหมดมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้และทักษะของตนเอง²¹

3. ทฤษฎีพหุปัญญา (Multiple Intelligences)

เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Howard Gardner ในปี 1983 โดยมองว่ามนุษย์มีปัญญาหลากหลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละบุคคลมีความสามารถหรือปัญญาที่แตกต่างกันออกไป ไม่ได้มีเพียงปัญญาด้านเดียวอย่างที่ถูกวัดด้วยการทดสอบ IQ ทฤษฎีนี้ท้าทายความคิดแบบดั้งเดิมที่เน้นปัญญาทางคณิตศาสตร์และภาษาศาสตร์เท่านั้น โดยเสนอว่าปัญญามีหลายรูปแบบที่สามารถพัฒนาและปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้²²

Gardner แบ่งปัญญาออกเป็น 8 ประเภทหลัก ได้แก่

3.1 ปัญญาด้านภาษา (Linguistic Intelligence) ความสามารถในการใช้ภาษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเขียน การพูด การเข้าใจภาษาทั้งทางวาจาและลายลักษณ์อักษร คนที่มีปัญญาด้านนี้มักจะมีความสามารถในการเขียนและสื่อสารอย่างชัดเจน เช่น นักเขียน นักพูด²³

3.2 ปัญญาด้านตรรกะและคณิตศาสตร์ (Logical-Mathematical Intelligence) ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล การแก้ปัญหามathematics และความสามารถในการเข้าใจตัวเลขและสมการทางคณิตศาสตร์ เช่น นักวิทยาศาสตร์ นักคณิตศาสตร์²⁴

3.3 ปัญญาด้านมิติสัมพันธ์ (Spatial Intelligence) ความสามารถในการรับรู้ทางสายตาได้ดี สามารถมองเห็นพื้นที่ รูปทรง ระยะทาง และตำแหน่ง อย่างสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน คนที่มีปัญญาด้านนี้มักจะมีความสามารถในการออกแบบและสร้างสิ่งต่าง ๆ เช่น สถาปนิก จิตรกร²⁵

3.4 ปัญญาด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว (Bodily-Kinesthetic Intelligence) ความสามารถในการใช้ร่างกายในการแสดงออก การเคลื่อนไหว การทำงานที่ใช้ทักษะทางกาย เช่น นักกีฬา นักเต้น นักแสดง²⁶

3.5 ปัญญาด้านดนตรี (Musical Intelligence) ความสามารถในการเข้าใจเสียง จังหวะ และทำนอง รวมถึงความสามารถในการสร้างและแสดงดนตรี เช่น นักดนตรี นักแต่งเพลง²³

3.6 ปัญญาด้านความเข้าใจตนเอง (Intrapersonal Intelligence) ความสามารถในการเข้าใจตนเอง ความรู้สึก ความคิด แรงบันดาลใจ และการปรับตัวให้สอดคล้องกับเป้าหมายและอารมณ์ของตน²⁷

3.7 ปัญญาด้านความเข้าใจผู้อื่น (Interpersonal Intelligence) ความสามารถในการเข้าใจและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น รู้จักอ่านอารมณ์และความต้องการของคนรอบข้าง เช่น ผู้นำ ครู นักจิตวิทยา²⁸

3.8 ปัญญาด้านธรรมชาติ (Naturalistic Intelligence) ความสามารถในการเข้าใจและเชื่อมโยงกับธรรมชาติ เช่น พืช สัตว์ หรือปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ คนที่มีปัญญาด้านนี้มักจะเป็นนักชีววิทยา นักสิ่งแวดล้อม²⁹

ทฤษฎีพหุปัญญาชี้ให้เห็นว่าการศึกษาควรปรับให้สอดคล้องกับปัญญาหลากหลายประเภทเหล่านี้ และช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนได้พัฒนาความสามารถเฉพาะของตน

ความหมายของเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว

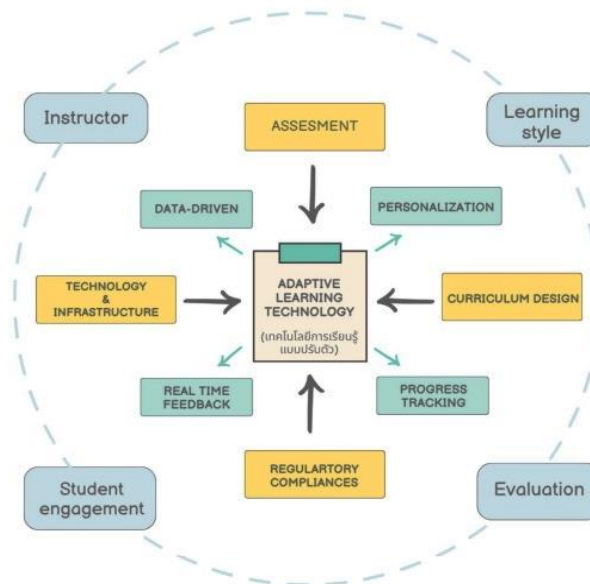
การเรียนรู้แบบปรับตัวเป็นเทคโนโลยีที่ช่วยส่งเสริมการศึกษา ซึ่งเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และปัญญาประดิษฐ์ เพื่อสร้างโปรแกรมที่สามารถปรับเนื้อหา ความยากง่าย วิธีการสอน ลำดับการเรียนรู้ และโต้ตอบกับผู้เรียนได้ทันที ซึ่งเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการเรียนรู้³⁰

องค์ประกอบหลักของเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวที่มีความสมบูรณ์ ดังภาพที่ 1 ประกอบด้วย

1. การปรับแต่งเฉพาะบุคคล (Personalization) ระบบสามารถปรับแต่งเนื้อหาความรู้ กิจกรรม และข้อเสนอแนะให้เหมาะสมกับความเข้าใจ ทักษะ และรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนในปัจจุบัน

2. การขับเคลื่อนด้วยข้อมูล (Data-Driven) ระบบจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและประสิทธิภาพของผู้เรียนเพื่อปรับเปลี่ยนหรือตอบสนองในทันที ช่วยให้ผู้เรียนสามารถกำหนดแนวทางการเรียนรู้ และการนำเสนอเนื้อหาได้ตามความต้องการของแต่ละบุคคล

3. ข้อเสนอแนะแบบเรียลไทม์ (Real-Time Feedback) ผู้เรียนจะได้รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ทันที ช่วยให้เข้าใจข้อผิดพลาดและปรับปรุงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. ความยืดหยุ่นในการกำหนดจังหวะของตนเอง (Pacing Flexibility) ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ตามเวลาที่สะดวกของตนเอง ช่วยให้มีการพัฒนาความรู้ได้เร็วขึ้นหรือได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม เพิ่มความเชี่ยวชาญในเนื้อหาความรู้ที่ต้องการ
5. การสนับสนุนที่ตรงเป้าหมาย (Targeted Support) ระบบการปรับตัวจะระบุหัวข้อการเรียนรู้ที่ผู้เรียนประสบปัญหา และจัดเตรียมทรัพยากรเพิ่มเติมหรือคำแนะนำเฉพาะเพื่อแก้ไขช่องว่างความรู้
6. การมีส่วนร่วม (Engagement) การเรียนรู้แบบปรับตัวจะเพิ่มการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจของผู้เรียนด้วยการทำให้กระบวนการเรียนรู้มีการโต้ตอบกันมากขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล
7. ความสามารถในการปรับขนาดจำนวนผู้เรียน (Scalability) เทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวสามารถใช้เพื่อสอนผู้เรียนจำนวนมากในขณะที่ยังคงรักษาระดับการเรียนรู้แบบรายบุคคล ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากในสภาพแวดล้อมห้องเรียนแบบดั้งเดิม
8. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) ระบบจะปรับตัวตามความก้าวหน้าของผู้เรียน โดยปรับเปลี่ยนเส้นทางการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตามข้อมูลใหม่จากผลการเรียนของนักศึกษา
9. การประเมิน (Evaluation) ระบบจะประเมินความเข้าใจและความก้าวหน้าของผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลเชิงลึกแก่ผู้สอนเกี่ยวกับความก้าวหน้าของผู้เรียน ช่วยให้ผู้สอนวางแผนการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนได้ตรงจุดยิ่งขึ้น



ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบความเกี่ยวข้องต่าง ๆ ในเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว

เทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวกับการศึกษาด้านพยาบาล

เทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว (ALT) กำลังได้รับความสนใจและมีบทบาทเพิ่มขึ้นในวงการศึกษาหลักสูตรพยาบาล โดยช่วยให้การเรียนการสอนมีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับความต้องการของนักศึกษาแต่ละคน ซึ่งแนวทางนี้สามารถนำไปใช้ในหลายด้าน ดังนี้

1. ด้านเนื้อหาความรู้และวิธีการสอน

1.1) การปรับเนื้อหาให้เหมาะสม เทคโนโลยีนี้สามารถปรับเนื้อหาการเรียนรู้ตามระดับความรู้และทักษะของนักศึกษาแต่ละคน ทำให้สามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสามารถเสนอเนื้อหาที่ทำทนายหรือสนับสนุนตามความสามารถของนักศึกษา³¹

1.2) การวิเคราะห์ข้อมูล ระบบการเรียนรู้แบบปรับตัวจะใช้ข้อมูลจากการทำแบบทดสอบและกิจกรรมต่างๆ เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของนักศึกษา และปรับแผนการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละคน³²

2. ด้านการใช้เทคโนโลยีในการสอน

2.1) ห้องเรียนเสมือนจริง การสร้างห้องเรียนเสมือนจริงที่จำลองสถานการณ์ทางการแพทย์ เช่น การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกฝนทักษะในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและควบคุมได้³³

2.2) การใช้ปัญญาประดิษฐ์ สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากกรณีศึกษาจริงและพัฒนาทักษะในการตัดสินใจ³⁴

3. ด้านการพัฒนาทักษะที่จำเป็น

3.1) ทักษะการคิดวิเคราะห์ การเรียนรู้แบบปรับตัวช่วยส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ³⁵

3.2) ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ระบบนี้สนับสนุนแนวทางการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยนักศึกษาสามารถเข้าถึงเนื้อหาการเรียนรู้เพิ่มเติมตามความสนใจและความต้องการของตนเองได้ตลอดเวลา³⁶

โดยภาพรวมแล้ว เทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว ได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่ให้ความสำคัญกับนวัตกรรมทางการศึกษาและเทคโนโลยี เช่น สหรัฐอเมริกา เป็นผู้นำด้านเทคโนโลยีการศึกษา มีมหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษาด้านพยาบาลหลายแห่งที่นำเทคโนโลยีนี้มาใช้ในการเรียนการสอน เช่น การจำลองสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่านการศึกษาทางไกล (Telehealth)⁴ การใช้เทคโนโลยีความจริงเสมือน (Virtual Reality: VR) เทคโนโลยีความจริงเสริม (Augmented Reality: AR)³⁷

ออสเตรเลีย มีการใช้เทคโนโลยี Adaptive Learning ในการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน³⁸

ประเทศในยุโรปหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร³⁹ สวีเดน⁴⁰ และเนเธอร์แลนด์⁴¹ ก็ให้ความสำคัญกับการนำเทคโนโลยี Adaptive Learning มาใช้ในหลักสูตรการศึกษาด้านการแพทย์และพยาบาล

สำหรับประเทศไทยมีสถาบันการศึกษาหลักสูตรพยาบาลบางแห่งที่เริ่มนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวมาใช้ในการสอนเพียงบางวิชาหรือบางหัวข้อเท่านั้น โดยการนำมาผสมผสานกับวิธีการเรียนการสอนแบบอื่นๆ เช่น การสร้างบทเรียนและแบบฝึกหัดบนระบบการจัดการการเรียนรู้ (LMS) เช่น Moodle⁴² ซึ่งยังไม่ได้เป็นการนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว (ALT) ที่สมบูรณ์แบบมาใช้อย่างแท้จริง

ปัจจัยที่ต้องพิจารณาในการนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวมาใช้ในการศึกษาพยาบาล

การนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว (ALT) ที่สมบูรณ์แบบมาใช้ในการศึกษาด้านการพยาบาลในประเทศไทย มีข้อท้าทายและข้อจำกัดหลายประการ ดังต่อไปนี้

1. การลงทุนด้านทรัพยากร

1.1) ต้นทุนสูง การพัฒนาและบำรุงรักษาระบบต้องลงทุนอย่างมากในด้านเทคโนโลยี ซอฟต์แวร์ และโครงสร้างพื้นฐาน ตลอดจนบุคลากร ซึ่งอาจมีต้นทุนสูงเกินไปสำหรับสถาบันการศึกษาบางแห่ง

1.2) การพัฒนาระบบที่ใช้เวลานาน การออกแบบระบบการเรียนรู้แบบปรับตัวที่เหมาะสมกับการศึกษาด้านการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับวิชาที่ซับซ้อน เช่น กายวิภาคศาสตร์ของมนุษย์ ต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมากจากทั้งผู้สอนและผู้พัฒนาโปรแกรม

2. ปัญหาความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล

2.1) ข้อมูลที่ละเอียดอ่อน การเรียนรู้แบบปรับตัวมักอาศัยการรวบรวมข้อมูลนักศึกษา เพื่อปรับแต่งประสบการณ์การเรียนรู้ ดังนั้นการปกป้องความเป็นส่วนตัวของข้อมูลนักศึกษาพยาบาล และการปฏิบัติตามกฎระเบียบ เช่น PDPA (พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล) หรือ HIPAA (พระราชบัญญัติการโอนย้ายและความรับผิดชอบประกันสุขภาพ) ถือเป็นสิ่งสำคัญ

2.2) ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์ การพึ่งพาเทคโนโลยีทำให้เกิดช่องโหว่ในการละเมิดข้อมูลหรือการโจมตีทางไซเบอร์ ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ละเอียดอ่อนได้รับความเสียหาย

3. การขาดความรู้ด้านเทคโนโลยีของคณาจารย์

3.1) ความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี อาจารย์พยาบาลหลายคนอาจไม่มีประสบการณ์เพียงพอเกี่ยวกับเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมที่เหมาะสม มีการพัฒนาความรู้ด้านเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่องจึงจะใช้เครื่องมือเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2) การต่อต้านการเปลี่ยนแปลง อาจารย์พยาบาลบางคนอาจต่อต้านการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ เนื่องจากต้องใช้เวลาเรียนรู้ซึ่งค่อนข้างยาก ไม่คุ้นเคยกับวิธีการแบบใหม่ หรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการเรียนรู้แบบปรับตัวว่าจะมีประโยชน์คุ้มค่าเพียงใด

4. ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี

4.1) การเข้าถึงอุปกรณ์ ผู้เรียนอาจไม่สามารถเข้าถึงฮาร์ดแวร์ที่จำเป็น เช่น แล็ปท็อปหรือแท็บเล็ต หรือการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกลหรือขาดแคลนทรัพยากร

4.2) การรวมระบบ การรวมแพลตฟอร์มการเรียนรู้แบบปรับตัว (ALT) เข้ากับระบบการจัดการการเรียนรู้ (LMS) หรือฐานข้อมูลของสถาบันที่มีอยู่ มีความซับซ้อนและต้องใช้ความเชี่ยวชาญด้านเทคนิคในการจัดทำ

5. ความซับซ้อนของหลักสูตร

5.1) ความยากลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับวิชาที่ซับซ้อน การศึกษาด้านการพยาบาลเกี่ยวข้องกับทักษะเชิงปฏิบัติ การใช้เหตุผลทางคลินิก การฝึกปฏิบัติจริงและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งยากต่อการแปลงเป็นรูปแบบดิจิทัล ระบบการเรียนรู้แบบปรับตัวอาจประสบปัญหาในการจำลองสถานการณ์การพยาบาลในโลกแห่งความเป็นจริงได้อย่างเหมาะสม

5.2) ความไม่สอดคล้องกับการทดสอบแบบมาตรฐาน ลักษณะเฉพาะตัวของการเรียนรู้แบบปรับตัวอาจขัดแย้งกับข้อกำหนดการทดสอบแบบมาตรฐาน ทำให้ยากต่อการปรับเป้าหมายของหลักสูตร

6. การมีส่วนร่วมและแรงจูงใจของนักศึกษา

6.1) การพึ่งพาเทคโนโลยีมากเกินไป หากผู้เรียนพึ่งพาระบบการเรียนรู้แบบปรับตัวมากเกินไปในการชี้แนะ อาจทำให้ทักษะการคิดวิเคราะห์และความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง

6.2) ความเบื่อหน่ายที่อาจเกิดขึ้น ผู้เรียนบางคนอาจพบว่าปรับตัวเข้ากับเส้นทางการเรียนรู้ส่วนบุคคลเป็นเรื่องยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากระบบนำเสนอเนื้อหาที่ผู้เรียนมีปัญหอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายหรือไม่สนใจ

7. การประเมินและการรับรองคุณภาพ

7.1) การประเมินประสิทธิผล การกำหนดประสิทธิผลของเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางการศึกษาอาจเป็นเรื่องยาก เนื่องจากต้องมีการประเมินอย่างเข้มงวดและการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะยาว

7.2) คุณภาพเนื้อหา การเรียนรู้แบบปรับตัวต้องอาศัยสื่อการเรียนรู้ที่มีคุณภาพสูงและหลากหลาย หากทรัพยากรเหล่านี้ไม่เพียงพอหรือได้รับการออกแบบไม่ดี ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีก็จะจำกัดลง

ข้อเสนอแนะการนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวมาใช้ในการสอนหลักสูตรพยาบาล

1. ด้านการลงทุนทรัพยากร

ในการพัฒนาระบบ การจัดหาฮาร์ดแวร์ซอฟต์แวร์ที่จำเป็น ต้องใช้เงินลงทุนจำนวนมาก ควรเริ่มต้นจากขนาดเล็กเป็นการนำร่องในบางวิชาหรือบางหัวข้อก่อน เพื่อประเมินผลและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง หาแหล่งทุนสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน พัฒนาซอฟต์แวร์โอเพนซอร์ส (ซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์ หรือ แอปพลิเคชัน ที่ทางผู้พัฒนารายแรกของซอฟต์แวร์นั้นๆ เปิดเผยที่มา) หรือร่วมมือกับสถาบันอื่นๆ เพื่อแบ่งปันทรัพยากร

2. ปัญหาความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เรียนอาจถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด จึงควรมีมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลอย่างเข้มงวด ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)

3. ความรู้ด้านเทคโนโลยีไม่เพียงพอ

การพัฒนาและดูแลระบบการเรียนรู้แบบปรับตัว จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ทั้งด้านการศึกษา เทคโนโลยี และการพยาบาล จึงควรต้องจัดอบรมให้กับบุคลากรที่มีอยู่ จ้างผู้เชี่ยวชาญภายนอก สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันอื่น ๆ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้

4. ด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี

สนับสนุนและเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ให้กับผู้เรียนที่ขาดแคลน จัดการเรื่องความสะดวกในการเข้าถึงระบบเครือข่ายเพื่อให้ผู้เรียนเข้าถึงระบบได้เมื่อต้องการ

5. ความซับซ้อนของหลักสูตร

การเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว อาจขาดการเชื่อมโยงกับการปฏิบัติจริงในโรงพยาบาล เนื่องจากวิชาการพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้ด้านคลินิกซึ่งมีรายละเอียดทั้งด้านความรู้และทักษะ จึงควรต้องออกแบบการเรียนรู้ที่ผสมผสานการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีกับการปฏิบัติงานจริง พัฒนาระบบให้สามารถจำลองสถานการณ์จริงได้ใกล้เคียงที่สุด โดยการใช้เทคโนโลยีอื่น ๆ เช่น เทคโนโลยีความจริงเสมือน (VR) เทคโนโลยีความจริงเสริม (AR) เข้าช่วย

6. การมีส่วนร่วมและแรงจูงใจของนักศึกษา

ผู้เรียนบางส่วนอาจยังไม่มีความพร้อมในการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยี จึงควรจัดอบรมให้กับผู้เรียน เตรียมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้เรียนที่ประสบปัญหา

7. การประเมินและการรับรองคุณภาพ

การประเมินผลเป็นส่วนสำคัญของการออกแบบหลักสูตร ควรมีการประเมินผลทั้งในเชิงของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการประเมินผลกระทบของเทคโนโลยี ALT ต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลสามารถนำมาใช้ปรับปรุงหลักสูตร ซึ่งการใช้เทคโนโลยี ALT ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรทำการประเมินผลอย่างต่อเนื่องและการวิจัยเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาปรับปรุงระบบให้ดียิ่งขึ้น

บทสรุป

การนำเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัว (ALT) มาใช้ในหลักสูตรพยาบาลของประเทศไทย มีศักยภาพที่จะช่วยปรับปรุงคุณภาพการศึกษาและเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในอนาคต อย่างไรก็ตาม สถาบันการศึกษาด้านพยาบาลควรพิจารณาถึงความท้าทายและข้อจำกัดต่าง ๆ อย่างถี่ถ้วน เมื่อตัดสินใจว่าจะนำเทคโนโลยีนี้มาใช้ จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยถึงความพร้อมและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้เรียนและผู้สอน มีการวางแผนและการดำเนินการอย่างรอบคอบ ในด้านการ

ลงทุนในเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง การฝึกอบรมอาจารย์ การปรับเปลี่ยนหลักสูตร การเตรียมความพร้อมของนักศึกษา และการประเมินผลเพื่อให้สามารถใช้เทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้การพัฒนาเทคโนโลยีนี้ประสบความสำเร็จได้เร็วขึ้น คือการร่วมมือกันระหว่างสถาบัน สร้างเป็นแพลตฟอร์มการเรียนรู้แบบปรับตัวสำหรับการศึกษาพยาบาลโดยเฉพาะ ทำให้ลดการลงทุนในทรัพยากรที่ต้นทุนสูงลงได้ วางแผนร่วมกันเพื่อออกแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสม มีการแลกเปลี่ยนบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมความรู้ระหว่างสถาบัน อาจมีการสร้างชุมชนการเรียนรู้สำหรับผู้สอนและผู้เรียนเพื่อเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนความรู้หรือข้อเสนอแนะในการพัฒนาเทคโนโลยีการเรียนรู้แบบปรับตัวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Gorski AT, Ranf ED, Badea D, Halmaghi EE, Gorski H. Education for sustainability-some bibliometric insights. Sustainability (Switzerland). 2023 Oct 1; 15(20).
2. Jing Y, Zhao L, Zhu K, Wang H, Wang C, Xia Q. Research landscape of adaptive learning in education: A Bibliometric study on research publications from 2000 to 2022. Sustainability. 2023 Feb 8; 15(4): 1-21.
3. Al-Hassan M, Dorri R, Omari E Al. Adaptive quizzing in nursing education: A narrative review of its potential and considerations in the Gulf Cooperation Council (GCC) region. Nurse Educ Pract. 2024 Oct; 80: 104-26.
4. Hinkle JF, Bove LA, Roberto A, Arms T, Rowan NL, Sigmon L. An Innovative nurse practitioner curricular design using an adaptive learning platform, adaptive case studies, and telehealth simulations: A feasibility study. SAGE Open Nurs. 2023 Jan 1; 9.
5. Andersen BL, Jørnø RL, Nortvig AM. Blending adaptive learning technology into nursing education: A scoping review. Vol. 14, Contemporary Educational Technology. Anadolu University, Faculty of Communication Sciences. 2022.
6. Kryvenko I, Chalyy K. Phenomenological toolkit of the metaverse for medical informatics' adaptive learning. Educacion Medica. 2023; 1: 24(5).
7. Skinner BF. 1958-Skinner-Teaching Machines. Science 1979. 1958 24; 128(3330): 969-77.
8. Skinner BF. An operant analysis of problem solving. In: Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis. B. F. Skinner Foundation; 1969. 134-67.
9. Suppes P. The uses of computers in education. Sci Am. 1966; 215(3): 206-20.
10. Anderson JR. Induction of augmented transition networks. Cognitive Science. 1977; 1(2): 125-57.

11. Cronbach LJ, Snow RE. Aptitudes and instructional methods: A handbook for research on interactions. Irvington Publishers, INC; 1977.
12. Jonassen DH. When machines teach: Designing computer courseware. Educational Communication and Technology. 1988; 36: 40-2.
13. Mislevy RJ. Computer-based adaptive testing. In: Torsten Husén, T. Neville Postlethwaite, editors. International Encyclopedia of Education (2nd ed). Oxford, England: Pergamon Press; 1993.
14. Jing Y, Zhao L, Zhu K, Wang H, Wang C, Xia Q. Research landscape of adaptive learning in education: A bibliometric study on research publications from 2000 to 2022. Sustainability. 2023; 15(4): 1-21.
15. Walt van der JVD. The term “self-directed learning”-back to knowles, or another way to forge ahead? JRCE. 2019; 28(1): 1-20.
16. Yorke M, Knight P. Self-theories: Some implications for teaching and learning in higher education. Studies in Higher Education. 2008; 25-37.
17. Bybee RW. Learning science and the science of learning. NSTA Press 2002.
18. Garrison DR. Self-directed learning: Toward a comprehensive model. Adult education quarterly. 1997.
19. Devries R. Vygotsky, Piaget, and education: A reciprocal assimilation of theories and educational practices. New Ideas Psychol. 2000.
20. Cornelius-White JHD, Harbaugh AP. Learner-Centered Instruction: Building relationships for student success. 2010.
21. Weimer M. Learner-centered teaching: Five key changes to practice. 2013; 31: 251-53.
22. Gardner H. Multiple intelligences: The theory in practice, A Reader. 1993.
23. Allix NM et al. The theory of multiple intelligences: A case of missing cognitive matter. Aust J Educ. 2000.
24. Cavas B, Çapar S, Cavas L, Yahsi O. Turkish STEM teachers’ opinions about scientist-teacher-student partnership. TUSED. 2021; 18(4): 622-37.
25. Eisner E. Multiple Intelligences: The theory in practice by Howard Gardner Commentary: Putting multiple intelligences in context: Some questions and observations. Teach Coll Rec. 1994.
26. Michelaki E, Bournelli P. The development of bodily-kinesthetic intelligence through creative dance for preschool students. JESR. 2016 Sep 5.
27. Gardner H. Probing more deeply into the theory of multiple intelligences. NASSP Bulletin. 1996.
28. Sternberg R. Commentary: Reforming school reform: Comments on multiple intelligences: The theory in practice. Teach Coll Rec. 1994.
29. Gardner H. Audiences for the theory of multiple intelligences. Teach Coll Rec. 2004.

30. Capuano N, Caballé S. Adaptive learning technologies. AI Mag. 2020; 41(2): 96-8.
31. Khonboon R., Panthonglang W., Choojan S. Instructional model for nursing students in “New Normal.” JVU. 2022; 35(1): 1-12. (in Thai)
32. Preechakoon B., Molek R., Chuwongin D., Gongmuang P., Sombutboon M. Nursing in data technology era. JCRA. 2020; 3(1): 19-39. (in Thai)
33. Charoenwong Z., Pattanasith S., Rampai N. The effect of using a virtual simulation environmental management model to enhance nursing competency and self-efficacy of nursing students. JPNHS. 2020; 12(2): 409-16. (in Thai)
34. Wangpitipannit S, Lininger J, Anderson N. Exploring the deep learning of artificial intelligence in nursing: A concept analysis with Walker and Avant’s approach. BMC Nurs. 2024; 23: 529.
35. Chaisiri K, Vanichwatanavorachai S. Instructional design by using creativity-based learning to promote creative thinking skills of nurse students. The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi. 2022; 5(2): 5-18. (in Thai)
36. Hirunchunha S, Bunkong S, Phumdoung S, Boonyoung N, Sangchan H. Lifelong learning competency of nursing students, supporting and obstacle factors related to lifelong learning competency development. Songklanagarind J Nurs. 2021; 41(4): 38-49. (in Thai)
37. Aebersold M., Dunbar DM. Virtual and augmented realities in nursing education: State of the science. in: Kasper CE., Schneidereith TA., editors. Annual review of nursing research: Healthcare simulation. Springer publishing company; 2021; 225-42.
38. Mills K, Roper F, Cesare S. Accelerating student learning in communication and research skills: The adoption of adaptive learning technologies for scenario-based modules. In: Technology, Change and the Academic Library. Elsevier; 2021; 75-84.
39. Oyekunle D, Claude BEA, Waliu AO, Adekunle TS, Ugochukwu OM. Cloud based adaptive learning system: virtual reality and augmented reality assisted educational pedagogy development on clinical simulation. JDH. 2024; 9: 49-62.
40. Tran C, Toth-Pal E, Ekblad S, Fors U, Salminen H. A virtual patient model for students’ interprofessional learning in primary healthcare. PLOS One. 2020; 15(9): 1-14.
41. Asoodar M, Janesarvatan F, Yu H, de Jong N. Theoretical foundations and implications of augmented reality, virtual reality, and mixed reality for immersive learning in health professions education. Advances in simulation. 2024; 9(1).

42. Vongchulachat S., Srinualnad P., Kittimasakun P. Effects of using moodle e-learning courseware to provide student's readiness for the national nursing license examination. Journal of Public Health Nursing. 2022; 36(1): 102-17. (in Thai)

การวิเคราะห์หมโนทัศน์: สุขภาวะของวัยรุ่นไทยที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

เสาวนีย์ ทรงประโคน* ปร.ศ. (การพยาบาล)

บังอร ปิประทุม** ปร.ศ. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ:

แนวคิดสุขภาวะมีความสำคัญในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เนื่องจากสุขภาวะเป็นผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพที่มีองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพทางกาย ทางปัญญา ทางอารมณ์ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ จากปรากฏการณ์ทางการพยาบาลแนวคิดสุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ยังไม่ได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาความหมาย คุณลักษณะ ปัจจัยเกิดก่อนและสิ่งที่ตามมาของสุขภาวะของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี วิธีการศึกษาตามแนวทางของ Walker และ Avant มี 8 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การเลือกหมโนทัศน์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ 2) การกำหนดเป้าหมายของการวิเคราะห์หมโนทัศน์ 3) การระบุถึงการใช้หมโนทัศน์ในทุกแง่มุมที่สามารถค้นหาได้ 4) การกำหนดคุณลักษณะสำคัญของหมโนทัศน์ 5) การระบุ/สร้าง กรณศึกษาตัวอย่างที่มีคุณลักษณะของหมโนทัศน์อย่างครบถ้วน 6) การระบุกรณีศึกษาตัวอย่างอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับหมโนทัศน์ 7) การระบุถึงสิ่งที่ทำให้เกิดและสิ่งที่ตามมาจากหมโนทัศน์ และ 8) การกำหนดแนวทางที่จะวัดหรือประเมินคุณลักษณะหมโนทัศน์ ผลการวิเคราะห์พบคุณลักษณะสำคัญของสุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี คือ ความเข้มแข็งภายในร่างกาย ความเข้มแข็งภายในจิตใจ ความเข้มแข็งสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ความรับผิดชอบต่อตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม และความเข้มแข็งทางสังคม ความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์หมโนทัศน์สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาวะและการประเมินสุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีต่อไป

คำสำคัญ: การวิเคราะห์หมโนทัศน์, สุขภาวะ, วัยรุ่นไทยที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, E-mail: saowanee@nurse.tu.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 12 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 24 เมษายน 2568 วันตอบรับบทความ 30 เมษายน 2568

Concept Analysis: Well-being of Thai Adolescents Living with HIV

Saowanee Songprakon* *Ph.D. (Nursing)*

Bangorn Preepratoom** *Ph.D. (Nursing)*

Abstract:

The concept of well-being is crucial for adolescents living with Human Immunodeficiency Virus: HIV, as it reflects the outcomes of comprehensive healthcare. Well-being encompasses physical, emotional, social, cognitive, and spiritual dimensions. From a nursing perspective, the concept of well-being in adolescents living with HIV has not yet been clearly defined. Therefore, this study aimed to explore the meaning, defining attributes, antecedents, and consequences of well-being in this population. The concept analysis followed the eight-step method proposed by Walker and Avant: (1) selecting a concept, (2) determining the aims or purposes of the analysis, (3) identifying all uses of the concept, (4) determining the defining attributes, (5) constructing a model case, (6) constructing related, borderline, and contrary cases, (7) identifying antecedents and consequences, and (8) defining empirical referents. The concept analysis revealed six key attributes of well-being in adolescents living with HIV: physical strength, mental strength, sexual and reproductive health resilience, self-responsibility, social responsibility, and social resilience. The insights gained from this concept analysis can be applied to the development of wellness promotion programs and assessment tools tailored to the needs of adolescents living with HIV.

Key words: Concept analysis, Well-being, Thai adolescents living with HIV

*Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, E-mail: saowanee@nurse.tu.ac.th

**Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University

Received March 12, 2025 Revised April 24, 2025 Accepted April 30, 2025

บทนำ

แนวคิดสุขภาวะ (Well-being) กระบวนทัศน์ที่ประกอบด้วยมิติทางกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ด้านสุขภาพอย่างแพร่หลาย ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2553 ให้ความหมายของ สุขภาวะ เป็นภาวะของคนที่มีความสุข ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีความสุขสบายและอนามยดี¹ สุขภาวะเป็นแนวคิดที่มีเป้าหมายเพื่อความสมดุลของทุกมิติแห่งสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ ปัญญาและการรู้คิด สังคม อารมณ์ และจิตใจ²

ถึงแม้ว่าจะมีการใช้แนวคิดสุขภาวะในการอธิบายการมีสุขภาวะที่ดีมีความสุข ความพึงพอใจและความสำเร็จในชีวิตของบุคคลอย่างกว้างขวางในบุคคลในช่วงวัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นการประเมินตนเองของบุคคลว่ามีสุขภาพดี มีแหล่งความเข้มแข็งภายในตัวบุคคลที่ใช้จัดการความเครียด ความกดดันต่าง ๆ ในชีวิตทั้งบุคคลที่มีการเจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามี ความแตกต่างหลากหลายในการให้ความหมาย และการนิยามคุณลักษณะของแนวคิดสุขภาวะ อีกทั้งสุขภาวะเป็นการรับรู้ความรู้สึกจากประสบการณ์ชีวิตที่ประเมินโดยบุคคลที่มีประสบการณ์นั้น ๆ เพื่อสะท้อนความหมายครอบคลุมองค์ประกอบต่าง ๆ ในแง่มุมที่หลากหลาย ดังนั้นการให้ความหมายและการอธิบายคุณลักษณะสุขภาวะเพื่อใช้ในการอธิบายผลลัพธ์ของการดูแลรักษา ในบริบทสังคมไทยวิถีชีวิตมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม รวมถึงความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม ความสัมพันธ์ของครอบครัว และความใกล้ชิดช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันของคนในชุมชน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการให้ความหมาย การรับรู้ ความคิด ความเชื่อ การตัดสินใจของบุคคล และสะท้อนออกมาเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นๆ ภายใต้บริบทสังคม โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีที่มาของสาเหตุที่ทำให้ต้องอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การติดเชื้อจากมารดาตั้งแต่แรกเกิด และการติดเชื้อภายหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งโดยธรรมชาตินั้นวิถีการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นต่างมีความซับซ้อน หลากหลายมิติอยู่แล้ว ดังนั้น สุขภาวะของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจึงถูกหล่อหลอมจากวิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรมเฉพาะกลุ่ม จะเห็นว่าความหมายของสุขภาวะของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจึงยังมีความหลากหลาย การนำแนวคิดสุขภาวะมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจึงยังไม่ชัดเจน

ผู้ศึกษาจึงได้วิเคราะห์หมโนทัศน์สุขภาวะของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยใช้การวิเคราะห์หมโนทัศน์ของ Walker and Avant³ เป็นการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ซึ่งมีขั้นตอนชัดเจน แม่นยำ ง่ายต่อการวิเคราะห์หมโนทัศน์ทางการพยาบาล เพื่อพิจารณาตัดสิน คุณลักษณะต่าง ๆ ของหมโนทัศน์ที่ยังไม่แน่นอน โดยการแยกคุณลักษณะต่าง ๆ เพื่อที่จะทำความเข้าใจและ พิจารณาโครงสร้างภายในของหมโนทัศน์นั้น ๆ เพื่อทำให้หมโนทัศน์ที่สนใจมีความชัดเจนมากขึ้นในบริบทที่มีความเฉพาะกลุ่ม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมแนวคิดสุขภาวะและเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ในกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความหมาย และคุณลักษณะของสุขภาวะของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
2. ศึกษาปัจจัยเกิดก่อน และสิ่งที่ตามมาของสุขภาวะของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์ของ Walker and Avant (2019)³ ในการวิเคราะห์แนวคิดสุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกมโนทัศน์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ (Select a concept)

สุขภาวะ (Well-being) เป็นมโนทัศน์สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และข้อจำเป็นอย่างยิ่งต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะเพื่อใช้ในการดูแลวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ข้อจำกัดของคำนิยามและมิติต่าง ๆ ต้องการความชัดเจนของคำว่า “สุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี” ซึ่ง มโนทัศน์สุขภาวะ มีความสำคัญต่อการเตรียมชุดความรู้ในการดูแลวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายของการวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์ (Determine the aims or purposes of the analysis)

กำหนดวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์สุขภาวะของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้แก่ 1) เพื่อตรวจสอบการพัฒนาและขอบเขตของสุขภาวะ 2) เพื่อทำให้เกิดความชัดเจนในความหมายของสุขภาวะของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 3) เพื่อการตัดสินใจในการนิยามความหมายมโนทัศน์สุขภาวะของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี วิพากษ์คุณลักษณะ และการให้กรณีตัวอย่างต้นแบบ กรณีศึกษาท้าทาย กรณีศึกษาที่สัมพันธ์และกรณีศึกษาแบบตรงข้าม 4) เพื่อการระบุแยกสิ่งที่มา ก่อนและผลที่เกิดขึ้น และ 5) เพื่อนิยามการวัดเชิงประจักษ์

ขั้นตอนที่ 3 การระบุถึงการใช้มโนทัศน์ในทุกแง่มุมที่สามารถค้นหาได้ (Identify all uses of the concept that you can discover)

วิธีการค้นหาโดยใช้ฐานข้อมูล Google Scholar คำสืบค้นคือ สุขภาวะ วัยรุ่น เอชไอวี ที่เป็นการศึกษาในบริบทสังคมไทย ระหว่าง ปีพ.ศ. 2554-2567 รวมทั้งหมด 69 รายการ เกณฑ์การรวบรวมบทความคือ งานวิจัยเชิงคุณภาพพบ 4 บทความ ที่ตรงกับเกณฑ์ที่นำมาวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์สุขภาวะของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรม การสืบค้นพบความหมายในพจนานุกรม และการให้ความหมายเฉพาะคำว่า “สุขภาวะ” ในวรรณกรรมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความว่า “สุขภาวะ คือ สภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และมีได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น”⁴

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2553 ให้ความหมายของ สุขภาวะ หมายถึง ภาวะของ คนที่มีความสุข ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีความสุขสบายและอนามยดี¹

อค์มส์และคณะ² เสนอองค์ประกอบของสุขภาวะ ประกอบด้วย การเชื่อมโยง 6 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย สังคม อารมณ์ ปัญญาและการรู้คิด จิตใจ และจิตวิญญาณ

Global Wellness Institute³ ให้นิยามคำว่า Wellness หมายถึง การแสวงหากิจกรรม ทางเลือกในการ ใช้ชีวิตและวิถีชีวิตที่นำไปสู่ภาวะสุขภาพองค์รวมที่ดีอย่างยั่งยืน

แนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาวะ Optimal Health Matrix (Illness vs Wellness) ของ Global Wellness Institute (2019)⁴ มีความเห็นว่า การเจ็บป่วย และความทุกข์สบาย การอยู่เย็นเป็นสุข มิใช่เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องกัน แต่อยู่กันคนละมิติ (Matrix) จากแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย ก็สามารถมี สุขภาวะได้เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วย

องค์รวมของการมีสุขภาวะที่ดีสูงสุด ประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1) สุขภาวะทางกาย ได้แก่ สมรรถภาพ ร่างกาย การควบคุมการใช้สารต้องห้าม การดูแลทางการแพทย์ การฉายา โภชนาการ 2) สุขภาวะทางอารมณ์ ได้แก่ การดูแลเมื่อเกิดวิกฤตทางอารมณ์ การจัดการกับความเครียด 3) สุขภาวะทางสังคม ได้แก่ การมีเพื่อน ครอบครัว และชุมชน 4) สุขภาวะทางปัญญา ได้แก่ การได้รับการศึกษา การพัฒนาอาชีพและการสัมฤทธิ์ผล และ 5) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ได้แก่ การได้รับความรัก ความหวัง ความเอื้ออาทร และการตั้งเป้าหมายใน ชีวิต⁵

ดังนั้น สุขภาวะ หมายถึง ความเป็นดีอยู่ดี ภาวะที่เป็นสุขในลักษณะองค์รวมของสุขภาวะด้านต่าง ๆ คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางปัญญา สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิต วิญญาณมีพื้นฐานโยงใยมาจากการมีสุขภาพดี

การสืบค้นการใช้นิทัศน์สุขภาวะโดยการทบทวนวรรณกรรมเป็นการนำใช้ในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพ และอภิปรายเป็นตัวแปรผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับนิทัศน์สุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีพบว่า ยังไม่ พบการศึกษาโดยตรงของการใช้คำว่าสุขภาวะ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่เป็นส่วนหนึ่งของนิทัศน์ สุขภาวะตามคำนิยาม ดังการศึกษาที่ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลถึงสถานการณ์การดูแลเด็ก วัยเรียนที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี สำคัญ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทักษะสำหรับการเข้าสู่วัยรุ่น การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม⁶ การสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี สำคัญเกี่ยวกับเจตคติทางเพศในเชิงลบในการมี เพศสัมพันธ์กับคู่รักถึงแม้ว่าจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย⁷ การศึกษาสุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นที่กำลังจาก เอดส์ในกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีกับกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับ ผู้อื่น การเติบโตภายในตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิต ต้องได้รับการส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะทางจิต⁸ และโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเกี่ยวกับประสบการณ์ การดูแลตนเอง สำคัญของการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเหมือนคนทั่วไป และการดูแลตนเองขณะอยู่

ร่วมกับเชื้อเอชไอวี อยากมีชีวิตอยู่ต้องกินยาต่อเนื่อง การอยู่ในสังคมได้โดยเปิดเผยหรือปกปิดสถานะอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การทำตนเองให้แข็งแรง ความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม และการมีความรู้เกี่ยวกับโรค ยา และสุขภาพพัฒนาการวัยรุ่นเป็นส่วนที่ทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี¹¹

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดคุณลักษณะสำคัญของมโนทัศน์ (Determine the defining attributes)

การกำหนดคุณลักษณะมโนทัศน์เพื่อแสดงให้เห็นถึงสาระสำคัญ ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์สรุป รวบรวมคุณลักษณะของมโนทัศน์ที่มีการกล่าวถึงในงานวิจัยที่ผ่านมา โดยการจัดกลุ่มคุณลักษณะที่พบบ่อย และสัมพันธ์กับมโนทัศน์ สามารถสรุปคำจำกัดความของมโนทัศน์ สุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยได้นิยามคุณลักษณะดังนี้ การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยที่วัยรุ่นอาจไม่เปิดเผยสถานะติดเชื้อหรือเปิดเผยสถานะติดเชื้อของตนเอง สามารถดำรงชีวิตด้วยความเข้มแข็งภายในร่างกาย ความเข้มแข็งภายในจิตใจ มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจาก ครอบครัว เครือข่ายในชุมชน และเครือข่ายภาครัฐ ดังตารางที่ 1 ดังนี้

1. ความเข้มแข็งภายในร่างกาย (Physical strength) หมายถึง การมีระดับภูมิคุ้มกันดี สุขภาพแข็งแรง ไม่ติดเชื้อฉวยโอกาส
2. ความเข้มแข็งภายในจิตใจ (Mental strength) หมายถึง การยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ การอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขโดยที่วัยรุ่นจะเปิดเผยหรือปกปิด ภาวะอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก็ได้ การเจริญงอกงามในตนเอง ความเป็นอิสระ มีเป้าหมายในชีวิต
3. ความเข้มแข็งสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ (Sexual and reproductive health strength) หมายถึง การดูแลสุขอนามัยเจริญพันธุ์ มีทักษะปฏิเสธ การได้รับการบริการสุขภาพทางเพศ
4. ความรับผิดชอบต่อตนเอง (Self-responsibility) หมายถึง การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ การรับประทายยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอ
5. ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility) หมายถึง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
6. ความเข้มแข็งทางสังคม (Social strength) หมายถึง การมีเครือข่ายและสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมและหน่วยงานภาครัฐ

ตารางที่ 1 คุณลักษณะ (Attributes) ของสุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

คุณลักษณะหลัก	คุณลักษณะย่อย
ความเข้มแข็งภายในร่างกาย ¹¹	การมีสุขภาพแข็งแรง การมีภูมิคุ้มกันสูง
ความเข้มแข็งภายในจิตใจ ^{10, 11}	การมีเป้าหมายในชีวิต
ความเข้มแข็งสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ^{8, 9}	การดูแลสุขอนามัยเจริญพันธุ์ การมีคู่นอน / การคบเพื่อนต่างเพศ การมีทักษะปฏิเสธ มีบริการการดูแลสุขภาพทางเพศ

ตารางที่ 1 คุณลักษณะ (Attributes) ของสุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

คุณลักษณะหลัก	คุณลักษณะย่อย
ความรับผิดชอบตนเอง ¹¹	การจัดการตนเอง การวางแผนอนาคต วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
ความรับผิดชอบต่อสังคม ⁸	การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ความเข้มแข็งทางสังคม ¹¹	เปิดเผยการอยู่ร่วมกับเอชไอวี ปกปิดการอยู่ร่วมกับเอชไอวี การช่วยเหลือจากครอบครัว การช่วยเหลือจากสังคม การช่วยเหลือจากภาครัฐ

ขั้นตอนที่ 5 การระบุ/สร้าง กรณีศึกษาตัวอย่างที่มีคุณลักษณะของหมโนทัศน์อย่างครบถ้วน (Identify a model case)

กรณีตัวอย่างที่มีคุณลักษณะหลักของหมโนทัศน์สุขภาวะอย่างครบถ้วน

การสร้างกรณีตัวอย่างที่มีคุณลักษณะหลักของหมโนทัศน์ ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจในคุณลักษณะกรณีตัวอย่างที่แสดงหมโนทัศน์สุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี มีรายละเอียด ดังนี้

วัยรุ่นหญิง เด็กหญิง A อายุ 13 ปี สาเหตุการติดเชื้อจากการคาสู์ทารก บิดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์ มารดายังมีชีวิตอยู่ทำงานที่ต่างจังหวัด ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ตา ยาย กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ระดับภูมิคุ้มกัน CD₄ T cell count 1,258 cell/mm³ ปริมาณ viral load HIV 1- RNA not detected ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส GPO-VIR (250mg) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งทุก 12 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เด็กหญิง A มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 100 % ไม่มีประวัติดื้อยาไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และไม่มีประวัติติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ดูแลหลัก คือ ตา ยาย รวมถึงญาติคนอื่นๆ บ้า น้า ซึ่งอยู่บ้านใกล้กัน เป็นผู้ที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ เมื่ออายุ 8 ปีหลังจากได้รับการประเมินความพร้อมโดยทีมสุขภาพแล้วเด็กหญิง A ได้รับการเปิดเผยให้ทราบว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เด็กหญิง A มีความคิดว่า ตนเองเป็นคนคิดบวก คิดว่าเป็นโรคประจำตัวเหมือนคนอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานคิดว่า ต้องอยู่กับสิ่งนี้ไปตลอดชีวิต ทำให้ต้องดูแลตัวเองมากขึ้นไม่ทำอะไรที่จะมีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ไม่ดื่มเหล้าเบียร์ หรือ ไม่สูบบุหรี่

ที่โรงเรียนเด็กหญิง A มีกลุ่มเพื่อนผู้หญิงที่สนิท 2-3 คน ซึ่งเด็กหญิง A ไม่เปิดเผยให้เพื่อน ๆ ทราบสถานะของตนเอง มีเฉพาะครูประจำชั้นและครูประจำพยาบาลที่ทราบสถานะการอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งครูประจำชั้นเองที่เป็นผู้ที่คอยสอบถามเรื่องวินัยการรับประทานยาต้านไวรัสทุกครั้งไปเยี่ยมบ้านนักเรียน เด็กหญิง A เป็นวัยรุ่นที่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียน ได้เป็นตัวแทนโรงเรียนเข้าร่วมการแข่งขันทักษะ

วิชาชีพพิมพ์ไทยด้วยคอมพิวเตอร์ และได้รับทุนการศึกษาของโรงเรียน และหน่วยงานภายนอกโรงเรียนจากการเป็นตัวแทนของโรงเรียนอย่างต่อเนื่องทุกปี เด็กหญิง A ตั้งเป้าหมายว่าหลังจากเรียนจบมัธยมศึกษาปีที่ 3 วางแผนว่าจะเข้าศึกษาต่อสายอาชีพ ประกาศนียบัตรวิชาชีพต่อ ซึ่งเด็กหญิง A ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาจากครูแนะแนวประจำโรงเรียนและได้มีโอกาสไปร่วมงาน Open House ของสถาบันการศึกษาเมื่อเรียนจบจะได้มีงานทำมีเงินเดือนเลี้ยงดู ตา ยายเมื่อแก่ชรา

ในช่วงงานกีฬาโรงเรียน เริ่มมีวัยรุ่นผู้ชายมาจีบ เด็กหญิง A มักจะชวนไปดูภาพยนตร์ในช่วงวันหยุดบ่อยครั้ง ซึ่งเด็กหญิง A จะขออนุญาต ตา ยาย และชวนเพื่อนผู้หญิงคนอื่นๆ ไปด้วยทุกครั้ง ยายของเด็กหญิง A จะคอยพูดคุยซักถามเด็กหญิง A บ่อยๆ ในเรื่องการคบเพื่อนต่างเพศ ระวังระวังในการไปเที่ยวสองต่อสอง นอกจากนี้เด็กหญิง A ยังมีเครือข่ายเพื่อนรักเพื่อน ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมาตั้งแต่แรกเกิดเช่นเดียวกัน สมาชิกกลุ่มนี้จะมีการเข้าร่วมกิจกรรมทักษะการใช้ชีวิตในวัยรุ่นซึ่งจัดโดยพี่ๆ แพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา ในโรงพยาบาลที่เด็กหญิง A รับการรักษา

จากกรณีตัวอย่างนี้ แสดงให้เห็นคุณลักษณะหลักของสุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ครบถ้วน คือ การมีระดับภูมิคุ้มกันปกติ ดำเนินชีวิตในสังคมได้แม้จะเปิดเผยหรือปกปิดภาวะอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก็ตาม มีเป้าหมายในชีวิตจากการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวและสังคม มีเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนในทุกช่วงจังหวะของชีวิต รวมถึงมีทักษะชีวิตวัยรุ่น การดูแลสุขอนามัยเจริญพันธุ์ และการมีแหล่งให้คำแนะนำ ช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

ขั้นตอนที่ 6 การระบุ/สร้าง กรณีศึกษาตัวอย่างอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ (Identify additional cases) ประกอบด้วย กรณีตัวอย่างแบบก้ำกึ่ง (Borderline case) กรณีตัวอย่างแบบสัมพันธ์ (Related case) กรณีตัวอย่างแบบตรงกันข้าม (Contrary case)

กรณีตัวอย่างแบบก้ำกึ่ง (Borderline case) เป็นตัวอย่างที่แสดงคุณลักษณะหลักส่วนใหญ่ของมโนทัศน์ แต่ยังไม่ครบถ้วน เพื่อให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน ดังกรณีศึกษา คือ

วัยรุ่น นาย B อายุ 16 ปี สาเหตุการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก บิดา มารดา แยกทางกัน นาย B อาศัยอยู่กับมารดา ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มารดาแม่เลี้ยงเดี่ยวต้องทำงานอย่างหนักเพื่อเลี้ยงดูบุตร ทำให้ไม่มีเวลาให้กับนาย B ซึ่ง นาย B รับรู้และเข้าใจ มารดาของตนและมองว่า มารดาเก่งมาก ๆ ที่เลี้ยงดูบุตรเพียงคนเดียวเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น มารดาให้นาย B ไปพบแพทย์ตามนัดด้วยตนเอง ไม่ได้พาไปเมื่อช่วงวัยเด็ก และบ่อยครั้งที่นาย B ไม่ไปตามนัด ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส บ่นเสมอว่า เบื่อไม่อยากจะรับประทานยาแล้วทำไมต้องรับประทานยา เพื่อนคนอื่น ๆ ไม่เห็นมีใครต้องรับประทานยาเหมือนตนเอง จนกระทั่ง นาย B มีติดเชื้อราบนหนังศีรษะแบบรุนแรง และตรวจพบว่า มีระดับภูมิคุ้มกัน CD_4 T cell count อยู่ในระดับต่ำ คือ $358 - 444 \text{ cell/mm}^3$ (9 - 21 % CD_4)

ที่โรงเรียน นาย B มักจะขาดเรียนบ่อยครั้ง คบหากับเพื่อนต่างโรงเรียนที่เป็นกลุ่มแก๊งมอเตอร์ไซด์ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และคบหาเพื่อนผู้หญิงหลายคน โดยปกปิดสถานะการอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีของตนเอง เพื่อนหญิงบางคนมีเพศสัมพันธ์กัน นาย B ป้องกันโดยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

โดยนาย B มีความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จากการได้รับความรู้จากคลินิกสุขภาพที่เข้ารับการ รักษา และส่วนใหญ่ นาย B มักจะสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ เรื่องการคบแฟนกับพี่ ๆ ในกลุ่มเครือข่ายวัยรุ่นที่ อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งเข้ารับการรักษาสถานบริการสุขภาพเดียวกันมาตั้งแต่วัยเด็ก

จากการนี้ตัวอย่างนี้ แสดงให้เห็นคุณลักษณะหลักของสุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี มีเครือข่ายและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและสังคม มีเครือข่ายกลุ่มเพื่อนวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ คอยรับฟัง และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามกรณีศึกษาไม่มีคุณลักษณะ ความเข้มแข็งภายใน ร่างกาย ความเข้มแข็งภายในจิตใจ ความเข้มแข็งสุขภาพทางเพศ ความรับผิดชอบต่อตนเอง ความรับผิดชอบ ต่อสังคม

กรณีตัวอย่างแบบสัมพันธ์ (Related case)

กรณีตัวอย่างที่มีความคล้ายกับนิยาม คุณลักษณะของหมโนทัศน์ แต่ไม่ใช่หมโนทัศน์คุณลักษณะของ หมโนทัศน์ ดังกรณีตัวอย่างนี้

วัยรุ่นหญิง อายุ 17 ปี นางสาว C สาเหตุติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ประวัติการตรวจระดับ CD₄ T cell count อยู่ในระดับดีมากตลอด และประวัติการตรวจปริมาณ viral load HIV 1- RNA not detected ปัจจุบัน มีระดับภูมิคุ้มกัน CD₄ T cell count 1,258 cell/mm³ (28.45% CD₄) และปริมาณ viral load HIV 1- RNA not detected เมื่อนางสาว C ย้ายไปเรียนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จึงเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนเอง ไม่ติดต่อ เพื่อนสมัยเรียนมัธยม และหยุดการรักษารวมทั้งหยุดรับประทานยาต้านไวรัส เปลี่ยนไปรับประทานอาหาร เสริมที่นำเสนอว่าช่วยในเรื่องสร้างภูมิคุ้มกันร่างกาย

สำหรับกรณีตัวอย่างนางสาว C ซึ่งเชื่อว่า จากการที่เข้ารับการรักษามานาน จนกระทั่งตรวจไม่พบ เชื้อไวรัสในร่างกาย จึงเข้าใจว่าตนเองไม่มีเชื้อเอชไอวีในร่างกายแล้วร่วมกับ นางสาว C มีสุขภาพแข็งแรง จึงต้องการเปลี่ยนแปลงตนเอง ปรับวิถีดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับเพื่อน ๆ วัยเดียวกัน ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมา มี ความแตกต่างจากหมโนทัศน์สุขภาวะ

กรณีตัวอย่างแบบตรงกันข้าม (Contrary case)

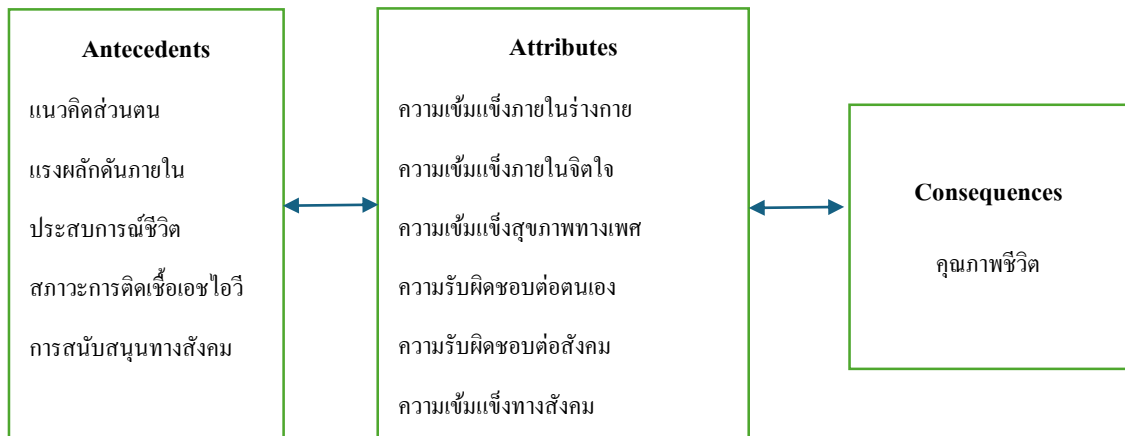
วัยรุ่นชาย เด็กชาย D อายุ 14 ปี ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 2 สาเหตุการติดเชื้อจากมารดา บิดา มารดา เสียชีวิต อาศัยอยู่กับ ป้าพี่สาวของบิดา ประกอบอาชีพทำขนมไทยขายที่ตลาด เด็กชาย D เองก็ต้อง ช่วยป้าทำงานพิเศษอื่นๆ เพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในบ้าน เด็กชาย D ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ อายุ 1 ปี มีภาวะไขมันร่างกายฝ่อ (Lipodystrophy) หน้าตอ ทำให้ เด็กชาย D รู้สึกว่าตนหน้าตาไม่หล่อ เพื่อน ๆ ที่โรงเรียน มักจะเรียกว่า “คุณหน้าผี” เด็กชาย D จึงตัดสินใจหยุดรับประทานยาต้านไวรัส ลาออกจากโรงเรียนเพื่อมาทำงาน และแยกออกมาเช่าห้องเช่าอยู่กับแฟน มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย และไม่ได้เปิดเผยสถานะอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีให้แฟนทราบ ต่อมาเด็กชาย D ติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นโรคเชื้อ หุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และตรวจพบว่า มีภาวะคือยาต้านไวรัส เมื่อแฟน ทราบว่า เด็กชาย D เป็นผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกำลังป่วยหนัก จึงได้เลิกกันไป จากกรณีศึกษาที่ แสดงถึงไม่มีคุณลักษณะของหมโนทัศน์สุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 7 การระบุถึงสิ่งที่ทำให้เกิด และสิ่งที่ตาม มาจากมโนทัศน์ (Identify antecedents and consequences)

ในการวิเคราะห์มโนทัศน์ การระบุถึงสิ่งที่ทำให้เกิด (Antecedent) คือ การระบุถึงที่เกิดขึ้นก่อนการเกิดของมโนทัศน์ที่กำลังศึกษา การระบุถึงที่ตามมา (Consequence) หรือผลลัพธ์ (Outcome) ของมโนทัศน์ เป็นการระบุตัวแปร แนวคิดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ มโนทัศน์ที่กำลังศึกษา อันจะนำไปสู่การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ต่อไปในอนาคต ดังภาพที่ 1

สิ่งที่ทำให้เกิดมโนทัศน์สุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี คือ ปัจจัยภายในตนเอง ได้แก่ แนวคิดส่วนตัว แรงผลักดันภายใน ประสบการณ์ชีวิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ สภาวะติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

สิ่งที่ตามมาจากวิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบผลที่เกิดตามมาภายหลังที่มีการใช้มโนทัศน์สุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี คือ คุณภาพชีวิต



ภาพที่ 1 สิ่งที่ทำให้เกิดคุณลักษณะสำคัญ สิ่งที่มาของมโนทัศน์สุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่กับเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 8 การกำหนดแนวทางที่จะวัดหรือประเมินคุณลักษณะมโนทัศน์ เมื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (Define empirical)

การวัดหรือประเมินคุณลักษณะหลักของมโนทัศน์สุขภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี วิธีการประเมิน สามารถทำได้โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการประเมินทางห้องปฏิบัติการ เสนอการประเมินใน 6 คุณลักษณะ ดังนี้

1. ความเข้มแข็งภายในร่างกาย ได้แก่ ระดับภูมิคุ้มกัน การติดเชื้อฉวยโอกาส และภาวะสุขภาพ เป็นต้น
2. ความเข้มแข็งภายในจิตใจ ได้แก่ การยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ การอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภาวะอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งเปิดเผยและปกปิด การเจริญงอกงามในตนเอง ความเป็นอิสระในตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิต เป็นต้น

3. ความเข้มแข็งสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยเจริญพันธุ์ การมีทักษะปฏิเสธ การได้รับบริการสุขภาพทางเพศ เป็นต้น

4. ความรับผิดชอบต่อตนเอง ได้แก่ การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ และวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นต้น

5. ความรับผิดชอบต่อสังคม ได้แก่ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

6. ความเข้มแข็งทางสังคม ได้แก่ การมีเครือข่ายและสัมพันธภาพภายในครอบครัวและสังคม การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมและหน่วยงานภาครัฐ เป็นต้น

บทสรุป

การวิเคราะห์หมโนทัศน์สภาวะการทำหน้าที่โดย ใช้แนวคิดของ Walker and Avant³ เป็นกระบวนการตรวจสอบองค์ประกอบพื้นฐาน ของหมโนทัศน์ช่วยทำให้หมโนทัศน์สภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ผลการวิเคราะห์พบว่า ความหมายของหมโนทัศน์สภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี คือ ภาวะที่วัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเป็นสุขในลักษณะองค์รวมของสภาวะด้านต่าง ๆ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคุณลักษณะของหมโนทัศน์ สภาวะในวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 6 คุณลักษณะ ได้แก่ ความเข้มแข็งภายในร่างกาย ความเข้มแข็งภายในจิตใจ ความเข้มแข็งสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ ความรับผิดชอบต่อตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม และความเข้มแข็งทางสังคม ซึ่งจะมีประโยชน์ในการประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อการวัดผลลัพธ์ของการศึกษาวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Royal Institute of Thailand. Dictionary of the royal institute. Bangkok: Royal Institute of Thailand; 2010. (in Thai)
2. Adams TB, Bezner JR, Drabbs ME, Zambarano RJ, Steinhardt MA. Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population. J Am Coll Health. 2000; 48(4): 165-73.
3. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 6th ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall. 2019.
4. World Health Organization. Well-being measures in primary health care: The DepCare Project. Report on a WHO Meeting, Stockholm, Sweden. 1998.
5. Adams TA, Bezner J, Steinhardt M. The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. Am J Health Promot. 1997; 11(3): 208-18.
6. Global Wellness Institute. Understanding wellness: Opportunities & impacts of the wellness economy for regional development. 2019.

7. Khunapisit, W. What is well-being? Why is "well-being education" necessary? In *Commemorative book for the 18th anniversary of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn*. November 26, 2004. (in Thai)
8. Srimuang P, Tangvoraphonkchai J. Caring in school-age children with HIV/AIDS at home by caregiver. J Nurs Sci Health. 2011; 34(2): 52-60. (in Thai)
9. Lakhonphon S, Laurujisawat P, Siriboon S. Attitude towards sexuality of HIV adolescents at the Thai Red Cross AIDS Research Center. Chulalongkorn Med J. 2011; 58(3): 309-25. (in Thai)
10. Poogpan J, Wacharasin C, Deoisre W. A comparison of psychological well-being between HIV-positive and HIV-negative adolescent AIDS orphans. J Boromarajonani Coll Nurs Bangkok. 2016; 32(3): 87-96. (in Thai)
11. Mietprom T, Rutchanagul P, Kongvattananon P. Self-care experiences of adolescents living with HIV/AIDS receiving antiretroviral drugs. J Nurses Assoc Thailand, North-Eastern Div. 2013; 31(3): 57-67. (in Thai)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลอุ้มทอง

อริยัญญา ชำนาญอักษร* พย.บ., พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

ทีปทัศน์ ชินดาปัญญากุล** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), ศษ.ม. (นวัตกรรมหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้),
ค.ค. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา), ป. (ระบาดวิทยาคลินิก)

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงสืบย้อนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มารับบริการและการรักษาในโรงพยาบาลอุ้มทอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวนทั้งหมด 124 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการใช้สารเสพติด และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ บรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรงหรือรุนแรงน้อย 74.19 การสูบบุหรี่ อายุ และเพศชาย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .262, p = .008$; $\beta = .214, p = .015$; $\beta = -.203, p = .022$ ตามลำดับ) ขณะที่การดื่มสุรา การใช้แอมเฟตามีน กล้วยา เฮโรอีน และสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการสูบบุหรี่ อายุ เพศชาย การใช้แอมเฟตามีน การใช้กล้วยา การใช้เฮโรอีน การดื่มสุรา และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดได้ร้อยละ 16.9 ($R^2 = .169$) ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช, พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุ้มทอง,

E-Mail: chumnanuksron.nin08@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 6 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 8 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับบทความ 26 กุมภาพันธ์ 2568

Factors Influencing Aggressive Behavior in Psychiatric Patients with Substance Abuse at U Thong Hospital

Arunya Chumnanuksron B.N.S., M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)*

*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 study aimed to examine the aggressive behavior of psychiatric patients with substance abuse and the factors influencing such behavior. The sample consisted of 124 psychiatric patients with substance abuse who received treatment at U Thong Hospital between 2021 and 2023. The research instrument was a data recording form consisting of general information, substance use data, and records of aggressive behavior in psychiatric patients with substance abuse. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation analysis, and multiple regression.

The findings showed that 74.19% of the sample exhibited violent or emergency-level aggressive behavior. Smoking, age, and male gender were significantly associated with aggressive behavior in psychiatric patients with substance abuse at .05 level ($\beta = .262, p = .008$; $\beta = .214, p = .015$; $\beta = -.203, p = .022$, respectively). Alcohol use, amphetamine use, cannabis use, heroin use, and family relationships did not show a statistically significant association with aggressive behavior. Together, smoking, age, male gender, alcohol use, amphetamine use, cannabis use, heroin use, and family relationships accounted for 16.9% of the variance in aggressive behavior ($R^2 = .169$). These findings contribute to care planning for psychiatric patients with substance abuse who exhibit aggressive behavior and serve as a guideline for developing treatment programs to prevent relapse into drug use.

Keywords: Psychiatric patients, Aggressive behavior, Substance abuse

**Corresponding author, Expert professional nurse, Registered Nurse, Psychiatric Room, Nursing of Mental Health Service Department, U-thong Hospital, E-mail: chumnanuksron.nin08@gmail.com*

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

Received November 6, 2024 Revised February 8, 2025 Accepted February 26, 2025

ความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมความก้าวร้าวของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าการใช้สารเสพติดเป็นภาวะคุกคามและเป็นกลุ่มอาการที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มคนที่มีปัญหาบุคลิกภาพ รวมถึงผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติด เช่น ยาแอมเฟตามีน แอลกอฮอล์ กัญชา เป็นต้น ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 13.90 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 15-34 ปี พบได้มากที่สุด จึงเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขทั่วโลก ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ส่งผลต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม¹ ส่วนประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีรายงานสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เท่านั้น โดยพบกลุ่มผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ร้อยละ 17.34 ซึ่งเป็นรายงานภาพรวม ไม่ได้จำแนกประเภทผู้ป่วย² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ได้รวบรวมสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มารับบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีจำนวน 168,071 คน 389,656 คน และ 706,299 คน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติด จำนวน 1,463 คน 2,783 คน และ 3,527 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลอุทุม สถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 32 ราย 36 ราย และ 56 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

พฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior) เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยความตั้งใจที่จะใช้กำลังทางกายคุกคามหรือข่มขู่หรือทำอันตรายต่อตนเอง ครอบครัว บุคคลรอบข้าง และสังคม³ สำหรับพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เป็นภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงออกทางคำพูด หรือการกระทำที่เป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลรอบข้าง รวมถึงสังคม ซึ่งเกิดจากการใช้สารเสพติดชนิดหลอนประสาทหรือกระตุ้นประสาท^{2,4} การศึกษาของ ตรีนุช ราษฎร์ดุยดี และคณะ⁵ พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้เสพยาแอมเฟตามีนที่บำบัดรักษาในสถาบันราชัญญารักษ์ มีการทะเลาะวิวาท จำนวน 42 ครั้ง ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 28 ครั้ง ทำร้ายตนเอง 22 ครั้ง และข่มขู่คุกคาม 8 ครั้ง ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิพัฒน์ พันเลียว⁶ พบว่า ผู้ที่ใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 96 คน พบการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 34 ครั้ง ส่วนในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 143 คน พบการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 45 ครั้ง และในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 150 คน พบการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 53 ครั้ง และงานวิจัยของ Legas et al.⁴ ที่พบว่า ความชุกของพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเท่ากับร้อยละ 37.90 โดยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำประมาณร้อยละ 24.30 และพฤติกรรมความก้าวร้าวทางวาจาร้อยละ 26.60 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดยังเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขทั้งในต่างประเทศรวมถึงประเทศไทย

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช จากยาเสพติดในต่างประเทศพบว่า ความชุกของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ ร้อยละ 37.90 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วิทยาลัย (อายุเฉลี่ย ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (AOR 2.209, 95 CI; 1.423 - 3.429, $p < .05$) ประวัติครอบครัวมีปัญหาทางจิต (AOR 4.038, 95 CI; 2.046 - 7.971, $p < .05$) โรคประจำตัวทางกาย (AOR 2.01, 95 CI; 1.332 - 3.032, $p < .05$) และกลุ่มอาการซึมเศร้า (AOR 2.342, 95 CI; 1.686 - 3.253, $p < .05$)⁴ ผู้ป่วยที่ดื่มสุรา ดื่มแอลกอฮอล์ และใช้กัญชา มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมก้าวร้าว และบางการศึกษาพบว่า การใช้โคเคนร่วมกับ เฮโรอีนทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างชัดเจน ช่วงการขาดหรือช่วงถอนพิษ เมทแอมเฟตามีน รวมทั้งการใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ Anabolic-Androgenic Steroid⁷ และการศึกษาของ Mauri et al.⁸ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ได้แก่ กัญชา โคเคน แอมเฟตามีน และแอลกอฮอล์ ร้อยละ 15.75, 8.75, 3.75 และ 15.75 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ได้แก่ แอลกอฮอล์ กัญชา เฮโรอีน และโคเคนจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับประเทศไทย จอมขวัญ นามสูตรและคณะ⁹ ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 32.9 ซึ่งการมีสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของ วุฒิชัย ชวนชนก และคณะ¹⁰ พบว่า แอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด อาการทางจิต และความแออัดของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่างานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบว่า การใช้สารเสพติด และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งมีสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลอุ้มทองเป็นพื้นที่ระบาดของการใช้ยาเสพติด และยังไม่พบว่า มีการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาเสพติด รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช จากยาเสพติด เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้พัฒนาโปรแกรมบำบัดและป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดได้

คำถามการวิจัย

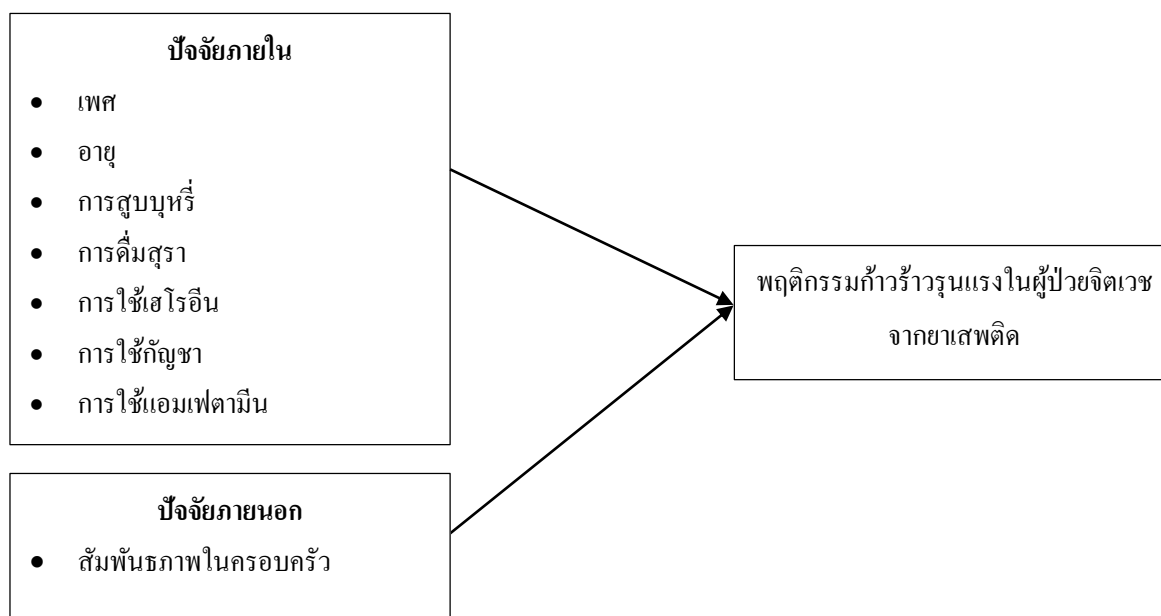
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลอุ้มทองอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลอุ้มทอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลอุ้มทอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ของโรงพยาบาลอุ้มทอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ได้แก่ เพศชาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว^{4,11} อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ปี หรือวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง¹¹ มีประวัติดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว^{10,12} การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความก้าวร้าว¹² การใช้สารเสพติด เช่น กัญชา เฮโรอีน และแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง^{7,8} การมีสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะการมีสัมพันธภาพที่ไม่ค่อยดี (ทะเลาะกันรุนแรงและต่างคนต่างอยู่) ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว¹² รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว¹² ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปเป็นปัจจัยภายใน ประกอบด้วย เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้เฮโรอีน การใช้กัญชา และการใช้แอมเฟตามีน ส่วนปัจจัยภายนอก คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสืบย้อน (Retrospective Cohort Study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มารับบริการและการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกห้องฉุกเฉิน และแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลอุ้มทอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวนทั้งหมด 124 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง มีเกณฑ์การคัดตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดเพสหญิงหรือเพศชาย มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์
2. เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน และแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุ้มทอง
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติด ได้แก่ แอมเฟตามีน หรือกัญชา หรือเฮโรอีน
4. มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่ประเมินจากแบบประเมินก้าวร้าว (Overt Aggressive Scale: OAS) ของกรมสุขภาพจิตด้านใดด้านหนึ่ง (ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อสิ่งของหรือทรัพย์สิน) มีคะแนน OAS 1 คะแนนขึ้นไป
5. ผู้ป่วยมารับการติดตามที่โรงพยาบาลอุ้มทองอย่างน้อย 1 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria) คือ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดมีอาการภาวะวิกฤตเกินศักยภาพของโรงพยาบาลจำเป็นต้องส่งต่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนย้อนหลัง ทั้งในระบบการบันทึกทางเอกสารและการบันทึกทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลอุ้มทอง และในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาของประเทศ (บสต.) มีโครงสร้างคำถามที่ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติด เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษา วันที่ใช้ครั้งสุดท้ายก่อนการบำบัดรักษา ปริมาณที่ใช้ก่อนมาโรงพยาบาล การสูบบุหรี่ และการดื่มเหล้า

ตอนที่ 2 การประเมินการใช้ยาเสพติด ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บกก.สธ V2)² ได้แก่ คะแนนการคัดกรองและระดับความเสี่ยงการใช้ยาเสพติด การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ การคัดกรองอาการทางจิต การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยา จำนวนปริมาณสารเสพติดที่ใช้/สัปดาห์ และจำนวนครั้งที่ใช้/สัปดาห์

ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale: OAS) ของกรมสุขภาพจิต² ประกอบด้วยลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว 4 รูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก

พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของหรือทรัพย์สิน และพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า 1 ด้านร่วมกัน นอกจากนี้ยังแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 4 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือทรัพย์สินต้องช่วยเหลือทันที 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีแนวโน้มอาจเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือทรัพย์สินต้องจัดการช่วยเหลือภายใน 2 ชั่วโมง 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่สามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ต้องให้การจัดการช่วยเหลือภายใน 24 ชั่วโมง และ 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง สามารถให้ความร่วมมือในการบำบัดจัดการช่วยเหลือตามการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) มีความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ .85 มีความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 39/2567 (COE No. 13/2567) ลงวันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยและการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย (ในฐานะผู้วิจัยไม่ใช่ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์) จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบบันทึกเวชระเบียนในระบบการบันทึกทางเอกสาร การบันทึกทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลอุ้มทอง และในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาของประเทศ (บสต.)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบัน อายุที่เข้ายาเสพติดครั้งแรก สาเหตุสำคัญที่เข้ายาเสพติด เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษา วันที่ใช้ครั้งสุดท้ายก่อนการบำบัดรักษา ปริมาณที่ใช้ก่อนมาโรงพยาบาล การสูบบุหรี่ และการดื่มเหล้า โดยใช้สถิติบรรยาย ตัวแปรเชิงกลุ่ม วิเคราะห์ด้วย ความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรต่อเนื่องวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การใช้ยาเสพติด ได้แก่ การคัดกรองและระดับความเสี่ยงการใช้ยาเสพติด การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิต การคัดกรองอาการทางจิต การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยา จำนวนปริมาณสารเสพติดที่ใช้/สัปดาห์ และจำนวนครั้งที่ใช้/สัปดาห์ โดยใช้สถิติบรรยาย ตัวแปรเชิงกลุ่ม วิเคราะห์ด้วย ความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรต่อเนื่องวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้เฮโรอีน กัญชา แอมเฟตามีน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ โดยตัวแปรเพศ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้เฮโรอีน กัญชา แอมเฟตามีน และ

สัมพันธภาพในครอบครัว กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ใช้สถิติ Point biserial correlation ขณะที่ตัวแปรอายุ กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงใช้สถิติ Pearson's Correlation Coefficient

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโดยใช้ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน ด้วยสถิติ Multiple regression analysis ด้วย ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI และค่า p-value โดยค่า p-value < .05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่รับบริการในโรงพยาบาลอุทอง จำนวน 124 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 88.71) มีอายุเฉลี่ย 33.43 ปี (SD = 8.34) เมื่อพิจารณาช่วงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ 31-40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 47.58) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 30.65) และ 41-50 ปี (ร้อยละ 13.71) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 58.06) และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 55.64) รองลงมาคือประถมศึกษา (ร้อยละ 37.10) และอนุปริญญา (ร้อยละ 4.03) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้างหรือรับจ้าง (ร้อยละ 65.32) รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 27.42) และอื่นๆ (ร้อยละ 7.26) มีช่วงรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 41.13) รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 29.03) และไม่มีรายได้ (ร้อยละ 28.13) ตามลำดับ จำนวนสมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัว 1-4 คน (ครอบครัวเดี่ยว) (ร้อยละ 79.84) ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในปัจจุบันพบว่า บิดามารดาอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น (ร้อยละ 40.32) มากที่สุด รองลงมาคือ แยกกันอยู่ (ร้อยละ 27.42) และบิดาเสียชีวิต (ร้อยละ 16.94) ตามลำดับ ช่วงอายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกมากที่สุด คือ 16-20 ปี (ร้อยละ 90.32) สาเหตุสำคัญที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกที่พบมากที่สุดคือเพื่อนชวน (ร้อยละ 54.03) ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่คือ ยาบ้า (ร้อยละ 91.13) เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดคือ บังคับตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด (ร้อยละ 94.35) ครั้งสุดท้ายที่ใช้ยาเสพติดที่พบมากที่สุด คือ 1 วัน (ร้อยละ 96.77) มีประวัติการใช้บุหรี่ (ร้อยละ 89.52) และประวัติการดื่มเหล้า (ร้อยละ 63.71)

เมื่อพิจารณาผลข้อมูลการคัดกรองพบว่า คะแนนการคัดกรองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 27 คะแนนขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มผู้คิด (ร้อยละ 96.77) ผลการคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจด้วยข้อคำถาม 2Q พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยง (ร้อยละ 88.77) แต่อีกจำนวน 21 คน (ร้อยละ 11.23) มีความเสี่ยงจึงได้คัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจด้วยข้อ 9Q พบว่า มีผู้ป่วยได้คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จำนวน 12 คน (ร้อยละ 6.42) จึงได้คัดกรองต่อด้วยข้อคำถาม 8Q พบว่า มีแนวโน้มฆ่าตัวตายปานกลาง (ร้อยละ 2.14) รองลงมาคือ มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 1.60) และแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง (ร้อยละ 0.53) ตามลำดับ ผลการคัดกรองโรคจิตพบว่า ส่วนใหญ่มีอาการหลงผิดหวาดระแวง (ร้อยละ 76.61) รองลงมาคือ อาการหูแว่ว (ร้อยละ 18.55) และอาการภาพหลอน (ร้อยละ 4.84) ตามลำดับ ผลการคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยาพบว่า มีความเสี่ยงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.32) ผู้ป่วยใช้ปริมาณสารเสพติดเฉลี่ย 27.26

(SD = 11.59) เม็ด/สัปดาห์ และมีจำนวนครั้งที่ใช้สารเสพติดเฉลี่ย เท่ากับ 14.62 (SD = 4.44) ครั้ง/สัปดาห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดเพื่อบำบัดรักษา (n=124)

ข้อมูลการคัดกรอง	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนการคัดกรองการใช้ยาเสพติด		
1 – 3 คะแนน	0	0
4 – 26 คะแนน	4	3.23
27 คะแนนขึ้นไป	120	96.77
การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ		
2Q		
ได้ผลการตรวจทางลบ (0 คะแนน ไม่มีความเสี่ยง)	50	40.32
ได้ผลการตรวจทางบวก (1 – 2 คะแนน มีความเสี่ยง) พิจารณาต่อ 9Q	74	59.68
9Q (ตั้งแต่ 7 คะแนน พิจารณา 8Q ต่อ)		
0 – 6 คะแนน	84	67.74
7 – 12 คะแนน	36	29.03
13 – 18 คะแนน	3	2.42
มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนนขึ้นไป	1	0.81
8Q		
0 คะแนน (ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย)	102	82.26
1 – 8 คะแนน (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย)	17	13.71
9 – 16 คะแนน (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายปานกลาง)	4	2.14
มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง)	1	0.53
การคัดกรองโรคจิต		
ไม่มี	0	0
หูแว่ว	23	18.55
ภาพหลอน	6	4.84
หลงคิดหวาดระแวง	95	76.61
การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยา		
ไม่เสี่ยง	12	9.68
เสี่ยง	112	90.32
จำนวนปริมาณ (เม็ด) สารเสพติดที่ใช้ (เม็ด/สัปดาห์) (Mean = 27.26, SD = 11.59)		
1 – 10 เม็ด/สัปดาห์	4	3.23
11 – 20 เม็ด/สัปดาห์	55	44.35
21 – 30 เม็ด/สัปดาห์	43	34.68
31 – 40 เม็ด/สัปดาห์	22	8.87

ตารางที่ 1 ผลการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดเพื่อบำบัดรักษา (n=124) (ต่อ)

ข้อมูลการคัดกรอง	จำนวน	ร้อยละ
41 – 50 เม็ด/สัปดาห์	7	5.65
51 – 60 เม็ด/สัปดาห์	2	1.61
61 – 70 เม็ด/สัปดาห์	2	1.61
จำนวนครั้งที่ใช้ (ครั้ง/สัปดาห์) (Mean = 14.62, SD = 4.44)		
1 – 10 ครั้ง/สัปดาห์	31	25.00
11 – 20 ครั้ง/สัปดาห์	90	72.58
21 – 30 ครั้ง/สัปดาห์	3	2.42

2. ระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลอุ้มทอง

ผลการคัดกรองพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงพบว่า ประเภทความก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออกมากที่สุด (ร้อยละ 83.87) และมีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง/คุกเงินค่อนข้างสูง (ร้อยละ 74.19) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเภทและระดับของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (n=124)

ข้อมูลการคัดกรอง	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของความก้าวร้าว		
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง	4	3.23
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก	104	83.87
พฤติกรรมก้าวร้าวด้านการทำลายสิ่งของหรือทรัพย์สิน	15	12.10
พฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่า 2 ด้าน	1	0.81
ระดับพฤติกรรมก้าวร้าว		
แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเล็กน้อย/กึ่งแรงด่วน	1	0.81
แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง/แรงด่วน	31	25.00
แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง/คุกเงิน	92	74.19

3. ปัจจัยที่ส่งต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โรงพยาบาลอุ้มทอง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลอุ้มทองพบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.237, p = .008$) อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .197, p = .028$) และการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .198, p = .027$) ขณะที่การดื่มสุรา การใช้แอมเฟตามีน การใช้กัญชา การใช้เฮโรอีน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด (n=124)

ตัวแปร	พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	p-value
เพศ	$r_{pb} = -.237$	.008*
อายุ	$r_{pb} = .197$	.028*
การดื่มสุรา	$r_{pb} = -.110$	.223
การสูบบุหรี่	$r_{pb} = .198$	.027*
การใช้แอมเฟตามีน	$r_{pb} = .066$	.465
การใช้กัญชา	$r_{pb} = -.086$	.341
การใช้เฮโรอีน	$r_{pb} = .052$	.565
สัมพันธภาพในครอบครัว	$r_{pb} = -.082$	.363

หมายเหตุ: r_{pb} = point biserial correlation, r = Pearson's correlation *p-value < 0.05

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ของโรงพยาบาลอุ้มทอง พบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .262, p = .008$) อายุส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .214, p = .015$) และเพศชาย เป็นเพศที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = -.203, p = .022$) ขณะที่การดื่มสุรา การใช้แอมเฟตามีน การใช้กัญชา การใช้เฮโรอีน และสัมพันธภาพในครอบครัว ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ การสูบบุหรี่ อายุ เพศชาย การดื่มสุรา การใช้แอมเฟตามีน การใช้กัญชา การใช้เฮโรอีน และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดได้ร้อยละ 16.9 ($R^2 = .169$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด (n=124)

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized		Standardized	t	p-value	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	B	SE	β			Tolerance	VIF
(Constant)							
เพศ	-.295	.127	-.203	-2.321	.022*	.936	1.068
อายุ	.012	.005	.214	2.480	.015*	.959	1.043
การดื่มสุรา	-.152	.090	-.159	-1.681	.095	.803	1.245
การสูบบุหรี่	.393	.146	.262	2.694	.008*	.758	1.318
การใช้แอมเฟตามีน	.139	.145	.086	.964	.337	.896	1.116
การใช้กัญชา	.028	.471	.005	.059	.953	.854	1.171
การใช้เฮโรอีน	-.039	.082	-.042	-.479	.633	.947	1.056

$F(7,116) = 3.373, p = .003, R^2 = .169, \text{Adjust } R^2 = .119, \text{Durbin-Watson} = 2.181$ *p-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ของโรงพยาบาลอุ้มทอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับรุนแรง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีผลการคัดกรองการใช้ยาเสพติดสูงถึงร้อยละ 96.77 มีอาการหลงผิดและหวาดระแวง ร้อยละ 76.61 อาจเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย พิจารณาจาก จำนวนปริมาณ (เม็ด) สารเสพติดที่ใช้/สัปดาห์ อยู่ระหว่าง 11-30 เม็ด/สัปดาห์รวมกันสูงถึง 79.03 ถือว่าเป็นจำนวนเม็ดที่มาก หากมีการใช้ในปริมาณที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนานย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ สุขุมลย์ เล็กมัยชัย¹³ ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือถึงรุนแรงมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของพื้นที่ในการทำวิจัยย่อมมีผลต่อผลการวิจัย โดยเฉพาะโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเป็นพื้นที่ใกล้พื้นที่ทหารซึ่งมีการเฝ้าระวังตลอดเวลา ทำให้ความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับเล็กน้อย จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดภายใต้พื้นที่การดูแลของโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรียังคงมีสภาพปัญหาที่ควรเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ของโรงพยาบาลอุ้มทองพบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .262, p = .008$) ทั้งนี้เนื่องจากบุหรี่จะมีสารนิโคตินที่มีส่วนช่วยทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภท หากมีการขาดสารนิโคตินหรือไม่ได้สูบบุหรี่จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่รุนแรงอย่างต่อเนื่อง เกิดอาการขาดยาจนเกิดภาพหลอนและเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องเข้ารับการรักษาต่อไป¹⁴ สอดคล้องกับวิจัยของ Lawn et al.¹⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ติดบุหรี่เมื่อหยุดสูบแล้วเกิดภาวะถอนพิษนิโคตินจะมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่รุนแรง กระวนกระวาย และเพิ่มโอกาสแสดงพฤติกรรมรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ชุ่นอื้อ และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การสูบบุหรี่ในปริมาณมากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น การชักประวัติการสูบบุหรี่จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการคัดกรองพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด

อายุ ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .214, p = .015$) กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในพื้นที่อำเภ่อู้มทองส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน โดยเฉลี่ยอายุ 33.43 ปี สามารถหารายได้และเข้าถึงแหล่งยาเสพติดได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ทำให้มีปริมาณการใช้ยาเสพติดได้ตามความสามารถในการหารายได้ของตนเอง จึงมีความถนัดในการใช้ยาเสพติด ส่งผลให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้หากมีการใช้ยาที่ติดต่อกันเป็นเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ช่วงอายุ 31-40 ปี มีโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่า 15.91 เท่าเมื่อเทียบกับช่วงอายุมากกว่า 50 ปี¹³ ดังนั้นการเฝ้า

ระวังพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ใช้ยาเสพติด จำเป็นต้องคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยโดยเฉพาะวัยรุ่นจนถึงวัยกลางคนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอุ้มทอง โดยทำให้ปรากฏขึ้น (Pop up) ความเสี่ยงไว้หน้าจอคัดกรอง

เพศชาย เป็นเพศที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = -.203, p = .022$) ทั้งนี้เนื่องจากเพศชาย มีความกล้าแสดงออก มีความมั่นใจ และมีพฤติกรรมอยากรู้ และอยากลอง หรืออาจมีพฤติกรรมที่เคยแสดงออกเดิมจากช่วงวัยรุ่นเป็นทุนเดิม รวมถึงอิทธิพลของเพื่อนภายในกลุ่มที่มีการใช้ยาเสพติด ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามที่ตนเองต้องการ เพื่อให้เกิดการยอมรับจากเพื่อน ทำให้เพศชายมีการใช้ยาเสพติดที่มากกว่าเพศหญิง¹⁵ และมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ อีกทั้งฮอร์โมนแอนโดรเจนของเพศชายที่สูงขึ้นตามวัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงถูกเงินในผู้ป่วยจิตเวช โดยเพศชายเกิดมากกว่าเพศหญิง¹⁵ จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสามารถพบได้ในผู้ป่วยเพศชายที่เป็นจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด พยาบาลจำเป็นต้องคัดกรองและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย

ขณะที่การใช้แอมเฟตามีน การใช้กัญชา การใช้เฮโรอีน ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากสถิติและประวัติของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุ้มทอง ใช้ยาเสพติดประเภทกัญชา เฮโรอีน และคิมสุราค่อนข้างน้อย นอกจากนี้แล้วกัญชาเป็นยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน อาจกดกระตุ้นหรือหลอนประสาทได้พร้อม ๆ กัน รวมถึงเฮโรอีนเป็นยาเสพติดประเภทกดประสาท และสุรามีฤทธิ์ทั้งกระตุ้นและกดประสาท เมื่อดื่มสุราใหม่ ๆ จะทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า สดชื่น และเมื่อดื่มมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิก เกิดอาการมึนงง นอนหลับ หมดสติ และถ้าดื่มสุราเป็นประจำ จะทำให้สมองและความจำเสื่อม กรณีที่ใช้ยาเสพติดปริมาณน้อยจึงไม่ทำให้มีพฤติกรรมรุนแรง ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนกลุ่มตัวอย่างของพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษาลายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ได้แก่ กัญชา เฮโรอีน และโคเคน มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภท^{11,8} ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองและประเมินผู้ป่วย ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน และแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก จำเป็นอย่างยิ่งต้องซักประวัติและสอบถามข้อมูลการใช้ยาเสพติด ได้แก่ ประเภทของยาเสพติด ปริมาณที่ใช้ ระยะเวลาที่ใช้ เวลาที่ใช้ครั้งล่าสุด เพื่อนำผลการประเมินมาใช้วางแผนการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย

นอกจากนี้แล้ว สัมพันธภาพในครอบครัว ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากประวัติของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดจะพักอาศัยอยู่กับครอบครัวตนเอง ซึ่งอยู่กับบิดาและมารดาที่ยังอยู่ร่วมกัน ทำให้มีคนดูแลเอาใจใส่

อย่างใกล้ชิด รวมถึงเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยที่อาจเข้าไปใช้ยาเสพติด ผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ จอมขวัญ นามสูตรและคณะ⁹ ได้ศึกษาพบว่า การมีสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าว ของผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปกับผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด พยาบาลยังจำเป็นต้องซักถามข้อมูลด้าน ความสัมพันธ์ของญาติหรือผู้ดูแลกับผู้ป่วยเพื่อประกอบการวางแผนดูแลโดยญาติมีส่วนร่วมทั้งขณะอยู่ใน โรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและทีมผู้ดูแล โดยเฉพาะพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย ลูกเงิน และแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก เพื่อรับรู้และเข้าใจถึงปัจจัยเกี่ยวกับ การสูบบุหรี่ อายุ เพศ ซึ่งเป็นปัจจัย ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย ลูกเงิน และแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก สามารถเลือกวิธีการให้การพยาบาลหรือออกแบบบริการสำหรับผู้ป่วย จิตเวชจากยาเสพติดที่ก้าวร้าวได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อยอดถึงผลกระทบของคนในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ทั้งกลุ่มที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และกลุ่มที่ยังไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง นำผลการวิจัยมาออกแบบแนวทาง เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ลดแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของญาติ เสริมสร้างทักษะการจัดการ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เล็ก น้ำประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง ที่ได้อนุญาต และให้ความอนุเคราะห์โรงพยาบาลอุ้มทองให้เข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพด้านวิจัย R2R สำหรับพยาบาล และการใช้สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย R2R ภายใต้ความรับผิดชอบของนางสาววรลักษณ์ ศรีวิสัย พยาบาล วิชาชีพชำนาญการ และนางเครือวัลย์ นิตศิริ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง สุดท้ายขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งด้าน องค์ความรู้ กำลังใจ มิตรไมตรีที่ดีงาม จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Akçay, B. D., & Akçay, D. What are the factors that contribute to aggression in patients with co-occurring antisocial personality disorder and substance abuse? Archives of Clinical Psychiatry.2020; 47(4): 95-100.
2. Department of Mental Health. Textbook of health system for caring patients with serious mental illness with high risk to violence for Institute/Hospital, Department of Mental Health. Prosperous Plus. 2020. (in Thai)
3. Mental Health, Brain Health, and Substance Use (MSD). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. World Health Organization. 2021.
4. Legas, G., Belete, H., & Asnakew, S. Prevalence and determinants of aggressive behavior among adults with problematic substance use in Northwest Ethiopia: A cross-sectional survey. BMC Psychiatry. 2022; 22(1): 402. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04053-4>
5. Raddussadee, T., Ruchiwit, M., & Uthis, P. The effect of a biofeedback and autogenic training program on aggressive behavior levels of amphetamine abusers. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014; 28(1): 92-104. (in Thai)
6. Panliaw, P. The effects of a cognitive behavior therapy program on the aggressive behaviors among patients with amphetamine dependence (Unpublished Master's thesis). Thammasat University. 2016. (in Thai)
7. Tomlinson, M. F., Brown, M., & Hoaken, P. N. S. Recreational drug use and human aggressive behavior: A comprehensive review since 2003. Aggression and Violent Behavior. 2016; 27: 9-29.
8. Mauri, M. C., Cirnigliaro, G., Piccoli, E., Vismara, M., Carlo, V. D., Girone, N., et al. Substance abuse associated with aggressive/violent behaviors in psychiatric outpatients and related psychotropic prescription. International Journal of Mental Health and Addiction. 2023; 21: 4071-84
9. Namsoot, J., & Nimnuan, C. Depression and violent behavior of schizophrenic patients and forensic schizophrenic patients at Galya Rajanagarindra Institute. Chula Medical Journal. 2016; 60(6): 641-53. (in Thai)
10. Chuanchanok, W., Bhatarasakoon, P., & Skulphan, S. Factors related to aggressive behavior of patients with schizophrenia at emergency psychiatric departments. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2022; 36(3): 81-97. (in Thai)

11. Micciolo, R., Bianconi, G., Canal, L., Clerici, M., Ferla, M. T., Giugni, C., et al. Young age and the risk of violent behaviour in people with severe mental disorders: Prospective, multicenter study. *BJPsych Open*. 2021; 8(1): e1.
12. Fonseca, F., Robles-Martínez, M., Tirado-Muñoz, J., Alías-Ferri, M., Mestre-Pintó, J. I., Coratu, A. M., et al. A gender perspective of addictive disorders. *Current Addiction Reports*. 2021. 8(1): 89-99. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00357-9>
13. Lekmeechai, S. Prevalence and associated factors of violence in psychiatric patients admitted as inpatients of Phaholpolpayuhasena Hospital. *Phaholpolpayuhasena Hospital Journal*. 2024; 12(2): 60-75. (in Thai)
14. Ding, J. B., & Hu, K. Cigarette smoking and schizophrenia: Etiology, clinical, pharmacological, and treatment implications. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2021, 7698030. <https://doi.org/10.1155/2021/7698030>
15. Lawn, S., & Pols, R. Nicotine withdrawal: Pathway to aggression and assault in the locked psychiatric ward? *Australasian Psychiatry*. 2003; 11(2): 199-203.
16. Soonue, P., Prapakornsakul, P., Pimon, P., & Phuttharod, P. Prevalence of substance use in psychiatric outpatient department, Trang hospital. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2022; 36(3): 71-80. (in Thai)

ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้าง : งานวิจัยเชิงสืบย้อน

สิริพร สรหงษ์* พย.บ.

อำนวยการ แก้วปานกัน** พย.บ.

ปวีณา เรือนกง*** พย.บ.

บทคัดย่อ:

การศึกษาวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสืบย้อนมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่ส่งผลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลด่านช้าง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 - 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 234 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกโภชนาการ มีความไวเท่ากับ 100% มีความจำเพาะเท่ากับ 93% มีความแม่นยำเท่ากับ 96% วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการโดยเฉลี่ยเท่ากับ 9.50 คะแนน (SD = 5.30) อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด คือ จำนวนโรคร่วม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .904, p < .01$) รองลงมาคือ ดัชนีมวลกาย มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = -.506, p < .01$) และระดับอัลบูมิน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = -.150, p = .023$) ขณะที่อายุและจำนวนวันนอนไม่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยจำนวนโรคร่วม ดัชนีมวลกาย และระดับอัลบูมิน สามารถร่วมกันอธิบายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุได้ร้อยละ 74.50 ($R^2 = .745, p = .000$) ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญและนำแบบบันทึกภาวะโภชนาการไปใช้ในการประเมิน เพื่อรู้ถึงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและสามารถนำผลการประเมินมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, การประเมินภาวะโภชนาการ, ผู้ป่วยสูงอายุ

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานหอผู้ป่วยในสามัญ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง,

E-mail: siripornsorahong@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานหอผู้ป่วยในสามัญ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

***พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานหอผู้ป่วยในสามัญ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่รับบทความ 7 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 6 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับบทความ 26 กุมภาพันธ์ 2568

Nutritional Status of Elderly Patients Admitted to Dan Chang Hospital: A Retrospective Study

Siriporn Sorahong B.N.S.*

*Amnuay Kaewpankun** B.N.S.*

*Paweena Ruenkong*** B.N.S.*

Abstract:

This retrospective study aimed to examine the nutritional status of elderly patients admitted to Dan Chang Hospital and the factors associated with it. The sample consisted of 234 elderly patients (aged 60 years and older) who were admitted to the general inpatient ward at Dan Chang Hospital between January 1 and December 31, 2023. The instrument used was a nutritional assessment form, with sensitivity, specificity, and accuracy of 100%, 93%, and 96%, respectively. Data were analyzed using descriptive and multiple regression statistics.

The results showed that the average nutritional status score was 9.50 (SD = 5.30), indicating a moderate risk level. Comorbidity, body mass index (BMI), and serum albumin level were significantly associated with nutritional status at the .05 level ($\beta = .904$, $p = .000$; $\beta = -.506$, $p = .000$; $\beta = -.150$, $p = .023$, respectively). Age and length of hospital stay were not significantly associated with nutritional status. Together, comorbidity, body mass index, and serum albumin level, accounted for 74.50% of the variance in nutritional status ($R^2 = .745$, $p = .000$). Therefore, nurses should prioritize the use of nutritional assessment tools to promptly evaluate patients' nutritional status and collaborate with a multidisciplinary team to develop appropriate care plans based on the assessment results.

Keywords: Nutritional status, Nutritional assessment, Elderly patients

**Corresponding author, Expert Professional Nurse, Head of General inpatient ward, Nursing Service Department, Danchang hospital,
E-mail: siripornsorahong@gmail.com*

***Expert professional nurse, General inpatient ward, Nursing Service Department, Danchang hospital*

****Practical professional nurse, General inpatient ward, Nursing Service Department, Danchang hospital*

Received November 7, 2024 Revised February 6, 2025 Accepted February 26, 2025

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ผิวหนังมีความเหี่ยวย่นและขาดความยืดหยุ่น ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะมวลกล้ามเนื้อของระบบทางเดินอาหาร การเคลื่อนไหว การย่อย การหลั่งและการดูดซึมในทางเดินอาหารลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการตามมา¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางจะเกิดภาวะทุพโภชนาการได้สูงกว่า² จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลร่วมกับมีภาวะทุพโภชนาการสูง จะมีอัตราตายสูงและระยะเวลาอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติหรือมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงน้อยกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อและการกลับมาโรงพยาบาลเพื่อรักษาซ้ำสูงขึ้น³

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่ระดับความเสี่ยงปานกลางถึงรุนแรง จากการศึกษาของปิยะวดี สุมาลัย⁴ พบว่า ภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมโดยรวมมีความเสี่ยงอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.00) และความเสี่ยงระดับสูง (ร้อยละ 29.30) โดยผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการสูงขึ้น ส่วนการศึกษาของ ภัทธพล คำสอนท่า และสุวดี โลวีรกรรม⁵ พบว่า ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร มีระดับทุพโภชนาการรุนแรง ร้อยละ 22.67 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 14.35 วัน และการศึกษาของ วาสนา พาวัน และคณะ⁶ พบว่า ผู้ป่วยที่รับย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.90) และมีความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 17.80) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับรายใหม่ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ การหายของแผลล่าช้ากว่าปกติ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีความเสี่ยงชีวิตตามมาได้⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี โดยเฉพาะวัยสูงอายุตอนปลาย (AOR 1.170, 95%CI 1.081-1.260, $p < .01$) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (AOR 1.191, 95%CI 1.059-1.034, $p = .003$) และระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ (OR adj. = 1.166, 95%CI= 1.019-1.334, $p = .026$) จะส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁸ ค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น โรคร่วมหลายโรคและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้ค่าดัชนีบาร์เรลเอดีแอลอยู่ในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁹ และพบว่า ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ serum albumin (2.5 ± 0.7 g/dl), hemoglobin (10.3 ± 1.7 g/dl), lymphocytes ($1.4 \pm 0.9 \times 10^9/L$), และ cholesterol (150 ± 35.9 mg/dl) มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁰

สำหรับโรงพยาบาลด่านช้าง เปิดให้บริการเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางอายุรกรรมและศัลยกรรม แต่ยังไม่เคยมีการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยสามัญชั้น 3 โรงพยาบาลด่านช้างนานเฉลี่ย 6.86 วัน ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านโภชนาการ ซึ่งทำให้เสียค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น โดยพบปัญหาเกี่ยวกับอายุ จำนวนโรคร่วม ค่าดัชนีมวลกาย และระดับอัลบูมินที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลด่านช้าง ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาภาวะโภชนาการ และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลด่านช้าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นแนวทางในการประเมินและป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และพัฒนาการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุ

คำถามการวิจัย

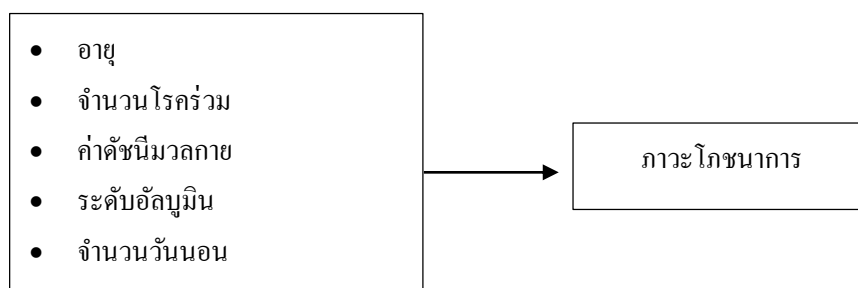
1. ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้าง อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลด่านช้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้าง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ อายุ⁸ จำนวนโรคร่วม⁹ ค่าดัชนีมวลกาย⁹ ระดับอัลบูมิน¹⁰ และระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล⁸ ดังนั้นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย อายุจำนวนโรคร่วม ค่าดัชนีมวลกาย ระดับอัลบูมิน และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลด่านช้าง สามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงสืบย้อน (Retrospective study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยต่าง ๆ โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 มีจำนวน 2,002 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลด่านช้าง ในปี 2566 ประกอบด้วย หอผู้ป่วยสามัญชั้น 3 หอผู้ป่วยสามัญชั้น 4 และหอผู้ป่วยพิเศษบรรเทา-แจมโส ผู้วิจัยใช้โปรแกรม n4Studies ซึ่งพัฒนาโดยหน่วยระบาดวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์¹¹ ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรชัดเจนคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 มีจำนวน 2,002 คน เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด่านช้าง ณ หอผู้ป่วยทั้งหมด 453 คน คิดเป็นสัดส่วน 0.22 ($p = 0.22$) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% ได้ขนาดตัวอย่าง 234 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าและออกจากงานวิจัย มีดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive criteria)

1. ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิง
2. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด่านช้าง ณ หอผู้ป่วยในสามัญชั้น 3 (ผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม) หอผู้ป่วยเด็กและสตรีชั้น 4 (ผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษหญิงเท่านั้น) และหอผู้ป่วยพิเศษบรรเทา-แจมโส (ผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria)

1. ผู้ป่วยที่นอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 วัน
2. ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบบันทึกโภชนาการของผู้ป่วย เป็นแบบคัดกรองทางโภชนาการอย่างง่ายสำหรับพยาบาล (Nutrition Alert Form: NAF) ที่พัฒนาโดยสุรัตน์ โคมินทร์ และคณะ¹² เป็นการคัดกรองโดยใช้ข้อมูลประวัติการรักษาในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเป็นหลัก แบบคัดกรองทางโภชนาการอย่างง่ายสำหรับพยาบาล (NAF) มีความไว (Sensitivity) เท่ากับ 100% มีความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 93% มีความแม่นยำ (Accuracy) เท่ากับ 96% ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญในการคัดกรองภาวะโภชนาการ 3 ด้าน คือ

1. ข้อมูลด้านสัดส่วนร่างกาย (Anthropometric data) ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รูปร่างของผู้ป่วย (ผอมมาก ผอม อ้วนมาก และปกติ-อ้วนปานกลาง) น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงใน 4 สัปดาห์ (ลดลง/ผอมลง เพิ่มขึ้น/อ้วนขึ้น คงเดิม และไม่ทราบ) กรณีไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้ข้อมูลด้านชีวเคมี (Biochemical data) คือ อัลบูมิน และ ปริมาณลิโพโปรตีนโดยรวมในการคำนวณแทน

2. ข้อมูลด้านอาหาร (Dietary data) อาหารที่รับประทานในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา (ลักษณะอาหาร และปริมาณที่รับประทาน) อาการต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการรับประทานและการนำอาหารไปใช้ในร่างกาย (ปัญหาการเคี้ยวหรือกลืน ปัญหาระบบทางเดินอาหาร และปัญหาาระหว่างรับประทานอาหาร) และความสามารถในการเข้าถึงอาหาร (นอนติดเตียง ต้องมีผู้ช่วยบ้าง นั่ง ๆ นอน ๆ และปกติ)

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย (Disease data) โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคตับเรื้อรัง มะเร็ง หัวใจล้มเหลว เรื้อรัง บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ข้อสะโพกหัก ปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผลไหม้ระดับ 2 ขึ้นไป อัมพาต ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดบวมขั้นรุนแรง กระดูกหักหลายตำแหน่ง มะเร็งเม็ดเลือด/ปลูกถ่ายไขกระดูก และผู้ป่วยวิกฤต

เกณฑ์การแปลผลการคัดกรองภาวะโภชนาการ คือ

0-5 คะแนน (NAF= A: normal-mild malnutrition) ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ โรงพยาบาลจะทำการคัดกรองภาวะโภชนาการซ้ำภายใน 7 วัน

6-10 คะแนน (NAF = B: moderate malnutrition) พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ ทำการประเมินภาวะโภชนาการต่อ และให้แพทย์ทำการดูแลรักษาภายใน 3 วัน

11 คะแนน (NAF = C: severe malnutrition) มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ ทำการประเมินภาวะโภชนาการต่อ และให้แพทย์ทำการดูแลรักษาภายใน 24 ชั่วโมง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 42/2567 COE No. 15/2567 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนในระบบการบันทึกทางเอกสาร การบันทึกทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลด่านช้าง และขออนุญาตใช้แบบคัดกรองทางโภชนาการอย่างง่ายสำหรับพยาบาล (NAF) ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกทั้งหมดมาวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อัลบูมิน ทำในการชั่งน้ำหนัก รูปร่างของผู้ป่วย น้ำหนักเปลี่ยนใน 4 สัปดาห์ ลักษณะอาหาร ปริมาณที่กิน ปัญหาการเคี้ยว/กลืนอาหาร ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร จำนวนโรคร่วม จำนวนวันนอน และภาวะโภชนาการ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลด่านช้าง โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.60) มีอายุเฉลี่ย 74.23 ปี (SD = 8.96) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่า มีช่วงอายุตั้งแต่ 61-70 ปี (ร้อยละ 40.10) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 71-80 ปี (ร้อยละ 30.80) และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 29.10) ตามลำดับ ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงปกติ-อ้วนปานกลาง (18.01-29.99 กิโลกรัม/เมตร²) (ร้อยละ 62.00) ระดับอัลบูมินอยู่ในช่วง 3.0-3.5 กรัม/เดซิลิตร และมากกว่า 3.5 กรัม/เดซิลิตร มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 11.10) รูปร่างของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปกติ-อ้วนปานกลาง (ร้อยละ 65.00) น้ำหนักเปลี่ยนแปลงภายใน 4 สัปดาห์มีน้ำหนักคงเดิม (ร้อยละ 45.80) ไม่ทราบ (ร้อยละ 39.70) และ ลดลง/พอมลง (ร้อยละ 9.80) ตามลำดับ ลักษณะอาหารที่รับประทานอ่อนนุ่มกว่าปกติ (ร้อยละ 49.60) อาหารเหมือนปกติ (ร้อยละ 46.60) และอาหารเหลว (ร้อยละ 3.40) ตามลำดับ ปริมาณที่รับประทานอาหารได้ปกติ (ร้อยละ 60.70) สามารถกลืนได้ปกติ (ร้อยละ 88.90) ไม่พบปัญหา (ร้อยละ 91.00) ความสามารถในการเข้าถึงอาหารได้ปกติ (ร้อยละ 84.20) กลุ่มตัวอย่างพบว่า มีจำนวนโรค 1 โรคมากที่สุด (ร้อยละ 40.60) รองลงมาคือ จำนวน 2 โรค (ร้อยละ 26.50) และจำนวน 3 โรค (ร้อยละ 15.80) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามชนิดของโรคพบว่า ความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 49.10) เบาหวาน (ร้อยละ 32.50) และโรคไตวายเรื้อรัง (ร้อยละ 15.40) ตามลำดับ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 9.40 วัน (SD = 7.16) และส่วนใหญ่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3-10 วัน (ร้อยละ 72.60) และเป็นผู้ป่วยอายุรกรรม (ร้อยละ 83.30) ค่าเฉลี่ยภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 9.50 คะแนน (SD = 5.30) ถือว่าอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามคุณลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 234)

คุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	130	55.60
หญิง	104	44.40
อายุ (Mean = 74.23, SD = 8.96) (ปี)		
61-70	94	40.10
71-80	72	30.80
> 80	68	29.10
ดัชนีมวลกาย (Mean = 21.19, SD = 5.12) (กิโลกรัม/เมตร ²)		
< 17.00	57	24.40
17.01-18.00	19	8.00
18.01-29.99	145	62.00
≥ 30.00	13	5.60

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามคุณลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 234) (ต่อ)

คุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อัลบูมิน (Mean = 3.28, SD =0.71) (กรัม/เดซิลิตร)		
≤ 2.5	12	5.10
2.6-2.9	12	5.10
3.0 -3.5	26	11.10
>3.5	26	11.10
ไม่มีผลตรวจ	158	67.60
ทำในการชั่งน้ำหนัก		
ทำนอน	175	74.80
ทำยืน	58	24.80
ไม่ได้ชั่ง (ข้อมูลจากญาติ)	1	0.40
รูปร่างของผู้ป่วย		
ผอมมาก	48	20.50
ผอม	20	8.50
อ้วนมาก	13	5.60
ปกติ-อ้วนปานกลาง	153	65.40
น้ำหนักเปลี่ยนใน 4 สัปดาห์		
ลดลง/ผอมลง	23	9.80
เพิ่มขึ้น/อ้วนขึ้น	11	4.70
ไม่ทราบ	93	39.70
คงเดิม	107	45.80
ลักษณะอาหาร		
อาหารน้ำๆ	1	0.40
อาหารเหลวๆ	8	3.40
อาหารนุ่มกว่าปกติ	116	49.60
อาหารเหมือนปกติ	109	46.60
ปริมาณที่กิน		
กินน้อยมาก	1	0.40
กินน้อยลง	83	35.50
กินมากขึ้น	8	3.40
กินเท่าปกติ	142	60.70
ปัญหาการเคี้ยว/กลืนอาหาร		
ลำบาก	1	0.40
เคี้ยว/กลืนลำบาก/ได้อาหารทางสาย	25	10.70
กลืนได้ปกติ	208	88.90

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามคุณลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 234) (ต่อ)

คุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาาระบบทางเดินอาหาร		
ท้องเสีย	1	0.40
ต้องมิผู้ช่วยบ้วน	16	6.80
นั่ง ๆ นอน ๆ	4	1.70
ปกติ	213	91.10
ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร		
นอนติดเตียง	7	3.00
ต้องมิผู้ช่วยบ้วน	27	11.50
นั่ง ๆ นอน ๆ	3	1.30
ปกติ	197	84.20
จำนวนโรคร่วม		
ไม่มี	26	11.10
1	95	40.60
2	62	26.50
3	37	15.80
4	10	4.30
5	3	1.30
6	1	0.40
จำนวนวันนอน (Mean = 9.40, SD = 7.16) (วัน)		
3-10	170	72.60
11-20	51	21.80
> 20	13	5.60
โรคที่เป็นอยู่ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
เบาหวาน	76	32.50
ไตเรื้อรัง	36	15.40
ตับเรื้อรัง	3	1.30
หัวใจล้มเหลว	11	4.70
ข้อสะโพกหัก	1	0.40
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	12	5.10
ติดเชื้อในกระแสเลือด	22	9.40
ความดันโลหิตสูง	115	49.10
ไขมันในเลือดสูง	25	10.70
เท้าที่	10	4.30

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามคุณลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 234) (ต่อ)

คุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
หอบหืด	2	0.90
วัณโรค	2	0.90
ภาวะสับสน	2	0.90
โรคหลอดเลือดหัวใจ	11	4.70
ปอดบวมขั้นรุนแรง	8	3.40
โรคมะเร็ง	15	6.40
อัมพาต	26	11.10
ภาวะโภชนาการ (Mean = 9.50, SD = 5.30) (คะแนน)		
0-5 ระดับ A	61	26.10
6-10 ระดับ B	84	35.90
≥ 11 ระดับ C	89	38.00

2. ปัจจัยที่ส่งผลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้างพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้างมากที่สุด คือ จำนวนโรคร่วมส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .904, p = .000$) รองลงมา คือ ดัชนีมวลกายส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = -.506, p = .000$) และระดับอัลบูมินส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = -.150, p = .023$) ขณะที่อายุและจำนวนวันนอนไม่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยจำนวนโรคร่วม ดัชนีมวลกาย และระดับอัลบูมิน อายุ สามารถร่วมกันอธิบายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุได้ร้อยละ 74.50 ($R^2 = .745, p = .000$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้าง (n = 234)

Predictors	Unstandardized		Standardized		t	p-value	95% CI		Collinearity	
	Coefficients		Coefficients						Statistics	
	B	SE	Beta				Lower	Upper	Tolerance	VIF
(Constant)	17.384	4.227			4.112	.000	8.946	25.822		
ดัชนีมวลกาย	-.605	.085	-.506		-7.093	.000	-.775	-.434	.748	1.338
ระดับอัลบูมิน	-1.242	.535	-.150		-2.320	.023	-2.311	-.173	.906	1.104
อายุ	.047	.042	.073		1.113	.270	-.037	.130	.875	1.143
จำนวนวันนอน	-.079	.070	-.073		-1.128	.263	-.219	.061	.908	1.102
จำนวนโรคร่วม	4.372	.329	.904		13.282	.000	3.715	5.029	.823	1.215
F (5,72) = 39.124, p = .000, R ² = .745, Adjusted R ² = .726, p = .000, Durbin-Watson = 2.054										

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้างพบว่า ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉลี่ยเท่ากับ 9.50 คะแนน (SD = 5.30) ถือว่าอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะวดี สุมาลัย⁴ ที่ได้ศึกษาผลการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ในสถาบัน บำราศรามาครพบว่า มีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 37.00 และมีภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรง ร้อยละ 29.30 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอวัยวะภายในขาดความยืดหยุ่น สูญเสียมวลกล้ามเนื้อของระบบอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงมวลกล้ามเนื้อของระบบทางเดินอาหารที่ลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง การหลั่งและการดูดซึมอาหารลดลง ทำให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสดังกล่าวได้ลดลง การหลั่งและการดูดซึมอาหารลดลง ทำให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสดังกล่าวได้ลดลง สอดคล้องกับตัวชี้วัดผลการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลด่านช้างซึ่งพบว่า อัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย 0.70, 0.75 และ 0.20 ตามลำดับ และยังพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับรายใหม่อย่างต่อเนื่อง (จากการเก็บสถิติการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลด่านช้างในปี 2564 - 2566) จากการเกิดพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยควรประเมินการรับประทานอาหารของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อจะได้มีการส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานโภชนาการ เพื่อจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป และแพทย์ทำการรักษาภายใน 3 วัน ดังนั้น การประเมินภาวะโภชนาการจึงจำเป็นอย่างยิ่งต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

2. ปัจจัยที่ส่งผลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลด่านช้าง ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด คือ จำนวนโรครวมทั้งนี้ เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคกระเพาะ โรคตับและไต โรคหัวใจวาย และโรคติดเชื้อต่าง ๆ เป็นต้น จึงมีข้อจำกัดด้านส่วนประกอบของอาหารและรสชาติของอาหารเพื่อควบคุมอาการและอาการแสดงของโรค เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการจำกัดปริมาณน้ำตาลในอาหาร ผู้ป่วยโรคหัวใจวายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการจำกัดปริมาณน้ำและเกลือในอาหาร เป็นต้น เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์ได้จำกัดส่วนประกอบของอาหาร จึงส่งผลความอยากอาหารของผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยมักปฏิเสธการรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mukundan et al.⁹ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการมีจำนวนโรคร่วม 5 โรคขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 60.40

ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุ กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีดัชนีมวลกายน้อยจะส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการมากขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีศูนย์กระตุ้นความอยากอาหารทำงานลดลง การมีเหงื่อกรน เหงือกอักเสบ เกิดฟันคลอนขณะเคี้ยวหรือกัดอาหาร มีฟันผุหรือฟันร่วงหลุด ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร ส่งผลร่างกายขาดโปรตีนและพลังงาน ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง และทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของอนุสรณ์ ทองใหญ่ และ

คณะ¹⁴ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.50 kg/m^2 มีโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยถึง 8.95 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เกี่ยวข้องกับการบริโภคโปรตีนไม่เพียงพอ ทำให้ขาดพลังงาน กรดอะมิโน และการสูญเสีย วิตามินดี นำไปสู่การลดลงของมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ¹⁵ ดังนั้นนักโภชนาการและพยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องของการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับช่วงวัยและโรคประจำตัวของผู้ป่วยสูงอายุ

ระดับอัลบูมิน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Reza et al.¹⁰ พบว่า ค่าอัลบูมินในเลือดต่ำจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการ อาจเกิดจากการรับประทานอาหารโปรตีนไม่เพียงพอ ซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพฟันของผู้สูงอายุ และความอยากอาหารลดลง หรืออาจเกิดจากการอักเสบในร่างกาย ตามทฤษฎีเมตาบอลิซึมของอัลบูมินเป็นขบวนการที่เกิดขึ้นภายในเซลล์เริ่มจาก กรดอะมิโน ที่ดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดถูกทำลายเข้าสู่ตับและถูกเปลี่ยนแปลงโดยเซลล์ตับให้เป็นโปรตีนอัลบูมิน หลังจากนั้นโปรตีนอัลบูมินจะถูกส่งสู่พลาสมา โดยโปรตีนอัลบูมินมีร้อยละ 60 ของปริมาณโปรตีนที่มีทั้งหมดในพลาสมา ซึ่งเป็นโปรตีนที่มีปริมาณมากที่สุด และสำคัญมากในผู้สูงอายุ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการของร่างกายในระยะยาว โดยมีหน้าที่ในการรักษาแรงดัน ออสโมติกของเลือด ช่วยลำเลียงสารเคมีในกระแสเลือด เช่น กรดไขมัน ฮอร์โมนต่างๆ วิตามิน และยาต่างๆ และสุดท้ายคือการทำหน้าที่ บัฟเฟอร์ สามารถลดความเป็นกรดในเลือดได้ เมื่อการสังเคราะห์โปรตีนของเซลล์ตับมีความบกพร่องระดับของโปรตีนอัลบูมินจะลดลงอาจทำให้เกิดอาการบวม น้ำ เนื่องจากแรงดันออสโมติกที่เกิดขึ้นจากโปรตีนในเลือดลดลงเป็นผลให้น้ำในพลาสมา (น้ำในเลือด) ซึมออกนอกหลอดเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อระหว่างเซลล์¹⁴ ดังนั้นนักโภชนาการและพยาบาลควรแนะนำประเภทของอาหารที่มีโปรตีนสูงที่ได้จากสัตว์ หรือพืชเช่น หมู ไก่ ปลา ถั่วชนิดต่างๆ ทำให้ผู้ที่มีหน้าที่ในการจัดเตรียมอาหารมีตัวเลือกมากขึ้นในการประกอบอาหารให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ

อายุ ไม่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่สำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง เป็นต้น จึงได้แนวทางการรักษาที่คล้ายคลึงกัน รวมถึงมีข้อจำกัดในการได้รับอาหารในโรงพยาบาลเหมือนกัน ส่งผลให้ภาวะโภชนาการไม่แตกต่างกันตามอายุของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้แล้ว จำนวนวันนอนไม่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับอาหารตามแผนการรักษา หรือให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างทันทั่วทั้งที่ หากไม่มีข้อห้าม อีกทั้งจำนวนวันนอนยังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคผู้ป่วย สำหรับโรงพยาบาลด่านช้างมีวันนอนเฉลี่ย 9.40 วัน ผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับงานวิจัยที่ผ่านมาของสมัญญา ชันรักษา⁷ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีจำนวนวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักตัวลดลง ปริมาณกล้ามเนื้อลดลงและไขมันลดลงส่งผลให้ความเสี่ยงสูงต่อการเกิด ภาวะทุพโภชนาการในระดับรุนแรงได้ จะเห็นว่า จากการศึกษาครั้งนี้ อายุไม่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่มีวันนอนเฉลี่ยน้อย

กว่า 7 วัน ถ้าหากผู้วิจัยอื่นมีความสนใจนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุในช่วงที่แตกต่างกันและมีจำนวนวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน อาจทำให้ผลวิจัยแตกต่างกันออกไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำแบบบันทึกโภชนาการ ไปใช้กับผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผลการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยต่าง ๆ และทราบถึงระดับความรุนแรงของภาวะโภชนาการในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป รวมถึงขยายผลไปถึงผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรมต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่มีวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่า 7 วัน การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีทุกช่วงอายุ เช่น วัยเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2) ควรพัฒนาแบบบันทึกโภชนาการโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อนำมาใช้ร่วมกับสาขาวิชาชีพและประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์เล็ก น้าประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้าง ที่ให้การสนับสนุนโครงการพัฒนาทักษะการนำเสนอผลงานทางวิชาการให้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลด่านช้าง และ ดร.ทิปทัศน์ ชินดาปัญญากุล พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Krishnamoorthy Y, Vijayageetha M, Saya GK. Validation and reliability assessment of the Mini-Nutritional Assessment-Short Form Questionnaire among older adults in South India. Indian J Community Med. 2021; 46(1): 70-4.
3. Bunchuailua W, Kapol N, Janweeranon K. Malnutrition and its impacts in hospitalized patients: A systematic review. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2019; 12(2): 287-304. (in Thai)

4. Sumalai P. The results of nutritional assessment of patients in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal. 2019; 4(2): 57-67. (in Thai)
5. Khamsona P, Lowirakorn L. Nutritional status in surgical patients, Naresuan University Hospital. KKU Journal for Public Health Research. 2021; 14(4): 49-61. (in Thai)
6. Lavin W, Yooyadmak P, Raphassa P. The nutritional status and association of new pressure ulcer in patients who transfer from in-patient ward to intensive care unit (ICU). Journal of Nursing Science & Health. 2020; 43(3): 161-71. (in Thai)
7. Changyai K. Continuous nutritional care practice in critically ill patients. Journal of Nursing and Health Care. 2018; 36(4): 25-32. (in Thai)
8. Khanruga S, Leethong-in M, Pisprasert V. Risk factors for malnutrition among hospitalized older adults in Srinagarind Hospital, Khon Kean University. National and International Graduate Research Conference; 2017. (in Thai)
9. Mukundan M, Dhar M, Saxena V, Panda PK, Bhat NK. Nutritional assessment in hospitalized elderly patients, its sociodemographic determinants and co-relation with activities of daily life. J Family Med Prim Care. 2022;11(9): 5082-86. doi:10.4103/jfmpe.jfmpe_1480_21
10. Al Reza M. S, Rahim M. A, Khatun M. Z, Biswas V, Akter N, Abedin M. Z, Bari L. Malnutrition and influencing factors in aged patients: A hospital based cross-sectional study. Curr Res Nutr Food Sci. 2021; 9(3). 783-790. <http://dx.doi.org/10.12944/CRNFSJ.9.3.06>
11. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.3. App store; 2024.
12. Komindrg, Tangsermwong, Janepanish. Simplified malnutrition tool for Thai patients. Asia Pac J Clin Nutr. 2013; 22(4): 516-21.
13. Panutat S, Chuto C, Nuntawan C, Pumsrisawat A, Pruksacheva T. Caring for the elderly with malnutrition. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences. 2017; 1(1): 1-15. (in Thai)
14. Tongyai A, Sutthiruk J, & Wittayapun Y. Association of nutritional assessment in cancer patients receiving radiotherapy. Journal of the Department of Medical Services. 2017; 42(5): 101-8. (in Thai)
15. Whaikid K, Piase N. Food and nutrition for sustainable management of sarcopenia in older adults. Thai Journal of Nursing Council. 2024; 39(3): 455-72. (in Thai)

ผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์

นิตยา แสงสะเดา* พย.บ.

วรรณภา สุระพร ** พย.บ.

เกษิณี พิมพ์นิตย์ ** พย.บ

บทคัดย่อ:

การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียวเพื่อเปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามทฤษฎีการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลนิก แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูงผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา การทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .85 และใช้สถิติวิเคราะห์ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนการทดลองในระดับมาก ($\bar{x} = 3.68$, $SD = 0.62$) คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.22$, $SD = 0.45$) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองของกลุ่มเป้าหมายพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.89$, $p \text{ value} < .01$) ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาสะท้อนการจัดการตนเองจากการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจนั้นเพิ่มมากขึ้น ควรสนับสนุนให้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: การให้คำแนะนำแบบสั้น, การจัดการตนเอง, ความดันโลหิตสูง

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่

จ.กาฬสินธุ์, E-mail: Psangsadoh@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จ.กาฬสินธุ์

วันที่รับบทความ 7 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 19 มีนาคม 2568 วันตอบรับบทความ 28 มีนาคม 2568

The Effect of Brief Counseling on Self-Management Among Hypertensive Patients at Ban Nong Waeng Yai Health Promoting Hospital, Kalasin Province

Nitaya Sangsadoh RN*

*Wannapa Suraporn** RN*

*Kesine Pimpanit** RN*

Abstract:

This quasi-experimental one-group pretest-posttest study aimed to compare the self-management of hypertensive patients before and after receiving a brief counseling program. The participants were 45 hypertensive patients who received services between October and December 2024. They were purposively selected based on inclusion criteria. The research instruments included a brief counseling program based on Miller and Rollnick's Motivational Interviewing (MI), and a self-management behavior assessment form for hypertension adapted from Creer's conceptual framework. Content validity was confirmed by experts. The instrument's reliability, tested using Cronbach's alpha, was .85. Data were analyzed using paired t-test statistics.

The results showed that the mean self-management score before the intervention was at a high level ($\bar{X} = 3.68$, $SD = 0.62$), and after the intervention, the score increased to a very high level ($\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.45$). A comparison of the mean scores showed a statistically significant difference ($t = -4.89$, $p < .01$). Since the study indicated that motivational interviewing effectively enhanced self-management, it is recommended that counseling should be promoted for further use in the care of hypertensive patients.

Keywords: Brief counseling, Self-management, Hypertension

**Corresponding author, Registered Nurse, Professional Level Ban Nong Waeng Yai Health Promoting Hospital, Kalasin Province,
E-mail: Psangsadoh@gmail.com*

***Registered Nurse, Professional Level Ban Nong Waeng Yai Health Promoting Hospital, Kalasin Province*

Received January 7, 2025 Revised March 19, 2025 Accepted March 28, 2025

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายและปัญหาด้านสุขภาพอื่น ๆ¹ องค์การอนามัยโลกรายงานจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าระหว่างปีพ.ศ. 2533 และ 2562 จาก 650 ล้านราย เป็น 1,300 ล้านราย มากกว่าสามในสี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง² โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ พันธุกรรม ภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือสูง และการดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป³ สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ทั้งนี้ หากได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต พร้อมติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น และจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้เป็นอย่างดี⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาสาธารณสุขชุมชนส่วนใหญ่ เกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เหมาะสม ไม่สามารถเข้าถึงคำปรึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการลองผิดลองถูก⁵ จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer⁶ นั้นพบว่า ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนได้ และต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง⁶ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม

จากการรวบรวมสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จำนวน 168 ราย 182 และ 185 รายตามลำดับ⁷ สาเหตุมาจากการพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติไม่เหมาะสม การควบคุมความดันโลหิตสูงทำได้โดย การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ร่วมกับการรักษาด้วยยา จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการพบว่าร้อยละ 65 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้น ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เช่น การลดน้ำหนัก รับประทานอาหารที่มีเกลือน้อย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การงดบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ลดความเครียดสะสม⁷ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจึงจะต้องมีเป้าหมายและแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยและทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคลในคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก ส่งผลในด้านดีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อปฏิบัติมากกว่า 1 ครั้ง⁹

ในปี 2565 นายแพทย์เทิดศักดิ์ เดชคง ได้ศึกษาเรื่องการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ในการลดค่าซิสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ โดยวัดผลก่อนและหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในจังหวัดชลบุรี สุรินทร์ ศรีสะเกษ พัทลุงและสงขลา ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.80 - 91.21 มีค่าซิสโตลิกลดลง โดยการควบคุมค่าซิสโตลิกพบว่า ร้อยละ 76.11, 78.13 และ 79.28 มีค่าที่ลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ ภายหลังจากจบโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ¹⁰

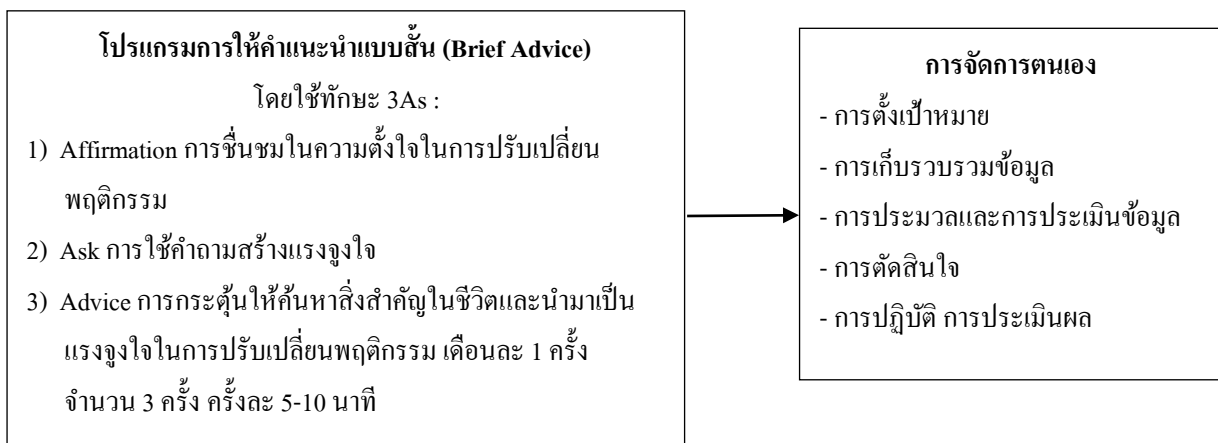
จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตตามมา จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนของระบบบริการสุขภาพที่ต้อง สร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเหล่านั้น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่การศึกษาโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก หรือในคลินิกความดันโลหิตสูง ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตในชุมชนยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการใช้ทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์และโรลนิก เพื่อเป็นแนวทางในการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง เน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจโดยไม่เกิดความลังเล¹¹ โดยมีองค์ประกอบหลักของการสนทนา 3 ขั้นตอนย่อย (Semi Structure) คือ 1) Engagement คือการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบำบัดผู้บำบัดหรือผู้ป่วย 2) Fight Out & Strengthen คือการค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น 3) Advice With Menu คือ การให้ข้อมูลแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเป็นเป้าหมายของผู้ป่วย¹² โดย นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง¹⁰ ได้นำมาปรับรูปแบบการสนทนาเป็นให้เป็นโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) หรือที่เรียกย่อๆ ว่า BA ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไข โดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการ ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต และนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁰

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงสนใจจะศึกษาเรื่องผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (One group pre and post - test design) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการรับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่และขึ้นทะเบียนจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ.2567 ระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2567 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบคัดเข้าตามคุณสมบัติ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูงและโรคร่วม ที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท 2) มีอายุ 35-79 ปี 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วน มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วม มีอาการของระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า power of the test = 0.95, $\alpha = 0.05$ และใช้ค่า Effect size ที่มีผลกระทบปานกลางของ Cohen เท่ากับ 0.5¹³ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 ราย เพื่อป้องกันของสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำการศึกษาจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 ราย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัส KS-EC11-No.40/2567 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักประโยชน์เสมอภาค และเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยที่ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม การให้การยินยอมโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์และโรลนิก¹¹ เป็นกรอบแนวคิด มีองค์ประกอบหลักของการสนทนา 3 ขั้นตอนย่อย (Semi structure) คือ

1) Engagement คือ การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

2) Fight out and strengthen คือ การค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น

3) Advice with menu คือ การให้ข้อมูลแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเป้าหมายของผู้ป่วย รูปแบบการสนทนาเป็นการให้คำแนะนำแบบสั้น ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไป และรับทราบแนวทางการแก้ไขโดยใช้ทักษะ 3As คือ

(1) Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่ดี

(2) Ask การใช้คำถามกระตุ้น หรือสร้างแรงจูงใจ และ

(3) Advice การให้คำแนะนำโดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตและนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการ ควบคุมความดันโลหิตโดยการจัดการตนเอง ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้ป่วยจะมีคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง คำพูดเหล่านี้เป็น

สัญญาณที่จะบอกผู้วิจัยว่าได้บรรลุเป้าหมายเบื้องต้นแล้ว ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้นจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาทีทุก 1 เดือน เมื่อมาตรวจตามนัด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด

2) แบบประเมินพฤติกรรมในการจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์จากแนวคิดของแนวคิดของ Creer⁷ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย 10 ข้อ การเก็บรวบรวมข้อมูล 7 ข้อ การประมวลและการประเมินข้อมูล 4 ข้อ การตัดสินใจ 10 ข้อ การปฏิบัติ 10 ข้อ การประเมินผล 11 ข้อ รวม 52 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบเองเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีการแปลผลค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.21-5.00) มาก (3.41-4.20) ปานกลาง (2.61-3.40) น้อย (1.81-2.60) น้อยที่สุด (1.00-1.80) ค่าความเที่ยงตรง IOC เท่ากับ .94

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) โดยนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริงในทุกขั้นตอน

การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของณัฐธิดา กันสาตร์¹² นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นที่ .85

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงการทำงานวิจัย ขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงแนะนำโครงการวิจัย อธิบายรายละเอียดของการวิจัย และขออนุญาตให้ลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองทุกครั้ง เพื่อจัดกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการนัดหมายก่อนวันเข้ารับบริการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นจึงเริ่มต้นสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁷ ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและการประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ และ 6) การประเมินผล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนความรู้ได้อย่างสม่ำเสมอ

ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสนทนาสร้างแรงจูงใจ ตามโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที

ครั้งที่ 3 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อสนทนาสร้างแรงจูงใจ ตามโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ใช้เวลา 5 ถึง 10 นาที หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยข้อมูลผ่านตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบค่าที โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้มาจากการสุ่ม ข้อมูลที่ได้อยู่ในระดับช่วงมาตรา (Interval scale) มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ และไม่ทราบความแปรปรวนของข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีจำนวน 45 คน ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 31 คน (ร้อยละ 68.88) เพศหญิงจำนวน 33 คน (ร้อยละ 73.33) เพศชายจำนวน 12 คน (ร้อยละ 26.67) มีสถานะภาพสมรสคู่ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 68.88) ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 31 คน (ร้อยละ 68.88) มีรายได้ของครัวเรือน น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน จำนวน 39 คน (ร้อยละ 86.66) น้ำหนักตัวมากกว่า 60 กิโลกรัม จำนวน 23 คน (ร้อยละ 51.11) มีค่าความดันโลหิตสูงกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 40 คน (ร้อยละ 88.89) ส่วนมากเป็นความดันโลหิตมาแล้วไม่เกิน 10 ปี จำนวน 37 คน (ร้อยละ 82.22)

2. การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการจัดการตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ดังนี้

ก่อนการได้รับโปรแกรม พบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.68$, $SD = .62$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการ

ผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์

จัดการตนเองด้านการตั้งเป้าหมายอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ ($\bar{X} = 3.91$, $SD = .80$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ($\bar{X} = 3.30$, $SD = .81$)

หลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.22$, $SD = .45$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ ($\bar{X} = 4.45$, $SD = .46$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการประเมินและการประมวลข้อมูลอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นๆ ($\bar{X} = 3.98$, $SD = .55$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองรายด้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น

การจัดการตนเอง	ก่อนทดลอง		แปลผล	หลังทดลอง		แปลผล
	Mean	SD		Mean	SD	
1. การตั้งเป้าหมาย	3.91	.80	มาก	4.43	.44	มากที่สุด
2. การรวบรวมข้อมูล	3.30	.81	ปานกลาง	4.03	.48	มาก
3. การประมวลและการประเมินข้อมูล	3.33	.85	ปานกลาง	3.98	.55	มาก
4. การตัดสินใจ	3.99	.74	มาก	4.45	.46	มากที่สุด
5. การปฏิบัติ	3.79	.58	มาก	4.31	.36	มากที่สุด
6. การประเมินผล	3.79	.58	มาก	4.16	.26	มาก

เปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงใหญ่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยใช้สถิติ Paired t -test ได้ทำการทดสอบสถิติโดยใช้ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบการแจกแจงว่ามีค่าปกติ ได้ค่า p-value = .98

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นแตกต่างกัน (คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 3.68$ $SD = .62$ และหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.22$ $SD = .45$) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 45)

การจัดการตนเอง	Mean	SD	t	df	P value
ก่อนการทดลอง	3.68	.62	-4.89	44	.01*
หลังการทดลอง	4.22	.45			

อภิปรายผลการวิจัย

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ พนารัตน์ เจนจบ และคณะ¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชนบทมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือนุเคราะห์สาธารณสุขน้อยกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ การศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ปัจจัยเสริมด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม ที่แตกต่างกันจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งการจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสร้างให้ผู้ป่วยเข้าใจการควบคุมโรคที่เป็นอยู่ การประเมินความผิดปกติของร่างกาย ตลอดจนสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม เช่น การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ดังนั้น จึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองไม่ดีเท่าที่ควร สะท้อนจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานสูงถึงร้อยละ 51 นับเป็นตัวบ่งชี้ถึงการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม มีภูมิสำเนาในจังหวัดกาฬสินธุ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย มีสินค้าที่ส่งขายและมีชื่อเสียงคือ น้ำปลาร้าปรุงสำเร็จรูป อาหารพื้นบ้านส่วนใหญ่มีรสเค็ม มีปริมาณโซเดียมที่สูง เช่น ส้มตำ ของหมักดอง มีลักษณะส่วนประกอบที่น้อยและเรียบง่าย ส่วนใหญ่จึงเติมผงชูรสลงไปในอาหารในปริมาณมากเพื่อเพิ่มรสชาติ จึงส่งผลให้ความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีรายได้น้อย คือมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 86.60 จากการศึกษาของอรกนก ปัญญาเลิศ และสายพิน ปั่นทอง¹⁵ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทจะตัดสินใจซื้ออาหารปรุงสุกแทนการประกอบอาหารด้วยตนเอง จึงเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกซื้ออาหารปรุงสุกที่แบ่งขายเพราะราคาประหยัดกว่าการประกอบอาหารเอง จึงส่งผลให้การจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นไปได้ยาก ถึงแม้จะมีเป้าหมายที่อยากจะปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการตั้งเป้าหมายอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่น ๆ ($\bar{X} = 3.91$, $SD = .80$) นอกจากนี้ขั้นตอนการให้บริการในสถานบริการสุขภาพจะมีผู้มารับบริการจำนวนมากและเร่งรีบ จึงทำให้ได้รับข้อมูลตลอดจนการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องน้อยลง ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 68.9 จากการศึกษาของสิรินทร พิบูลภานุวัธน์¹⁶ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เสี่ยงอย่างสูงต่อการขาดความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การบันทึกข้อมูลจึงไม่เพียงพอ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ($\bar{X} = 3.30$, $SD = .81$)

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.22$, $SD = .45$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าคะแนนสูงกว่าด้านอื่น ๆ ($\bar{X} = 4.45$ $SD = .46$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการประมวลผลข้อมูลอยู่ในระดับมากและมีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ($\bar{X} = 3.98$, $SD = .55$) จะเห็นได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ($t = -4.89$, $p < .001$) เป็นไปตามทฤษฎีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทางเน้นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจโดยไม่เกิดความลังเล ผ่านทางโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น 3 ครั้ง ในแต่ละครั้ง เน้นการใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation การชื่นชมเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) Ask การใช้คำถามเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจให้ค้นหา สิ่งสำคัญในชีวิต โดยพบว่า สิ่งสำคัญในชีวิตหรือแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ไม่อยากมีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่อยากเป็นภาระกับบุตรหลาน อยากอยู่กับคนที่รักไปนาน ๆ และอยากอยู่เพื่อแบ่งเบางานแก่ลูก เช่น ต้องดูแลหลาน ต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดแรงจูงใจ และ 3) Advice ทักษะการให้คำแนะนำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิต มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมความดันโลหิต เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง ลดการรับประทานอาหารเค็ม ควบคุมปริมาณอาหาร ติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน และเพิ่มการออกกำลังกายมากขึ้น จึงส่งผลให้ค่าคะแนนการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย เขียวจำว่ ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทำการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 42 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น 2) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 ข้อ 6 ด้าน การทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นโดยใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation 2) Ask 3) Advice จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที ทุก 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ t-test ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.24$, $SD = .32$) และหลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.45$, $SD = .32$) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับจารุณี

ปลายยอด และชีวรัตน์ ต่ายเกิด¹⁷ ที่พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและผู้ป่วยโรคเอดส์ในการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง^{18,19,20} ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงต้องค้นหาแรงจูงใจของผู้ป่วยเนื่องจากเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ควรสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานนำไปใช้ โดยการฝึกอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มารับบริการสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวมากเกินไปเกินมาตรฐาน ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงเท่านั้น ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีคลินิกเฉพาะด้านและพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น
- 3) ควรจัดให้มีห้องรับคำปรึกษาเพื่อเพิ่มความเป็นส่วนตัว ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะช่วยให้การให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 4) โปรแกรมนี้ใช้เวลาน้อยและสามารถปรับให้สอดคล้องไปกับระยะเวลาการนัดของผู้ป่วยในภาวะปกติ จึงสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ต้องการปรับพฤติกรรมได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การรวบรวมข้อมูลและการประมวลผลข้อมูลเป็นการจัดการตนเองที่มีค่าคะแนนต่ำสุดไม่ว่าจะเป็นก่อนหรือหลังได้รับโปรแกรมดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มมากขึ้น หรือ พัฒนาโปรแกรมการเพิ่มทักษะการรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The Department of Disease Control recommends that people pay attention to their health, measure their blood pressure regularly, and prevent high blood pressure. 2022. [cited 2024 October 16]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc&news_views=388 (in Thai)
2. World Health Organization (WHO). The World Health Organization presents for the first time a report on the devastating effects of high blood pressure and how to stop it, 2023. [cited 2024 October 16]. Available from: <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
3. CIMjournal Editorial Team. A large population has untreated hypertension. CIMjournal. [cited 2025 Jun 30]. Available from: <https://cimjournal.com/special-articles/people-untreated-hypertension/>
4. Digital Government Development Agency (Public Organization) (SPR.). Communicable diseases, 2020. [cited 2024 October 16]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
5. Creer LT. Self-management to chronic illness. Handbook of self-regulation. 2000. Academic.
6. Kulbuddee K, Prasanphimp S, Prasanphimp W, Hemchalad P, Piawan P, Wongtham P, SonjohnKhokSung P, & Puangsri R. Effects of a therapy program based on family and community involvement of substance and drug abuse patients without co-morbid psychosis in the district of Sawang Weerawong UbonRatchathani Province. HPC 10 Journal. 2023; 11(2): 17-29. (in Thai)
7. Subdistrict Health Promoting Hospital Ban Nongwangyai, Kalasin province. Report on data of patients with hypertension annual year 2021 - 2023. (in Thai)
8. Xu J, Gu X, Gu J, Zhao L, Li M, & C. Motivational interviewing intervention for the management of hypertension: a meta-analysis. Frontiers in Cardiovascular Medicine 11-2024. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1457039>
9. Keawkam O. The Effects of brief counseling on self-management of the uncontrolled hypertensive patients in Nakhon Phanom hospital. Journal of Nursing and Health Sciences Nakhon Phanom University. 2024; 2(1): e2099. (in Thai)

10. Detkong T. Motivational interviewing for health behavior change. Beyond Publishing company limited. 2022. (in Thai)
11. Miller W, & Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd New York: Guilford Press; 2013.
12. Kansat N. Self-management among people with uncontrolled hypertension, Nakhonsawan Province. Naresuan University; 2015. (in Thai)
13. Jayathavaj V. Effect size and power of a test in sample size determination for clinical research. 2018; 4(1): 67-75. (in Thai)
14. Chenchob P, Choopun K, Polsingchan S, Ekthamasut N, Theinkaw S, & Rasiri S. Factors affecting self-care behaviors people in rural Thai community: An experience from lower northern Thailand. Journal of Nursing and Health Science Research. 2023; 15(2): e266295. (in Thai)
15. Panyaloed O, & Panthong S. Marketing Factors influencing decision making on choosing restaurants with food cooked to order in Lat Krabang Industrial Estate. NEU Academic and Research Journal. 2022; 15(3): 174-191. (in Thai)
16. Bhibulbhanuvat S, Dounghummes N, & Sasiwongsaroj K. Elderly use of risk-free media: Creating media literate elderly health communicators. 2020; 15(3): 174-191. (in Thai)
17. Plaiyod J, & Taikerd C. Effects of a brief advice behavioral intervention program on blood pressure control on patients with essential hypertension at Inburi Hospital. Singburi Hospital Journal. 2022; 30(3): 64-75. (in Thai)
18. Mongkholrangsai C. Effectiveness of motivational interview program for behavior modification in type 2 diabetes patients with uncontrolled blood glucose at Sapandum Community Health Center, SawanPracharak hospital. Primary Health Care Journal (Northern Edition). 2024; 34(2): 34-45. (in Thai)
19. Nanthachan N, Kasatpibal N, & Viseskul N. Effect of information provision, motivation, and skill development on antiretroviral adherence among youths living with HIV. Nursing Journal CMU. 2015; 24(3): 72-83. (in Thai)
20. Chamsai M & Rasiri T. Effects of a motivational interviewing program on self-care behaviors and blood pressure level among patients with uncontrolled hypertension in the Tha Thong Health Promoting hospital, mueang district, Phitsanulok Province. The Journal of Boromarjonnani College of Nursing, Suphanburi. 2023; 6(1): 58-69. (in Thai)

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