



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

ISSN 1906-1773
ISSN xxxx-xxxx (Online)

วารสารการพยาบาล และการศึกษา Journal of Nursing and Education

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มีนาคม 2565)



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

JNAE



ลิงค์วารสาร - <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE>



วารสารการพยาบาลและการศึกษา
Journal of Nursing Education

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2565

วัตถุประสงค์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ การศึกษาพยาบาล และสุขภาพ
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการของพยาบาล อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ
3. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรทางสุขภาพทั่วประเทศ

เจ้าของ

สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนนิตยวานนท์ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

E-mail: nursing2551@gmail.com

วารสารการพยาบาลและการศึกษา

Journal of Nursing Education

คณะที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
ศาสตราจารย์ พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว
ดร.เบญจพร รัชตารมย์

สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี

ฝ่ายผู้จัดการ

อาจารย์ประจักษ์ จันทรวิน
อาจารย์ปฐมมาศ โชติบัณฑิต
นางสาวกมลวรรณ จันทร์เพศ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ
รองศาสตราจารย์ ดร.วัน เดชพิชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.สุลิต ทองวิเชียร
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ
รองศาสตราจารย์ ดร.กัณตพร ยอดไชย
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธ
รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาตา รัตนภิญโญ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวั
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาณจน์ คงสุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมลวรรณ วีระธรรมโม
อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ
อาจารย์ ดร.กัลลัณรงค์ วงศ์พิทักษ์
อาจารย์ ดร.ศุภกิจ เจริญสุข
อาจารย์ ดร.อมวาสี อัมพันศิริรัตน์
อาจารย์ ดร.ชุติมา เพ็งใหญ่
อาจารย์ ดร.ยุศพล เหลืองโสมสภา
อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร
อาจารย์ ดร.นภษา สิงห์วีระธรรม
อาจารย์ ดร.คาราวรรณ ร่องเมือง

มหาวิทยาลัยคริสเตียน
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
มหาวิทยาลัยทักษิณ
ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ
สาธารณสุข กาญจนบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี

กำหนดออก

ปีละ 4 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม
ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน
ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน
ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม

เจ้าของ

สถาบันพระบรมราชชนก

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและการศึกษา ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือกองบรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย



บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน

วารสารการพยาบาลและการศึกษา ภายใต้หน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานอีกครั้งโดยมีการปรับเปลี่ยนบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ รูปแบบของวารสาร ตลอดจนกระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดคุณภาพของวารสารมากขึ้น สามารถรองรับความต้องการในการตีพิมพ์จากบทความที่มีคุณภาพ

วารสารฉบับนี้ประกอบด้วย บทความวิจัย จำนวน 7 เรื่อง โดยมาจากผู้นิพนธ์หลากหลายหน่วยงาน ทั้งในและนอกสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้คุณภาพทั้งในแง่ขององค์ความรู้ใหม่ ระเบียบวิธีการวิจัย ตลอดจนความเข้มข้นของเนื้อหาเพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการศึกษา



สารบัญ

บทความวิจัย :

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษา ระดับปริญญาตรีในจังหวัด
ขอนแก่น.....1

Safe Sex Health Literacy among Undergraduate Students in Khon Kaen Province

ประภัสสรา พิศวงปราการ, ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล, อรสา กองตาล

Prapassara Pissawongprakan, Lukawee Piyabanditku, Orasa Kongtaln

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่ม
เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....15

The Effectiveness of a Community Involvement Program on Health Promoting Behaviors among People at Risk of Non-Communicable Diseases

วิภาพร ลิทธิสาตร์, จันทิมา นวะมะวัฒน์, อัญชลี รุ่งฉาย, สมภารณ์ เทียนขาว, เปี่ยมศักดิ์ พึ่งโพธิ์,
นพรัตน์ เพชรกลอง

Vipaporn Sittisart, Juntima Nawamawat, Anchalee RungChay, Samaphorn

Theinkaw, Piamsak Phungpho, Noppharat Phetklong

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น.....27

Factors Associated with Pregnant Adolescents' Intention to Use a Postpartum Contraceptive Implant

เด่นละออง นาเสงี่ยม, กชพร สิงห์หล้า

Denlaong Na-Sangiem, Kochaporn Singhala

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....45

Factors Associated with Self-Care Behaviors of Patients with Non-Communicable Diseases

อุไรวรรณ สาสังข์, สุนันทา ครองยุทธ, ยมนา ชนะนิล

Uraiwan Sasang, Sununta Krongyuth, Yommana Chananin



สารบัญ (ต่อ)

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี.....	59
--	----

Factors Predicting Quality of Life among Patients with Post-Percutaneous Coronary Intervention in Chonburi Province

ธิวรรณ พุทธาสมศรี, ยุวดี ลีลัคณาวิระ, วรรณรัตน์ ลาวัง

Tiwan Puttasomsri, Yuwadee Leelukkanaveera, Wannarat Lawang

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก.....	76
--	----

The Relationship between Smartphone Addiction Behaviors and Mental Health Problems among Nursing Students at Praboromarajchanok Institute

ดวงดาว อุบลแย้ม, นุสรรา นามเดช, นงคาร รังแดง

Daungdao Ubolyaem, Nusara Namdej, Nongkarn Rangdang

ความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ.....	95
---	----

Correlation Between Neck Circumference and Risk of Hypertension and Diabetes among Adults and Older Adults

จีรภา กาญจนโกเมศ, เสาวพฤกษ์ ช่วยยก, นวลนิตย์ ไชยเพชร, อัญชลี นาคเพชร

Jeerapa Karnchanakomate, Saowapruet Chuayyok, Nuannit Chaipet, Anchalee Nakpet

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษา ระดับปริญญาตรีในจังหวัดขอนแก่น Safe Sex Health Literacy among Undergraduate Students in Khon Kaen Province

ประภัสสร พิศวงปราการ^{1*}, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล² และ อรสา กงตาล²

Prapassara Pissawongprakan^{1*}, Lukawee Piyabanditku² and Orasa Kongtaln²

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น^{1*},
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น²

Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University^{1*}, Faculty of Nursing, Khon Kaen University²

(Received: September 28, 2021; Revised: January 27, 2022; Accepted: January 27, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกลุ่มนักศึกษา ระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้มีจำนวนทั้งหมด 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 22 คน กลุ่มผู้ปกครองของนักศึกษาผู้ให้ข้อมูล จำนวน 21 คน กลุ่มอาจารย์ 4 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษา ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการและการติดต่อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ นักศึกษามีการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้วิธีการค้นหาหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต หรือสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด การเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศในพื้นที่น้อย เนื่องจากนักศึกษามีความเขินอายและไม่เปิดเผยข้อมูลของตนเองต่อผู้ให้บริการ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร เพื่อน คือบุคคลที่นักศึกษาสื่อสารเกี่ยวกับการที่เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากที่สุด และไม่พบการสื่อสารเกี่ยวกับการที่เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกับบุคคลในครอบครัว 4) ด้านการจัดการตนเอง นักศึกษาเน้นการจัดการตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กำหนดเป้าหมายต่างจากกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ คือ การไม่มีเพศสัมพันธ์ 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ยังพบการเชื่อข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งนำไปปฏิบัติตามโดยไม่ผ่านการตรวจสอบข้อมูล และ 6) ด้านการตัดสินใจ นักศึกษากลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ตัดสินใจเลือกปฏิบัติการณ์มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยการใช้ถุงยางอนามัยเป็นหลัก ส่วนกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลือกที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์เป็นอันดับแรก

ในช่องทางอื่น ๆ ลดการสื่อสารแบบเปิดเผยตัวตนของนักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษาสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการณ์มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยไปตลอดชีวิต

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย, นักศึกษาระดับปริญญาตรี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: prapassara_pi@kkumail.com เบอร์โทรศัพท์ 094-2411350)

Abstract

This research is qualitative research aimed to study health knowledge about safe sex among students. Bachelor's degree at a university in Khon Kaen Province A total of 50 respondents in this research were divided into a group of 22 undergraduate students, 21 students' parents, 4 professors, and 3 health workers. In-depth interview by content analysis

The results of the research revealed that the health knowledge about safe sex among students consisted of 6 aspects: 1) Cognitive aspects. Symptoms and transmission of sexually transmitted diseases are insufficient. 2) Access to information and services Students have access to information by means of Internet research. or most social media Less access to sexual health services in the area because students are shy and do not disclose their information to service providers 3) Communication skills Friends are the ones that students communicate about the safest sex life. And not communication about safe sex with family members 4) Self-management Students focus on self-management in preventing pregnancy. The group that had never had sex had different goals than those who had had sex, namely no sex. 5) Media literacy. Also found to believe information from social media which is implemented without passing a review of the data; and 6) decision-making. The students who had had sex decided to use a condom-based practice of safe sex. The group who had never had sex chose not to have sex first.

In conclusion, the results showed the understanding of health literacy about safe sex among students are therefore encouraged. Develop skills in evaluating student sexual health information obtained from social media. And develop a sexual health service system in other channels Reduce open communication among students to enable students to behave properly and maintain safe sex behavior for the rest of their lives.

Keywords: Health literacy, Safe sex, Undergraduate Students.

บทนำ

วัยรุ่นตอนปลายมีอายุ 19 - 25 ปี เป็นช่วงระยะที่วัยรุ่นเข้าสู่การเรียนรู้ในช่วงมหาวิทยาลัย หรือเข้าสู่ชีวิตการทำงาน ในวัยรุ่นตอนปลายจะมีระบบนิเวศของตนเองเพิ่มขึ้น มีความรับผิดชอบเพื่อพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ใหญ่ที่ได้รับการยอมรับในสังคมจากการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างรวดเร็ว โดยวัยรุ่นตอนปลายจะมีพัฒนาการทางเพศ คือ มีการทำความเข้าใจกับบรรทัดฐานทางเพศของตนเอง และมีความสัมพันธ์ลึกซึ้งแบบคนรักมากขึ้น (Kaewkungwal, 2006) เนื่องจากวัยรุ่นนี้มองส่วนหน้ายังไม่หยุดพัฒนาจนกว่าจะอายุ 25 ปี ทำให้วัยรุ่นตอนปลายและมักจะใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล รวมถึงการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจที่ยังไม่ดีพอ (Lertvicha, 2009) ปัจจุบันเหล่านี้นำส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศ และความสนใจในเรื่องเพศมีเพิ่มมากขึ้นตามช่วงวัยของพัฒนาการวัยรุ่นนี้ ทำให้พบปัญหาทางเพศตามมา ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยภายใน 1 ปีที่ผ่านมา กับคนที่ไม่คุ้นเคย หรือ เพิ่งรู้จักกันในนักศึกษาเพศชาย ร้อยละ 58.8 ในเพศหญิง ร้อยละ 70.8 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายที่นักศึกษาเพศชายมีการดื่มเครื่องดื่มมึนเมาก่อนการร่วมเพศ มีร้อยละ 8.8 และเพศหญิง มีการดื่มเครื่องดื่มมึนเมาก่อนการร่วมเพศร้อยละ 2.2 (Bureau of AIDS, TB and STIs, 2010)

จากปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมทำให้ปัจจุบันอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักของประเทศไทย ได้แก่ โรคหนองในแท้ โรคซิฟิลิส โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคฝีมะม่วง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557-2563 ประชากรในประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อด้วยโรคหนองในแท้มากที่สุด คือ 10.58 13.14 14.72 15.74 15.28 10.65 และ 11.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และรองลงมาคือ โรคซิฟิลิส มีจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2557-2563 คือ 4.77 5.06 6.22 8.17 11.94 13.2 และ 16.4 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) และจากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2562 พบว่าที่สุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี และอยู่ในกลุ่มนักเรียน นักศึกษามากที่สุด โดยจังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ด้วยโรคซิฟิลิส โรคหนองในแท้ โรคแผลริมอ่อน และโรคฝีมะม่วงมากกว่าทุกจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 7 และพบว่าในแต่ละปี แนวโน้มผู้ป่วยอายุน้อยลงเรื่อย ๆ (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2019) สิ่งสำคัญที่เราต้องตระหนัก คือ อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นนั้นแสดงให้เห็นถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยส่งผลโดยตรงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประมาณ 3-5 เท่า (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2011)

จากการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นของเขตสุขภาพที่ 7 นั้น พบว่า อัตราการคลอดมีชีพอยู่ที่ 28.70 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี นอกจากการคลอดมีชีพของวัยรุ่นที่สะท้อนถึงการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรแล้ว ยังมีการติดตามข้อมูลร้อยละของการตั้งครรภ์ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7 ปีของปีงบประมาณ 2562 พบว่า จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี พบมากที่สุด ในจังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีจำนวน 1,461 95 94 และ 72 ราย ตามลำดับ ซึ่งในจังหวัดขอนแก่นนั้นพบว่า เขตอำเภอเมืองมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มากที่สุด คือ 584 ราย รองลงมาคือ อำเภอชุมแพ มี 137 ราย (Standard report group, KPI of maternal and child health, 2019)

ด้านการศึกษาเรื่องเพศของระบบการศึกษาไทย พบว่า เป้าหมายของเพศวิถีศึกษามีตัวประเมินหลักอยู่ที่การลดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น แต่ละเลยความสำคัญของการสอนเกี่ยวกับเพศภาวะ สิทธิ และอำนาจ ที่เป็นเช่นนี้เพราะจุดเริ่มต้นการพัฒนาเพศวิถีศึกษาอย่างเป็นระบบในระบบการศึกษา คือการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชากรวัย เจริญพันธุ์ และสถานการณ์ท้องในวัยรุ่น และปัจจุบัน พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ยังยืนยัน เป้าหมายเดิมของเพศวิถีศึกษาที่เน้นการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สิ่งนี้ทำให้หลักสูตรการสอนเน้นเนื้อหาแนวป้องกัน แต่ยังขาดมิติ อันเป็นรากฐานสำคัญ คือการสอนเรื่องการเคารพสิทธิและความเท่าเทียมทางเพศ จึงอาจเรียกได้ว่า เพศวิถีศึกษาของไทยคือการเรียนการสอนเพื่อการแก้ปัญหาเฉพาะด้าน ซึ่งไม่ตรงกับหลักการของเพศวิถีศึกษาที่ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิและให้ความสำคัญกับเพศภาวะซึ่งครอบคลุมมากกว่าการมุ่งเน้นที่การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กล่าวคือ ไม่ปรากฏมิติ และตัวชี้วัดประเด็นเกี่ยวกับสังคม วัฒนธรรม และสิทธิ ดังนั้น การสอนเพศวิถีศึกษาเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะด้าน อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เยาวชนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในเรื่องความสัมพันธ์และเรื่องเพศ (United Nations Children's Fund, Ministry of education in Thailand, 2016)

Don Nutbeam (2000) ได้กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ที่นำมาใช้วัดในการศึกษาเพื่อสร้างเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การ

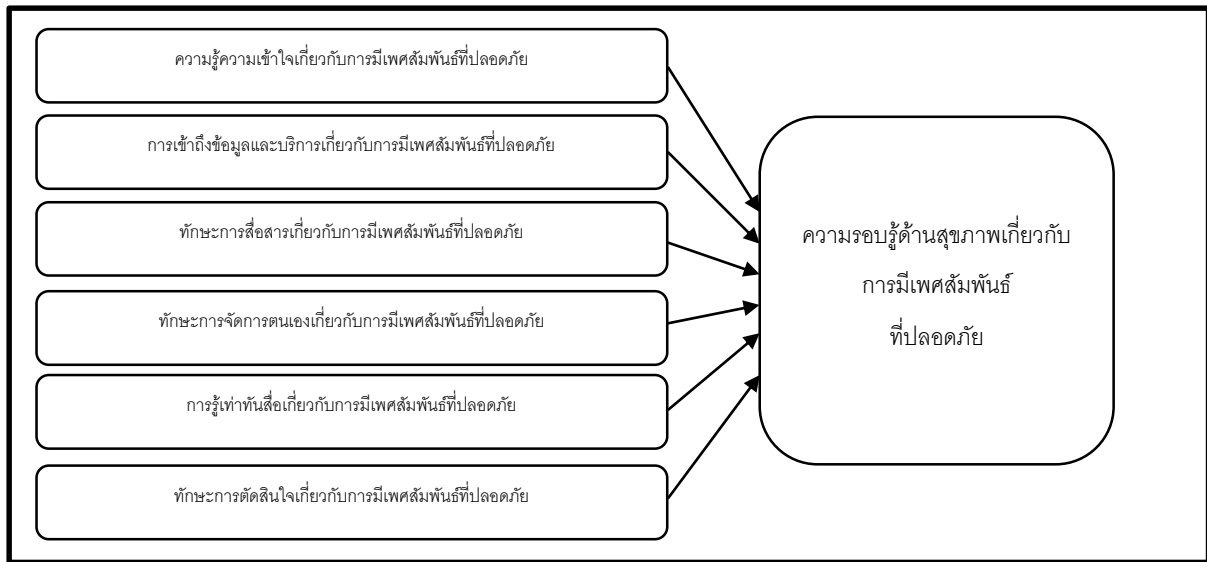
สื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จะทำให้บุคคลมีการจัดการตนเองรวมถึงการมีส่วนร่วมทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน พึ่งพาตนเองได้โดยไม่ต้องรอจากระบบบริการสุขภาพเท่านั้น องค์ประกอบดังกล่าวเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการพัฒนาสุขภาพอันเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางเพศในวัยรุ่น ที่ต้องอาศัยทักษะการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในเรื่องความสัมพันธ์และเรื่องเพศเพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย มีสุขภาพทางเพศที่สมบูรณ์ปราศจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในกลุ่มนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดขอนแก่น งานวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงความรู้ด้านสุขภาพการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อนำไปพัฒนาการดำเนินงานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของผู้วิจัย ให้กลุ่มนักศึกษามีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้สารสนเทศที่ได้รับ รวมถึงสามารถใช้การสื่อสาร การจัดการตนเองและตัดสินใจเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่ก้าวหน้าไป พร้อมทั้งจะรับมือและสามารถปรับตัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Don Nutbeam (2000) ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่จำเป็นในการพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละบุคคล ตั้งแต่ทักษะการรู้หนังสือ เพื่อให้บุคคลใช้ในการแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และเข้าถึงข้อมูลและบริการในการดูแลสุขภาพการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ร่วมกับทักษะที่ต้องอาศัยความชำนาญเพิ่มขึ้นเพื่อสอดคล้องกับบริบททางสังคมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เปลี่ยนไป คือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ รวมถึงการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนให้บุคคลเกิดการจัดการตนเอง ตลอดจนใช้ทักษะการตัดสินใจเลือกทางปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อเป้าหมายสูงสุดของการเกิดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนได้อย่างถูกต้อง โดยมีองค์ประกอบหลักของความรู้ด้านสุขภาพการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย 3) ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย 4) ทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย 5) การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และ 6) ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ดังตาราง 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ 12 คน และ กลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ 10 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การมีคู่รักเพื่อให้ได้ข้อมูลประสบการณ์ทางเพศและการที่เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้มากที่สุด 2) กลุ่มผู้ปกครองของนักศึกษาที่มีความสนิทกับนักศึกษาผู้ให้ข้อมูลมากที่สุดที่สามารถให้ข้อมูลเรื่องเพศของนักศึกษาได้ จำนวน 21 คน 3) กลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์ประจำชั้นปี จำนวน 4 คน และ 4) กลุ่มพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ทำงานด้านวัยรุ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานศึกษาและที่ปฏิบัติงานคลินิกสุขภาพทางเพศในมหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน รวมเป็นจำนวน 50 คน โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มถูกเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกของกลุ่มที่สามารถให้ข้อมูลด้านประสบการณ์ในเรื่องเพศ และได้รับข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์มากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยคำถามครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แนวทางนี้ใช้เก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักศึกษา กลุ่มผู้ปกครอง อาจารย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบไปด้วยแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก 4 ชุด ชุดที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์สำหรับนักศึกษา ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์สำหรับผู้ปกครอง ชุดที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์สำหรับอาจารย์ และชุดที่ 4 แนวทางการสัมภาษณ์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC-Index of Item Objective Congruence) โดยมีผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือจำนวน 5 คน ซึ่งมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินโครงการวิจัยและเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 หลังจากได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว โดยติดต่อประสานงานเพื่อขออนุญาตจากผู้บังคับบัญชาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง โดยทำการสัมภาษณ์จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่ม ได้แก่ นักศึกษา ผู้ปกครองของนักศึกษา อาจารย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมแจ้งระยะเวลาในการสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลา 20-40 นาที หากข้อมูลที่ได้ยังไม่สมบูรณ์ อาจมีการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ท่านอีก 1-2 ครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม สำหรับวัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สะดวกให้สัมภาษณ์แบบต่อหน้า จะดำเนินการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์แทน ขึ้นอยู่กับความสะดวกของอาสาสมัคร โดยใช้ระยะเวลา 15-30 นาที หากสัมภาษณ์ไม่เสร็จสิ้น จะทำการขออนุญาตท่านในการนัดวันที่ เวลาเพื่อสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในครั้งหน้า และผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลและขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจะเริ่มวิเคราะห์ไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการถอดเทปบันทึกการให้สัมภาษณ์ เขียนออกมาเป็นตัวอักษรทุก ๆ คำพูด มีการให้รหัสข้อมูล (Coding) และในการจัดระบบหัวข้อ (Topic Categories) จำแนกหมวดหมู่ (Theme Cluster) และค้นหาสิ่งที่ข้อมูลยังขาด เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้โดยใช้ความรู้ความสามารถของการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและให้บริการสุขภาพทางเพศในวัยรุ่น จากนั้นกำหนดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่หนังสือรับรอง HE632205 เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2563 โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในทุกกระบวนการของการวิจัย คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์หรือไม่ก่ออันตราย และหลักยุติธรรม ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์เชิงลึกทุกครั้ง ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มีผลต่อผู้ร่วมวิจัยและเมื่อการวิจัยสำเร็จผู้วิจัยจะทำลายเอกสารการให้ข้อมูลทันที การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งหมด 50 คน โดยมี 1) กลุ่มนักศึกษา จำนวน 22 คน ที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี อายุ 18-24 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน ส่วนเพศชาย จำนวน 6 คน ส่วนมากอายุ 20 ปี จำนวน 10 คน จำนวน 12 คน ซึ่งนักศึกษาพักอาศัยที่หอพักทั้งหมด โดยพักอยู่คนเดียว จำนวน 9 คน เป็นนักศึกษาผู้มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ 12 คน แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน เพศชาย จำนวน 5 คน ผู้ไม่เคยมีประสบการณ์การมี

เพศสัมพันธ์ 10 คน แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน เพศชาย จำนวน 1 คน 2) กลุ่มผู้ปกครองของนักศึกษา จำนวน 21 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน อายุของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 11 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 8 คน และรายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ 3) กลุ่มอาจารย์ 4 คน เป็นอาจารย์ผู้ดูแลงานกิจการนักศึกษา จำนวน 1 คน และอาจารย์ที่ปรึกษาหรือประจำชั้นปีของแต่ละคณะ คณะละ 1 คน รวมทั้งหมด 4 คน เป็นเพศชาย จำนวน 1 คน เพศหญิง จำนวน 3 คน อยู่ในช่วงอายุ 39-53 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาเอก 3 คน ปริญญาโท 1 และ 4) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลงานศูนย์สร้างสุขในมหาวิทยาลัย จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนที่มหาวิทยาลัยเป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบ จำนวน 2 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 3 คน ระดับการศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

2.1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

2.1.1 การให้ความหมายการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษา ในการให้ความหมายการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยมีผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนักศึกษาส่วนใหญ่ได้อธิบายถึงความหมายโดยได้กล่าวถึงทั้งวิธีในการป้องกันการตั้งครรภ์รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะเน้นที่วิธีการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังคำพูดต่อไปนี้

“...ก่อนมีเพศสัมพันธ์ในทุก ๆ ครั้ง เราก็ต้องใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งหรือการกินยาคุมฉุกเฉินก็เพื่อการคุมกำเนิดและป้องกันโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์คะ พุดง่าย ๆ คือ วิธีการป้องกันตัวเองให้ปลอดภัย ไม่ให้เป็นโรคติดต่อทางเพศหรือการท้องไม่พร้อม” 1.5, 1(8-10) (นักศึกษากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์)

2.1.2 การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย นักศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ถุงยางอนามัย การสวมถุงยางอนามัยเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่เดียวกัน นักศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ หรือการติดต่อของโรค ทั้งนี้ นักศึกษาทั้งกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์และกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์นั้น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยไม่แตกต่างกัน แต่พบประเด็นความแตกต่าง คือ กลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์รับรู้ว่าการไม่มีเพศสัมพันธ์เป็นอีกวิธีหนึ่งในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังคำพูดต่อไปนี้

“โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น HIV ค่ะ น่าจะเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใส่ถุงยาง บางทีถุงยางมันก็ไม่ได้ปลอดภัย 100% มันก็อาจแตกได้ต้องเช็คถุงยางรั่วไหม ก่อนใส่ปีบลมออกจากปลายถุงยาง และดูวันหมดอายุด้วย ...แล้วก็โรคนี้สามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกได้ แต่ไม่รู้ว่ามันติดต่อกันผ่านทางน้ำลายด้วยหรือเปล่าจำไม่ได้หรือพวกโรคติดเชื้อแบคทีเรีย อาจจะติดต่อด้วยวิธี oral sex เพราะว่าในปากเราก็มียเชื้อแบคทีเรียอะไรพวกนี้ มันน่าจะทำให้เกิดโรคที่อวัยวะเพศได้ แต่ถ้าเป็นโรคที่อวัยวะเพศสามารถติดต่อไปทางช่องปากได้ด้วยไหม อันนี้ไม่แน่ใจคะ” 1.21, 4(14) นักศึกษาที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

ข้อมูลดังกล่าวมีความขัดแย้งกับเข้าใจตามมุมมองของผู้ปกครอง อาจารย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้ความเห็นว่า นักศึกษามีความรู้มากพอในการนำไปใช้เพื่อปฏิบัติตัวป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย อันเป็นผลมาจากการได้รับการศึกษาเรื่องเพศที่เพียงพอ และวัยรุ่นที่มีความสามารถในการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ดังคำพูดต่อไปนี้

“ด้วยความที่เขาคือเด็กโตแล้ว เขาน่าจะได้รับความรู้ทางเพศจากการเรียนมาพอสมควร ลูกเมื่อน่าจะมีความรู้ดูแลตัวเองได้อยู่ เพราะเขาไม่เคยมีเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ดี หรือพฤติกรรมเสี่ยงให้เห็นเลย...”

2.12, 1(4) มารดา

2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

2.2.1 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เมื่อนักศึกษาเกิดความสงสัย หรือประสบพบเจอกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ นักศึกษาส่วนใหญ่ จะใช้วิธีการค้นคว้าหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต หรือสื่อจาก social media ที่เป็นลักษณะของการเล่าประสบการณ์ตามกระทู้ต่าง ๆ รองลงมาคือ ใช้การสอบถามข้อมูลจากเพื่อน และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนที่สามารถให้คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ เพราะข้อมูลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ดังคำพูดต่อไปนี้

“...คือเราไปศึกษาในอินเทอร์เน็ตใช้ไหมคะแล้ว เราก็เรียนรู้ไปเองคะ เวลาอยากรู้อะไรก็ search ในเน็ต ทุกวันนี้โลกมันเปิดกว้างใน Facebook ใน LINE ในทวิตเตอร์ก็มีข้อมูลพวกนี้เหมือนกันคะ...ทวิตเตอร์มันจะเป็นเหมือนเพื่อนเล่าให้เราฟัง และมันจะรู้สึกท้อและเอาไปใช้ได้จริง มันจะเหมือนเรื่องเล่าที่เกิดจากประสบการณ์ของคนโพสต์เอง...และบางทีเราก็ถามข้อมูลจากเพื่อนที่สนิทกันคะ ประมาณว่ากินยาคุมตัวนี้ดีไหม กินแล้วมันดีหรือเปล่า เพราะบางคนกินแล้วเวียนหัว เขาก็สามารถแนะนำเราได้ว่าตัวไหนดีไม่ดี” 1.1,1(15-16) นักศึกษาที่เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์

2.2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มหาวิทยาลัยได้สนับสนุนให้มีการจัดตั้งสถานบริการคลินิกสุขภาพทางเพศภายในมหาวิทยาลัย เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศมากขึ้น แต่ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่รับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพทางเพศภายในมหาวิทยาลัย จึงไม่ได้ไปใช้บริการ ส่วนบริการสุขภาพทางเพศที่นักศึกษาเลือกใช้มากที่สุด คือ การได้รับถุงยางอนามัย ซึ่งส่วนใหญ่นักศึกษาจะซื้อตามร้านสะดวกซื้อมากที่สุด รองลงมา คือ สถานบริการสุขภาพของภาครัฐที่อยู่ในใกล้เคียงกับพื้นที่มหาวิทยาลัย ที่มีเพื่อนหรือรุ่นพี่เคยไปใช้บริการและถูกแนะนำ หรือบอกต่อกันมา ดังคำพูดต่อไปนี้

“...รู้ว่ามีศูนย์บริการในมหาวิทยาลัยครับ แต่ไม่แน่ใจว่าบริการที่นั่นทำอะไรบ้าง เลยไม่ได้ไปครับ ...ส่วนใหญ่ผมจะซื้อถุงยางตามร้านสะดวกซื้อ หรือบางทีพี่ๆที่คณะเขาไปขอที่ศูนย์บริการสาธารณสุข (A) แล้วบอกว่าที่นั่นมีแจกถุงยางฟรี ผมก็ไปขอด้วยเป็นบางครั้งครับ...” 1.12.2(11) นักศึกษาที่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ พบว่า นักศึกษาที่เข้ามาใช้บริการมักจะมาในเรื่องของการทำแผล ทำฟันเป็นส่วนใหญ่ หากเมื่อกล่าวถึงการแนะนำวิธีป้องกันการตั้งครรภ์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นักศึกษาจะมีความเขินอายและมักจะไม่เปิดเผยข้อมูล ดังคำพูดต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่จะมาในเรื่องของอุบัติเหตุ ทำแผล ทำฟัน จะมีมาขอถุงยางประมาณปีละ 2-3 คนส่วนใหญ่กรณีมาฉีดยาคุม ผังยาคุม ตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือหลังคลอด พวกนี้จะเป็นกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ ไม่ใช่ในนักศึกษา. เลย...เวลาเขามาทำแผลก็จะแนะนำการใช้ถุงยางอนามัย การผังยาคุม การฉีดยาคุมสอดแทรกด้วยตลอด ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยถามเพิ่มเติมนัก ยิ่งในเรื่องเพศ เขามักจะยี้ๆเขินๆไม่ค่อยถามเท่าไรคะ” 4.1,1(7) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

2.3 การสื่อสารเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

บุคคลที่มีความสำคัญในการสื่อสารเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษามากที่สุด คือเพื่อนที่มีความสนิทและไว้วางใจ สามารถรักษาความลับได้ โดยส่วนใหญ่นักศึกษาจะไม่มีการพูดคุยเรื่องเพศกับบิดา มารดา เนื่องจากมีความเขินอาย และกลัวโดนตำหนิ ส่วนบทบาทของนักศึกษาในการสื่อสารเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยนั้น นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นทั้งผู้ให้คำปรึกษาเรื่องเพศกับเพื่อนและในขณะเดียวกันนักศึกษาเองได้ขอคำปรึกษากับเพื่อนด้วยเช่นกัน ดังคำพูดต่อไปนี้

“ส่วนมากก็จะถามเพื่อน ประมาณว่ากินยาคุมตัวนี้ดีไหม กินแล้วมันดีหรือเปล่า เพราะบางคนกินแล้วก็เวียนหัว...เรื่องนี้พูดกับคนอื่นแล้วก็กลัวเขาเอาไปเล่าให้คนอื่นฟัง เลยต้องคุยกับคนที่สนิทจริงๆ ค่ะ...กับพ่อแม่ยังไม่มีความรู้เรื่องเพศ)เลยคะ เราารู้สึกอายที่จะพูดกับเขา” 1.13,2(12) นักศึกษาที่เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์

ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศกับครอบครัว พบว่า นักศึกษาเลือกที่จะไม่ขอคำปรึกษาเรื่องเพศกับบิดา มารดา แต่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำการป้องกันปัญหาทางเพศในครอบครัวเป็นในรูปแบบของการสอนหรือบอกกล่าว ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียวไม่ใช่การสื่อสารตอบโต้ทั้งสองฝ่าย ดังคำพูดต่อไปนี้

“เราคงไม่มาขอคำปรึกษาเรื่องนี้ (เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย) กับเราตรงๆหรอก เขาน่าจะคุยกับเพื่อนมากกว่านะ แต่เราก็บอกก็สอนว่ามีแฟนได้นะ แต่ว่าต้องเรียนให้จบก่อน มีการมีงานทำก่อน...” 1.1,1(10) บิดา

2.4 การจัดการตนเองเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

นักศึกษาส่วนใหญ่ มุ่งเน้นไปที่การวางแผนการป้องกันการตั้งครรภ์ มากกว่าการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะส่งผลต่อร่างกายและจิตใจแล้วยังนำมาซึ่งปัญหาทางสังคม ดังคำพูดต่อไปนี้

“ยังไม่มีความคิดถึงเกี่ยวกับเรื่องพวกโรคติดต่อเลยคะ ถ้าเป็นโรคนั้นก็มีทางรักษา แต่ถ้าท้อง รู้สึกว่าปัญหามันใหญ่กว่า มันเกี่ยวกับเรื่องอนาคตของเราด้วยอะไรพวกนี้คะ” 1.21,4(23) นักศึกษาที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

โดยการวางแผนในการป้องกันการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์และกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์พบความแตกต่างกัน คือ กลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์จะมีการวางแผนเป็นลำดับขั้นตอน โดยใช้วิธีสวมถุงยางอนามัยเป็นอันดับแรก หากล้มเหลวถุงยางอนามัยหรือถุงยางอนามัยหมด นักศึกษาจะแก้ปัญหาด้วยการวิธีหลั่งนอก ร่วมกับการรับประทานยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ส่วนกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ เลือกที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์เป็นเป้าหมายหลัก ดังคำพูดต่อไปนี้

“ก็พกถุงยางไว้ตลอดและเช็คถุงยางว่ารั่วไหม...ก็มีปัญหาบ้างบางครั้งครับ อย่างเช่นล้มเหลวถุงยาง หรือถุงยางหมด เลยไม่ได้ใส่ครับ...จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะท้องโดยการไม่แตกในครับ และให้แฟนกินยาคุมฉุกเฉินไปด้วย...” 1.11,4(2-6) นักศึกษาที่เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ข้อมูลสอดคล้องกับกลุ่มของผู้ปกครองและกลุ่มอาจารย์ เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพตนเองของนักศึกษาในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยนั้น ถึงแม้จะเป็นบุคลากรด้านสุขภาพในการประเมินความสามารถการจัดการตนเองของนักศึกษาได้ แต่ยังไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองเรื่องเพศของนักศึกษา เนื่องจากบริการที่นักศึกษามาใช้ส่วนใหญ่จะเป็นบริการเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ทำให้ไม่สามารถประเมินในเรื่องการจัดการตนเองรวมถึงพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศได้อย่างชัดเจน ดังคำพูดต่อไปนี้

“นักศึกษา เขาค่อนข้างเป็นผู้ใหญ่แล้ว ส่วนมากวัยนี้เขาจะมีความเข้าใจเรื่องพวกนี้ได้ดีอยู่แล้ว เพราะเท่าที่เห็นกลุ่มนี้ไม่ได้มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องท้องไม่พร้อมเลย หรืออาจจะเพราะเขาไม่มาที่นี้ด้วยมั้งคะ เลยคิดว่าเขาน่ามีความรู้พอสมควรในการจัดการสุขภาพตนเองในเรื่องนี้” 4.2(2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

2.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

นักศึกษาส่วนใหญ่มีวิธีการตรวจสอบข้อมูลจากสื่อ สารสนเทศ โดยมีขั้นตอนในการกลั่นกรองข้อมูล คือ ใช้วิธีการค้นหาเปรียบเทียบข้อมูลจากหลากหลายเว็บไซต์ โดยประเมินจากแหล่งที่มาของข้อมูลจากเว็บไซต์ของ

หน่วยงานสาธารณสุข การอ้างอิงข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ หากยังไม่แน่ใจจะสอบถามจากเพื่อน หรือผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อน ดังคำพูดต่อไปนี้

“ถ้าเราไม่แน่ใจในข้อมูลที่ได้รับ (สื่อ) จะไป search หลายๆเว็บ แล้วก็เอามาเปรียบเทียบกัน แล้วยึดจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือจากสาธารณสุขค่ะ แต่ถ้าได้ข้อมูลมาจากเว็บแล้วยังไม่แน่ใจอีกก็จะไปปรึกษาคนที่ม่ประสบการณ์ที่เคยผ่านเรื่องแบบนี้มาแล้ว เช่นเพื่อนหรือพี่ แล้วเรายังจะนำไปใช้จริงๆค่ะ” 1.5,1(18)นักศึกษาที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้ยังมีนักศึกษาบางส่วนที่นำข้อมูลจากสื่อโซเชียลมีเดียไปใช้ ซึ่งไม่ได้ทำการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลให้ชัดเจน ดังคำพูดต่อไปนี้

“ใน Facebook บางครั้งจะดูจากคอมเมนต์เวลาที่เขาโพสต์ค่ะ...ประสบการณ์คนนี้เป็นอย่างนี้อีกคนเป็นอย่างนี้ และดูจำนวนผู้กดไลค์ แล้วก็มาชั่งน้ำหนักดูว่าเราจะเชื่อคอมเมนต์อันไหนดี...คิดว่าน่าเชื่อถือระดับหนึ่ง เพราะเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงของแต่ละคน...” 1.13,2 (19)นักศึกษาที่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

2.6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามทางเลือกที่เหมาะสมในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษา ในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์และกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์จะยึดวิธีการป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัย การรับประทานยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินและการหลั่งนอก ในขณะที่กลุ่มนักศึกษาที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ให้ข้อมูลว่า เลือกที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากเกรงกลัวการตำหนิจากผู้ปกครอง

“สมมติว่าถ้ามีเพศสัมพันธ์ ถึงแม้จะใส่ถุงยาง ก็กลัวถ้าพลาดมา ปัญหาที่จะตามมามันใหญ่เกินไปค่ะ ก็อย่างท้องมาใช่ไหมคะ ก็คือยังไม่พร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์อยู่แล้ว เพราะว่าเรียนอยู่ ก็กลัวต่าง ๆ นานา กลัวการทำให้แท้งกลัวอะไรหลาย ๆ อย่าง กลัวผู้ปกครองว่าดูดำเราอะไรแบบนี้ค่ะ” 1.16,3(15) นักศึกษาที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดขอนแก่น พบประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับองค์ประกอบของความรู้สุขภาพ ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การให้ความหมายเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยตามความเข้าใจของนักศึกษา เป็นพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยนักศึกษามักจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกัน โดยการสวมถุงยางอนามัยมากที่สุด และการป้องกันในรูแบบอื่น ๆ ที่เป็นการป้องกันการตั้งครรภ์แต่ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศได้ (Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) ได้แก่ การรับประทานยาคุมกำเนิด การหลั่งนอก และการนําระยะปลอดภัย ซึ่งด้านความรู้ความเข้าใจความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างถูกต้องนั้น ไม่พบความแตกต่างของนักศึกษาทั้งกลุ่มที่เคยและไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ข้อมูลแสดงให้เห็นว่ายังไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 27 ที่เชื่อว่าการหลั่งข้างนอกช่อกปลอดภัยจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือในกรณีให้นักศึกษาให้ข้อมูลว่า เชื้อแบคทีเรียในช่องปากสามารถก่อโรคที่อวัยวะเพศได้ แต่ไม่แน่ใจว่าเชื้อราที่อวัยวะเพศสามารถก่อโรคในช่องปากและลำคอได้หรือไม่ (Kownaklai & Rujkorakarn, 2018) ทั้งนี้พบประเด็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ คือ กลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์รับรู้ว่าการไม่มีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับแนวทางในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ โดยการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เป็นอีกวิธีหนึ่งในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020)

2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย นักศึกษามีการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้วิธีการค้นคว้าหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต หรือสื่อจาก social media ที่เป็นลักษณะของการเล่าประสบการณ์ตามกระทู้ต่าง ๆ รวมถึงใช้การสอบถามข้อมูลจากเพื่อนที่มีความสนิทกัน และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนที่สามารถให้คำแนะนำได้ดี ลักษณะข้อมูลจะมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ด้านการเข้าถึงบริการ แม้ว่านโยบายสถานศึกษาจะส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศอยู่ เนื่องจากนักศึกษามีความเขินอายและไม่เปิดเผยข้อมูลกับบุคคลอื่น โดยปัญหาทางเพศเป็นเรื่องที่ถูกมองว่าไม่เป็นไปตามหลักของวัฒนธรรมประเพณีไทย ผู้ที่มีปัญหามักจะเข้าใจว่าตนเองจะถูกตีตรา และ มีความแปลกแตกต่างจากคนอื่น ทำให้ให้นักศึกษาจะเลือกที่จะไม่ไปรับบริการสุขภาพทางเพศหากอาการไม่รุนแรง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นเลี่ยงการขอปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากวัยรุ่นคิดว่าการเข้ารับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเอง (Srimeechai, Rutchanagul & Kummabutr, 2018)

3. การสื่อสารเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย นักศึกษามีทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยใช้วิธีขอคำปรึกษากับกลุ่มคนที่เขาสามารถสื่อสารเรื่องเหล่านี้ด้วยความสบายใจ มีความไว้วางใจพอที่จะรักษาความลับซึ่งกันและกันได้ เป็นผู้ที่เผชิญปัญหาสถานการณ์เดียวกัน หรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน คนกลุ่มนี้มักจะเป็นเพื่อนที่สนิท ในขณะที่ไม่พบการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มเพื่อนจะมีบทบาทและมีอิทธิพลกับนักศึกษาเป็นอย่างมาก โดยเวลาส่วนใหญ่วัยรุ่นอยู่ในกลุ่มเพื่อน ในขณะที่กลุ่มเพื่อนเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนรักก็มักจะเล่าประสบการณ์ให้ฟัง (Chaimano & Ongkasing, 2018) ในขณะเดียวกันความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อ แม่ ผู้ปกครอง มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ดีได้ (Ngomsangad , Srisuriyawet & Homsin, 2019)

4. การจัดการตนเองเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย นักศึกษาเน้นการวางแผนการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์มีทั้งประสงค์จะส่งผลต่อร่างกายและจิตใจแล้วยังนำมาซึ่งปัญหาทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่นักศึกษามีการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (Hohmah, 2018)

5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย นักศึกษาใช้วิธีการค้นคว้าหาข้อมูลด้วยตนเอง วิธีหลักที่นักศึกษาเลือกใช้คือการสืบค้นข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตหรือ Social Media ซึ่งนักศึกษาจะใช้วิธีในการหาข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งเว็บไซต์ทางด้านสาธารณสุขมาเปรียบเทียบ จนเจอข้อมูลที่ซ้ำกันมากๆ ใช้วิธีการสอบถามจากเพื่อน ผู้มีประสบการณ์ หรือผู้ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งยังมีการนำข้อมูลจากสื่อโซเชียลมีเดียไปใช้ โดยไม่ได้ทำการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลให้ชัดเจน ดังนั้น นักศึกษาจำเป็นต้องมีทักษะในการตรวจสอบข้อมูลอย่างละเอียดถี่ถ้วน วิเคราะห์ และประเมินค่าสื่อจะสามารถเข้าใจ ตีความเนื้อหาโดยใช้ความรู้และคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นได้ (Muanphetch, Maharachapong & Abdullakasim, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาวัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อทางเพศต่ำจะป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่รู้เท่าทันสื่อทางเพศระดับสูง (Buarod & Thongnopakun, 2019) เมื่อนักศึกษามีการวิเคราะห์ประเมินค่าสื่อต่ำ มีโอกาสมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมมากกว่านักศึกษาที่สร้างสรรค์ วิเคราะห์ และประเมินค่าสื่อสูงได้ (Muanphetch, Maharachapong & Abdullakasim, 2020)

6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย วิธีในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษายังขัดแย้งกับความตระหนักที่มุ่งเน้นในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ เนื่องจากนักศึกษาในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มักจะมีพฤติกรรมการสวมถุงยางอนามัยที่ไม่สม่ำเสมอ จะทดแทนด้วยการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการหลั่งนอก หรือการนับวันปลอดภัย ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ (Seedaket & Chotchai, 2021) กล่าวคือ กลุ่มบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมักมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้ประสบการณ์เดิมหรืออารมณ์ความรู้สึกมากกว่าการคิดเชิงวิจารณ์ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ในขณะที่กลุ่มบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงหรือดีก็จะเลือกใช้วิธีอื่น (Seedaket & Chotchai, 2021)

ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษาประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ตามองค์ประกอบของทฤษฎีของ Don nutbeam (2000) ที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพทางเพศของนักศึกษา ซึ่งจะสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรมทางเพศที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคลตามสถานการณ์ที่เผชิญ ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล และตามประสบการณ์ที่ได้สั่งสมมา โดยเฉพาะนักศึกษาในกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์และกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่พบความแตกต่างกันทั้งในด้านการจัดการตนเองและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติโดยกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์จะมุ่งเน้นไปที่การไม่มีเพศสัมพันธ์เป็นหลัก ท้ายสุดแล้วนักศึกษาจะเลือกปฏิบัติตามวิจารณ์ของตนเอง ที่เชื่อว่าเป็นวิธีในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยตามความเหมาะสมความพึงพอใจของบุคคลนั้น ๆ

ทั้งนี้ข้อจำกัดของการวิจัยเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ที่มีการแพร่ระบาดในช่วงการดำเนินการวิจัย ทางมหาวิทยาลัยที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาได้ปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ทำให้งานวิจัยใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เป็นหลัก โดยมีนักศึกษาจำนวน 20 คน ผู้ปกครอง 22 คน อาจารย์ 1 คน ที่สัมภาษณ์เชิงลึกผ่านทางโทรศัพท์ ส่วนการสัมภาษณ์ต่อหน้า กลุ่มนักศึกษามีจำนวน 2 คน กลุ่มอาจารย์จำนวน 3 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 3 คน ทำให้งานวิจัยขึ้นขาดข้อมูลอวัจนภาษา รวมถึงการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในส่วนของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของนักศึกษา เนื่องจากถูกเลิกการจัดกิจกรรมทั้งหมดไป

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมการให้ความรู้ด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่นักศึกษา
2. พัฒนาทักษะในการประเมินข้อมูลสุขภาพทางเพศของนักศึกษาที่ได้รับจากสื่อสังคมออนไลน์
3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศในช่องทางอื่น ๆ ลดการสื่อสารแบบเปิดเผยตัวตนของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำรวจความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพทางเพศ จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดและครอบคลุมมากขึ้น ในการวิจัยในครั้งต่อไป

References

- Buarod, T., & Thongnopakun S. (2019). Sexual Media Literacy and Preventive Behaviors about Sexually Transmitted Diseases among Youth in University Students Chon Buri Province, Thailand. *Disease Control Journal*, 45(4), 402-12. (in Thai).
- Bureau of AIDS, TB and STIs. (2010). *Guidelines for the Development of Adolescent Clinics Friendly in the Care of Sexually Transmitted Diseases*. (In Thai)
- Bureau of Epidemiology, Department of Disease. Control, Ministry of Public Health. (2019). *Disease Surveillance Report System 506*. Retrieved September 30, 2019, from <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/index.php>
- Bureau of Epidemiology, Department of Disease. Control, Ministry of Public Health. (2011). *Situation of AIDS patients in 2011*. Retrieved September 30, 2019, from <http://www.Aidsthai.org/>
- Chaimano, M., & Ongkasing, C. (2018). A Study of Sexuality of Teenage Pregnancy in School. *Journal of Education Thaksin University*, 18(1), 65-76. (In Thai)
- Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *A Guide to Raising Literacy of HIV and STDs*. (In Thai)
- Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Prevalence of 5 Major Sexually Transmitted Diseases in Thailand in 2009-2020*. (In Thai)
- Hohmah, N. (2018). *Health Literacy on Unwanted Pregnancy Prevention for Female Students in the Faculty of Education Yala Rajabhat University*. Faculty of Education, Yala Rajabhat University. (In Thai)
- Kaewkungwal, S. (2006). *Psychology of Life Development of All Ages, Volume 2: Adolescence-Elderly Age, (9th ed.)*. Bangkok: Thammasat University. (In Thai)
- Kownaklai, J., & Rujkorakarn, D. (2018). Unsafe Sexual Behavior among People Living with HIV/AIDS and Methods to Avoid Unsafe Sexual Intercourse. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(4), 195-203. (In Thai)
- Lertvicha, P. (2009). *Brain Based-Learning*. Bureau of Academic Affairs and Education Standards. (In Thai)
- Muanphetch, C., Maharachapong, N., & Abdullakassim, P. (2020). Sexual Media Literacy and Sexual Behaviors among Adolescents in Thailand. *Journal of Health Science Research*, 14(2), 23-33. (in Thai).
- Ngomsangad, Y., Srisuriyawet, R., & Homsin, P. (2019). Factors Influencing Health Literacy Related Pregnancy Prevention among Female Adolescent Students in Si Sa Ket Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 14(2), 37-51. (in Thai).

- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-67.
- Seedaket, S., & Chotchai, T. (2021). Health Literacy of School-Age Pregnancy Prevention and Sexual Intercourse among High School Students in Khon Kaen Province. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(1), 99-111. (In Thai)
- Primeechai, J., Rutchanagul, P., & Kummabutr, J. (2018). The Sexual and Reproductive Healthcare Behaviors of University Students Engaging in Virtual Marital Relationships. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 34(3), 43-54. (In Thai)
- Standard Report Group. KPI of Maternal and Child Health. (2019). *Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health*. Retrieved October 30, 2019, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5
- United Nations Children's Fund (Unicef), Ministry of education in Thailand. (2016). Review of comprehensive sexuality education in Thailand. (In Thai)

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

The Effectiveness of a Community Involvement Program on Health Promoting Behaviors among People at Risk of Non-Communicable Diseases

วิภาพร สิทธิสาร^{1*}, จันทิมา นวมะวัฒน์², อัญชลี รุ่งฉาย¹, สมภรณ์ เทียนขาว¹,
เปี่ยมศักดิ์ พึ่งโพธิ์³ และ นพรัตน์ เพชรกลอง³

Vipaporn Sittisart^{1*}, Juntima Nawamawat², Anchalee RungChay¹, Samaphorn Theinkaw¹,
Piamsak Phungpho² and Noppharat Phetklong²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์²
เทศบาลตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก³

Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj^{1*}, Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak
Nakhonsawan², Ban Khlong Subdistrict Municipality³

(Received: March 13, 2020; Revised: February 28, 2022; Accepted: February 28, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง จำนวน 176 คน โดยผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง อยู่ระหว่าง 121-139 และ 81-89 mmHg 2) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 100-125 mg/dl หลังดื่มน้ำงดอาหารเป็นเวลา 8 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกความเสี่ยง ด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (CBG) และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ผ่านการทดสอบ ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ได้ค่าเท่ากับ .76 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความเสี่ยงด้านสุขภาพต่ำลงทุกด้าน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน ส่งผลในการลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และสร้างเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, ความเสี่ยงด้านสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: vipaporn@bcnb.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 062-1549596)

Abstract

This one-group pre-test post-test quasi-experimental study aimed to compare the health promoting behaviors before and after participating in a community involvement program. Samples included 176 hypertension and diabetes risk people who visited Ban Klong Subdistrict Health Promoting Hospital. Purposive sampling was employed to select the sample and set the inclusion criteria as; 1) systolic blood pressure ranged from 121 to 139 and diastolic blood pressure ranged from 81 to 89 mmHg, and 2) fasting blood glucose ranged from 100 to 125 mg/dl. They participated in the program for 12 weeks. Research tools were health risk records (blood pressure, blood sugar) and a health-promoting behaviors questionnaire. They were tested for reliability, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.76. The analysis of mean difference was done by paired t-test statistics.

The results showed that the health-promoting behavior mean score, after participating in the program, was statistically significantly higher than before. In contrast, the health risk mean score, after participating in the program, was statistically significantly lower than before.

The community involvement program on promoting good health behaviors can enhance community capacity to promote a healthy lifestyle among community members.

Keywords: Non-Communicable Diseases, NCDs, Community Involvement Program, Health Behaviors, Health Risk, Diabetes

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCD) หมายถึง โรคที่มีระยะเวลาของโรคนาน และเป็นผลมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม สรีรวิทยา สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมร่วมกัน (World Health Organization (2021) ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ ที่กำลังทวีความรุนแรง มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สำหรับประเทศไทยอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 1,125.90 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2,021.66 ต่อแสนประชากร ในปี 2561 (Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, 2019) และยังพบว่า มีอัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 25.30 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 26.68 ต่อแสนประชากรในปี 2562 ซึ่งสาเหตุสำคัญของการเกิดโรค มักเกิดกับบุคคลที่มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่สมดุล โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคน ในยุคปัจจุบันที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ (Wuttiwongchai, Thongwandee, & Wangnurat, 2017)

ผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพดังกล่าวจะเรียกว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจสุขภาพด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว วัดค่าความดันโลหิต เจาะค่าน้ำตาลในกระแสเลือด และได้รับการประเมินโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง โดยมีผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ว่าเป็นผู้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Department of Disease Control, 2019) ในปัจจุบันพบว่า แนวโน้มพฤติกรรมของประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง สัดส่วนของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่มีกิจกรรม ทางกายไม่เพียงพอมีร้อยละ 19.2 ความชุกของภาวะอ้วนลง

พุงมีร้อยละ 26.0 ในผู้ชายและ ร้อยละ 51.3 ในผู้หญิง และความชุกภาวะ น้ำหนักเกิน มีถึงร้อยละ 37.5 และความชุกของภาวะไขมันคอเลสเตอรอลสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 21.3 (Akepalakorn, 2019) จากข้อมูลความชุก ของบางปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงยังมีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนยังต้องร่วมกันกำหนดมาตรการ ดำเนินการ ควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงและสร้างเสริมสุขภาพประชาชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการกำหนดเป้าหมายหลักในการจัดการโรคจากวิถีชีวิตในแผน ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 โดยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดปัญหาของ โรคใน 5 ด้าน คือ ลดการ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความพิการ ลดการตายและลดค่าใช้จ่าย ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตที่พอเพียง ใน 3 ด้าน คือ มีการบริโภคที่เหมาะสม มีการออกกำลังกายที่พอเพียง และมีการจัดการความเครียดได้เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการ กำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีหลักการ คือ เปลี่ยน แนวคิดจาก “Disease Oriented” ให้เป็น “Health Promotion” ส่งเสริมการดำเนินงานในระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยกลวิธีในการดำเนินงาน เริ่มจากกำหนดแนวทาง ฝักระวัง ควบคุม ป้องกัน เน้นงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (Sukolpuk, Thanirat, Radabutr, Dechpoonyachit, & Muntraporn, 2018) ส่งเสริมให้ประชาชน รวมทั้งกลุ่ม เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีความรู้ ส่งเสริมทัศนคติและมีทักษะทางสุขภาพเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง

“Health Literacy” หรือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมิน และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถ ในระดับ บุคคลและเป็นการธำรงรักษาสุขภาพตนเอง อย่างยั่งยืน (Nutbeam, 2008) บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเป็น บุคคลที่มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์แปลความหมาย ประเมิน ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ ที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการสนใจให้ ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเองและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้ง ชี้แนะให้กับบุคคลอื่น ครอบครัวและชุมชน บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกัน โรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องมีความสามารถและทักษะใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูล และบริการ สุขภาพ 2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรค 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคและการ ป้องกัน 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรค 5) ทักษะการจัดการตนเอง การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น ได้แก่ บอกต่อ หรือเป็นตัวอย่างให้กับผู้อื่น (Intarakamhang, 2017) หากประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคา แพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการ ทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ (Health Education Division, 2018)

นอกจากการส่งเสริมให้ประชาชนหรือกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็น การแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเองที่มีความยั่งยืน (Jungsathiensap, & Suksut, 2007) ซึ่งการพัฒนาศักยภาพ ของชุมชน ด้านการจัดการสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถือว่าเป็นการสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการดูแลโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยส่งเสริมให้ประชาชนรู้สถานการณ์ปัญหาของชุมชน สร้างความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพของ ประชาชน กำหนดประเด็นปัญหา ในการแก้ไขหรือพัฒนาร่วมกัน โดยมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการมี ส่วนร่วม ในการส่งเสริมศักยภาพด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง การสร้าง เสริมสุขภาพในการป้องกันโรค ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม สุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Roma, Thanasukarn, Thippayamongkolkul, Aemyong, Neelapaijit, Samnuanklang, et al, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ มีการดำเนินการด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะการคัดกรองโรค ติดตาม ให้ความรู้ตามบ้าน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อในชุมชน จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย แต่ยังคงพบว่า ระดับของความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่อนข้างน้อย และยากต่อการสร้างให้เกิดความยั่งยืน ประกอบกับบริบทของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นต้อง หาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของประชาชน

จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง อำเภอมะนัง จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนประชากรทั้งหมด 13,258 คน มีจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 6,351 คนมีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเพิ่มมากขึ้น โดยอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรเท่ากับ 690.91, 2,614.13 และ 4,121.07 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของเบาหวานต่อประชากรเท่ากับ 569.431, 1,197.83 และ 2,837.95 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และจากผลการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชน อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานจำนวน 549 คน คิดเป็นร้อยละ 13.91 (Banklong sub district health promoting hospital, 2016) จะเห็นได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในพื้นที่ ประกอบกับตำบลบ้านคลองเป็นชุมชนเขตเมืองที่มีบริบทของความร่วมมือในกิจกรรมสาธารณะค่อนข้างน้อย มีรูปแบบของกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีลักษณะของความเป็นเมืองสูง ซึ่งการส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดพฤติกรรมสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นคำตอบหนึ่งที่สำคัญต่อความสำเร็จในการป้องกันปัญหาดังกล่าวได้ดี

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ มีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี และแนวคิดของการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนบ้านคลอง เป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพโรคเรื้อรัง เพื่อลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และสร้างเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

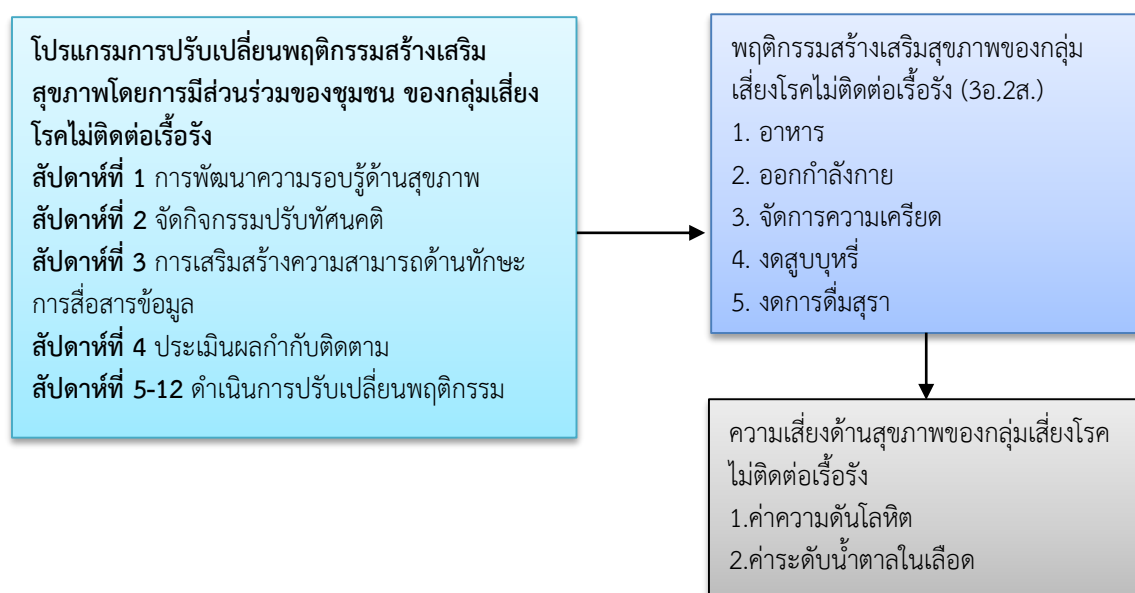
สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่ำกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการภายใต้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁷ ร่วมกับการบวนการของการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมในการกระตุ้นส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส ใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ 2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรค 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูล 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) ทักษะการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น (บอกต่อ) ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pre-Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจสุขภาพจากแพทย์หรือพยาบาล ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบ้านคลอง อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 549 คน ในปีงบประมาณ 2561 กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง อยู่ระหว่าง 121-139 และ 81-89 mmHg และ 2) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 100-125 mg/dl หลังดื่มน้ำอดอาหารเป็นเวลา 8 ชั่วโมง เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) แพทย์ไม่อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย 2) ระหว่าง

ดำเนินการวิจัยแพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรคใดโรคหนึ่งหรือเป็นทั้งสองโรค และ4) ขอลงตัวออกจากกรวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจสุขภาพจากแพทย์หรือพยาบาล ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตำบลบ้านคลอง อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 176 คน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ (Hsieh, et al., 1998) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง¹³ ซึ่งได้มีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายไว้ ร้อยละ 5 จำนวน 9 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 181 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกความเสี่ยง ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.)

1.1 แบบบันทึกความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อใช้บันทึกความเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ขนาดรอบเอว ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในกระแสเลือด

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2561) โดยใช้เฉพาะตอนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. (6 ข้อ)

2. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ 2) มีความรู้ 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคและการป้องกัน 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) ทักษะการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกความเสี่ยงด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบความเสี่ยงด้านสุขภาพได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องเจาะน้ำตาล (DTX) ผ่านการทวนสอบเครื่องมือตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2561) โดยใช้เฉพาะตอนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. (6 ข้อ) โดยนำไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.707

2. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในด้าน ความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาและรวบรวมข้อเสนอแนะ จากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล**ขั้นก่อนการทดลอง**

1. การเตรียมทีมวิจัยและพื้นที่วิจัย โดยประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน อสม.ในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจกระบวนการตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ตรวจร่างกายในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ไขมันรอบเอว ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในกระแสเลือด (Fasting Capillary Blood Glucose)

ขั้นทดลอง

การดำเนินการโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยความร่วมมือของชุมชน ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 ด้าน โดยการจัดอบรมให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยง ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง และมีกิจกรรมให้ผู้นำชุมชน จัดกิจกรรมประกาศสงครามกับความอ้วน โดยผู้นำชุมชนผู้เข้าร่วมลงนามข้อตกลง และประกาศเกณฑ์การสร้างบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมปรับทัศนคติ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกรอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 3 การเสริมสร้างความสามารถด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น และฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ.2ส)

สัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลกำกับติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ Line application

สัปดาห์ที่ 5-12 กลุ่มเสี่ยงดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ. 2ส) และมีกิจกรรมที่กำหนดให้ อสม. 1 คน เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กำกับติดตามดูแลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 2 คน และมีการประเมินผลเป็นระยะ

ขั้นหลังการทดลอง

ตรวจร่างกายในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในกระแสเลือด (Fasting Capillary Blood Glucose)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และค่าเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร (NU-RREC) หมายเลข 021/62 ช่วงเวลาของการรับรองจริยธรรมอยู่ระหว่าง 19 กันยายน 2562-19 กันยายน 2563 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด

(CBG) ที่ตรวจวัดจากการเจาะเลือดปลายนิ้ว กับกลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียดย และผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล ตามหลักการ พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 176 คน พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 67.61 อายุเฉลี่ย 39.23 ± 6.22 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 84 ปี ส่วนมากสำเร็จ การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.0

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 176)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
1. ด้านอาหาร	1.92	.506	3.76	.691	29.726	175	<.001
2. ด้านการออกกำลังกาย	1.75	.696	3.77	.688	24.386	175	<.001
3. ด้านการจัดการความเครียด	1.93	.525	3.76	.690	29.956	175	<.001
4. ด้านงดสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่	2.01	.555	3.77	.688	26.908	175	<.001
5. ด้านการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.97	.539	3.64	.718	26.150	175	<.001
ภาพรวม	9.59	1.986	18.72	3.379	31.015	175	<.001

จากตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.001

3. การเปรียบเทียบความเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความเสี่ยงด้านสุขภาพ	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
1. ค่าความดันโลหิต							
- ตัวบน (Systolic)	132.96	14.29	122.59	17.047	10.764	175	<.001
- ตัวล่าง (Diastolic)	81.14	13.89	78.68	12.325	3.451	175	.001
2. ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือด(CBG)	119.2	9.326	114.34	12.414	3.76	35	.001

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ค่าความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (CBG) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ .001

อภิปรายผล

1. ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในภาพรวมและรายข้อสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพในภาพรวมดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้เพราะโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดของ Nutbeam ที่เชื่อว่า “การพัฒนา Health Literacy ให้กับบุคคลจะต้องมุ่งที่ “ทักษะ” ซึ่งจะทำให้ประชาชนสามารถควบคุมพฤติกรรมให้ถูกต้อง ได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งมักจะมีการปรับเปลี่ยนแปลงไป ตามสภาพสังคมอยู่เสมอ และจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) อันเป็นกิจกรรมที่เพิ่มพูนความรู้ สร้างความเข้าใจ และทำให้เกิดการปฏิบัติจริง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติและจัดการตนเองได้ และพัฒนาทักษะให้ถึงระดับที่จะสร้างความมั่นใจในการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ และแสวงหาความรู้จากบุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งการสื่อสารเจรจากับหน่วยบริการ เพื่อให้ได้รับข้อมูลแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพได้อย่างเห็นผลชัดเจน ซึ่งในโปรแกรมมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในการจัดการโรคเรื้อรัง 6 ด้าน มีการจัดกิจกรรมปรับทัศนคติ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมสร้างความสามารถด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น และฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ.2ส) อีกทั้งยังมีการประเมินผลกำกับติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ Line application และมีกิจกรรมที่กำหนดให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sookdee (2017) ได้ศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเสี่ยง มีการควบคุมตนเอง และดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($p<.01$) และการศึกษาของ Sarin, Moolsart & Chailimpamontree (2019) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.05$) และ Saentecha & Lamluk (2020) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับ น้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($p<.05$) จึงเห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้ความเข้าใจอย่างชัดเจน ซึ่งโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งได้แรงบันดาลใจ

2. ค่าเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่ำกว่าก่อนทดลอง จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพในภาพรวมดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดำเนินการภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งการดำเนินการมุ่งเน้นความต่อเนื่องของกิจกรรมโดยกำหนดให้ อสม.1 คน ดูแลกลุ่มเสี่ยงจำนวน 2 คน ซึ่ง อสม.ต้องทำหน้าที่พี่เลี้ยง คอยกระตุ้น หนุนเสริม ติดตามกลุ่มเสี่ยงในความดูแลของตนเองให้มีสุขภาพดี ทำให้การดำเนินงานที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับกลไกของการสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ในที่นี้เป็นการส่งเสริมให้อสม.เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawangsri & Intaranongpai (2015) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน การเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ดำเนินการโดยภาคประชาชนการสื่อสารและกระบวนการดำเนินงานที่เกิดจากแผนที่คิดร่วมกันเป็นการป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และความเครียดเพิ่มมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลในการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพในการเกิดโรคของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการในระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไปใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยติดตามผลระยะยาวเพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรมและควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก

References

- Akepalakorn, V. (2019). *Thai Population Health Survey by Physical Examination*. May 5, 2021, Retrieved from file:///C:/Users/User/Downloads/ NHES%20V.pdf. (in Thai).
- Banklong Sub District Health Promoting Hospital. (2016). *Annual Report 2016*. Phitsanulok: focus printing. (in Thai).
- Department of Disease Control, Minister of Public Health. (2019). *Annual NCD Clinic Plus 2019*. Nonthaburi: Aksorn Graphic Design. (in Thai).

- Health Education Division, Department of Health Service Support, Minister of Public Health. (2018). *Strengthening and Assessing Health Literacy and Health Behavior*. May 5, 2021, Retrieved from: [file:///C:/Users/User/Downloads/220120180914085828_linkhed%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/220120180914085828_linkhed%20(2).pdf). (in Thai).
- HSIEH, F.Y. (1989). Sample Size Tables for Logistic Regression. *Statistics in Medicine*, 8, 795-802.
- Intarakamhang, U. (2017). *Health Literacy: Creating and Developing*. Bangkok: Sukhumvit Printing. (in Thai).
- Jungsathiensap, K. & Suksut, P. (2007). Health Volunteers in the Context of Change: Potential and Developmental Strategies. *Public Health System Research Journal*, 1(3), 268-279. (in Thai).
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into Health 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science and Medicine*, 67(1), 2072-2078.
- Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). *Public Health Statistics 2019*. Nonthaburi: Information Group Health. (in Thai)
- Roma, V., Thanasukarn, C., Thippayamongkolkul, M., Aemyong, N., Neelapaijit, N., Samnuanklang, M et al. (2019). *Health Literacy Survey Project for Thai People Aged 15 Years in 2017 (Phase I). (Report)*. May 5, 2021, Retrieved from <http://164.115.27.97/digital/files/original/a6e73814efb58a07991c5be54b1498d1.pdf>. (in Thai).
- Saentecha, P. & Lamluk, P. (2020). The Effectiveness of a Program for Health Literacy Development in the Patients with Type 2 Diabetes. *Thai Journal of Health Education*, 43(2), 150-164. (in Thai).
- Sarin, S., Moolsart, S. & Chailimpamontree, W. (2019). The Effectiveness of a Health Literacy Development Program in Patients with Type 2 Diabetes Risking to Chronic Kidney Disease. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 29(2), 86-101. (in Thai).
- Sawangsi, W. & Intaranongpai, S. (2015). The Development of Health Promotion Model for Prevention New Cases of Diabetes Mellitus in Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(1), 116-122. (in Thai).
- Sookdee, S. (2017). The Development of Health Behavior Modification Model in Non-communicable Chronic Diseases Risk by Using Participatory Approach in Knowledge Management of the Community in Tambon Bangklua, Chachoengsao Province. *Journal of Health Education*, 40(1), 38-52. (in Thai).
- Sukolpuk, M., Thanirat, S., Radabutr, M., Dechpoonyachit, P. & Muntraporn, A. (2018). Health Promotion Strategies to Prevent and Control high blood pressure. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(3), 54-61. (in Thai).

- World Health Organization. (2021). *Non-communicable Diseases*. May 5, 2021, Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Wuttiwongchai, P., Thongwandee, P., & Wangnurat, B. (2017). *Community Based Intervention for NCDs Controlling: CBI NCDs*. Bangkok: Emotion Art. (in Thai).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น Factors Associated with Pregnant Adolescents' Intention to Use a Postpartum Contraceptive Implant

เด่นละออง นาเสงี่ยม^{1*} และ กชพร สิงห์หล้า¹

Denlaong Na-Sangiem^{1*} and Kochaporn Singhala¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม^{1*}

Faculty of Nursing, Mahasarakham University^{1*}

(Received: September 10, 2021; Revised: November 09, 2021; Accepted: March 10, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 96 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด 3) แบบสอบถามเจตคติต่อการฝังยาคุมกำเนิด 4) แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการฝังยาคุมกำเนิด 5) แบบสอบถามพลังความสามารถของตนเองต่อการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา ของแบบสอบถามลำดับที่ 2 - 5 เท่ากับ .92, .84, .80 และ .90 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามลำดับที่ 2-6 เท่ากับ .72, .77, .90, .78 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแคว์ และสถิติถดถอยพหุคูณจิสติกส์ ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 36 ราย (ร้อยละ 37.50) ตั้งใจที่จะฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ประสบการณ์การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ ($OR=0.225$, $95\%CI=0.057-0.891$) และพลังความสามารถของตนเองต่อการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด ($OR=6.677$, $95\%CI=1.339-33.561$)

ควรหาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการดูแลส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เคยคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์มาก่อน หรือจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพลังความสามารถของตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด ตั้งแต่ออยู่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตัดสินใจเลือกฝังยาคุมกำเนิดในระยะหลังคลอด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

คำสำคัญ: ยาฝังคุมกำเนิด, ตั้งครรภ์วัยรุ่น, ความตั้งใจคุมกำเนิด, ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: denlaong.n@msu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-1939417)

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study factors associated with the intention of pregnant adolescents to use a postpartum contraceptive implant. The sample was 96 pregnant adolescents aged under 20 who visited the antenatal clinic at Mahasarakham Hospital. The instruments used in this study included: 1) general information questionnaire, 2) knowledge on contraceptive implant questionnaire, 3) attitude towards contraceptive implant questionnaire, 4) subjective norms perceived for contraceptive implant questionnaire, 5) self-efficacy for postpartum contraceptive implant questionnaire, and 6) social support questionnaire. The content validity of questionnaire parts 2 to 5 were 0.92, 0.84, 0.80, and 0.90, respectively. The Cronbach's alpha coefficient of questionnaire parts 2 to 6 were 0.72, 0.77, 0.90, 0.78, and 0.87, respectively. Data were collected between July 2020 and July 2021, and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, and multiple logistical regression.

The results showed that a sample of 36 (37.50%) pregnant adolescent women intended to use a contraceptive implant after giving birth. Factors that were statistically significant associated with the intention to use postpartum contraceptive implant in adolescent pregnant women ($p < .05$) included pre-pregnancy contraceptive experience ($OR = 0.225$, $95\%CI = 0.057 - 0.891$) and self-efficacy for postpartum contraceptive implant ($OR = 6.677$, $95\%CI = 1.329 - 33.561$).

Per findings, adolescent pregnant women who intend to use contraceptive implants after giving birth have experienced pre-pregnancy contraceptives and have a high level of self-efficacy about the contraceptive implant. Therefore, it is important to invent strategies to encourage the intention to use a contraceptive implant in pregnant adolescence, especially those who have no contraceptive experience before pregnancy. Organizing activities for pregnant adolescent women to promote the self-efficacy to use contraceptive implants is also important for pregnant adolescents to decide to use a contraceptive implant in the postpartum period. This will result in preventing repeated pregnancy in adolescent pregnant women.

Keywords: Adolescent Pregnancy, Contraceptive Implant, Contraceptive Intention, Theory of Planned Behavior

บทนำ

การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ถือเป็นปัญหาที่สำคัญในเกือบทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2563 มีวัยรุ่นไทยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี คลอดบุตรร้อยละ 10.2 และคลอดซ้ำคิดเป็นร้อยละ 7.8 (Bureau of Reproductive Health, 2020) โดยการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพของมารดา

สุขภาพทารกและปัญหาทางด้านสังคม ปัญหาสุขภาพมารดาและทารก จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูก เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด ครรภ์เป็นพิษ (Talungchit, Lertbunnaphong, & Russameecharone, 2017; Wikie, Leung, Kumaraswami, Barlow, & Simas, 2016) โลหิตจางและภาวะขาดสารอาหาร คลอดทารก น้ำหนักตัวน้อย ทารกตายในครรภ์ ทารกเสียชีวิต และคลอดทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (Bureau of Reproductive Health, 2020; Talungchit, Lertbunnaphong, & Russameecharone, 2017; Wikie, Leung, Kumaraswami, Barlow, & Simas, 2016) ปัญหาด้านสังคมได้แก่ การตั้งครรภ์ซ้ำโดยไม่ตั้งใจ และวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำส่วนใหญ่เป็นนักเรียนนักศึกษา เมื่อตั้งครรภ์แล้วมักจะหยุดเรียนหรือลาออกจากโรงเรียนเพื่ออยู่บ้านดูแลบุตร ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น เป็นภาระของครอบครัวและสังคมตามมา (Bureau of Reproductive Health, 2020; Maslowsky, Stritzel, Hamoodah, Hendrick, Powers, Gutierrez, et al., 2021)

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นส่วนใหญ่ เป็นการตั้งครรภ์ซ้ำโดยไม่ไดวางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน สาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำที่สำคัญคือ ไม่คุมกำเนิด คุมกำเนิดไม่ต่อเนื่องหรือคุมกำเนิดด้วยวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพหลังคลอด (Aeamsamang, Srisuriyawet, & Homsin, 2013; Wikie, Leung, Kumaraswami, Barlow, & Simas, 2016) โดยมีการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีประวัติการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอก่อนการตั้งครรภ์ มีการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจสูงเป็น 3.34 เท่าของวัยรุ่นที่มีประวัติการคุมกำเนิดสม่ำเสมอก่อนการตั้งครรภ์ (Aeamsamang, Srisuriyawet, & Homsin, 2013) วิธีการคุมกำเนิดที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเลือกใช้ส่วนใหญ่เป็นวิธีการคุมกำเนิดระยะสั้น เช่น รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ฉีดยาคุมกำเนิด และการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งหากใช้ไม่สม่ำเสมอ หรือใช้ผิดวิธี ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำตามมาได้ (Aeamsamang, Srisuriyawet, & Homsin, 2013; Chacko, Wiemann, Buzi, Kozinetz, Peskin, & Smith 2016; Wisarutkasemopng, & Muangpin, 2015) ในปัจจุบันวิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวระยะยาว โดยเฉพาะยาฝังคุมกำเนิด เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เนื่องจากสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้นาน 3-5 ปี มีความต่อเนื่องในการคุมกำเนิด ประหยัดค่าใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพ ลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ และมารดาวัยรุ่นสามารถเข้ารับบริการฝังยาได้ฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย (Bureau of Reproductive Health, 2020) แต่ปัจจุบันกลับพบว่ามารดาวัยรุ่นมารับบริการฝังยาคุมกำเนิดน้อย เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ การรับทราบข้อมูลไม่เพียงพอ ขาดผู้ให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิด ผู้ปกครองมีทัศนคติและความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด กลัวความเจ็บปวดจากการฝังยา (Aeamsamang, Srisuriyawet, & Homsin, 2013; Bureau of Reproductive Health, 2020) และมีความเชื่อว่าการฝังยาคุมกำเนิด เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ใช้วิธีการคุมกำเนิดอื่นๆ แทนในระยะหลังคลอด (Chacko, Wiemann, Buzi, Kozinetz, Peskin, & Smith 2016; Chunin, Saejeng, & Sukrat, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ขณะตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี เคยมีประสบการณ์การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ (Wattanathamrong, Sirisophon, Kainakha, Onsiri, Amitpie, Anek, et al. 2017) ลักษณะครอบครัวแบบขยาย มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์ (Krungkaew, Phahuwatanakorn, & Pungbangkadee, 2021) มีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด (Krungkaew, Phahuwatanakorn, & Pungbangkadee, 2021; Somroop, Deoisres, & Suppaseemanont,

2019) และจากการศึกษาได้นำเอาแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior) (Ajzen, 1991) มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความตั้งใจในการฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กล่าวคือ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลมีเจตคติทางบวกต่อพฤติกรรม มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมให้เกิดขึ้น โดยพบว่าความตั้งใจฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอด มีความเกี่ยวข้องกับเจตคติต่อการฝึงยาคุมกำเนิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Gage, Wood, & Akilmani, 2021; Kiene, Hopwood, Lule, & Wanyenze, 2014; Krungkaew, Phahuwatanakorn, & Pungbangkadee, 2021; Wattanathamrong, Sirisophon, Kainakha, Onsiri, Amitpie, Anek, et al. 2017) หรือการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับบุคคลสำคัญต่อการตัดสินใจฝึงยาคุมกำเนิด โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมยังเป็นตัวกำหนดให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมตนเองให้ได้รับการคุมกำเนิด การรับรู้อำนาจในการควบคุมตนเองให้ตัดสินใจฝึงยาคุมกำเนิด และการมีพลังความสามารถในตนเองต่อการฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอด (Gage, Wood, & Akilmani, 2021; Kiene, Hopwood, Lule, & Wanyenze, 2014; Jumklang, Srisuriyawet, & Homsin, 2017; Wattanathamrong, Sirisophon, Kainakha, Onsiri, Amitpie, Anek, et al. 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึงยาคุมกำเนิดในระยะหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษามาใช้เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านสังคมและวัฒนธรรมกับวัยรุ่นไทย และงานวิจัยไทยส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจฝึงยาคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่อยู่ในระยะหลังคลอดและในสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์ จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการศึกษามาใช้ในการแก้ไขปัญหา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการฝึงยาคุมกำเนิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ว่ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึงยาคุมกำเนิดในระยะหลังคลอดหรือไม่ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความตั้งใจที่จะฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอดตั้งแต่วัยตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจฝึงยาคุมกำเนิดในระยะหลังคลอด และถือเป็นแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

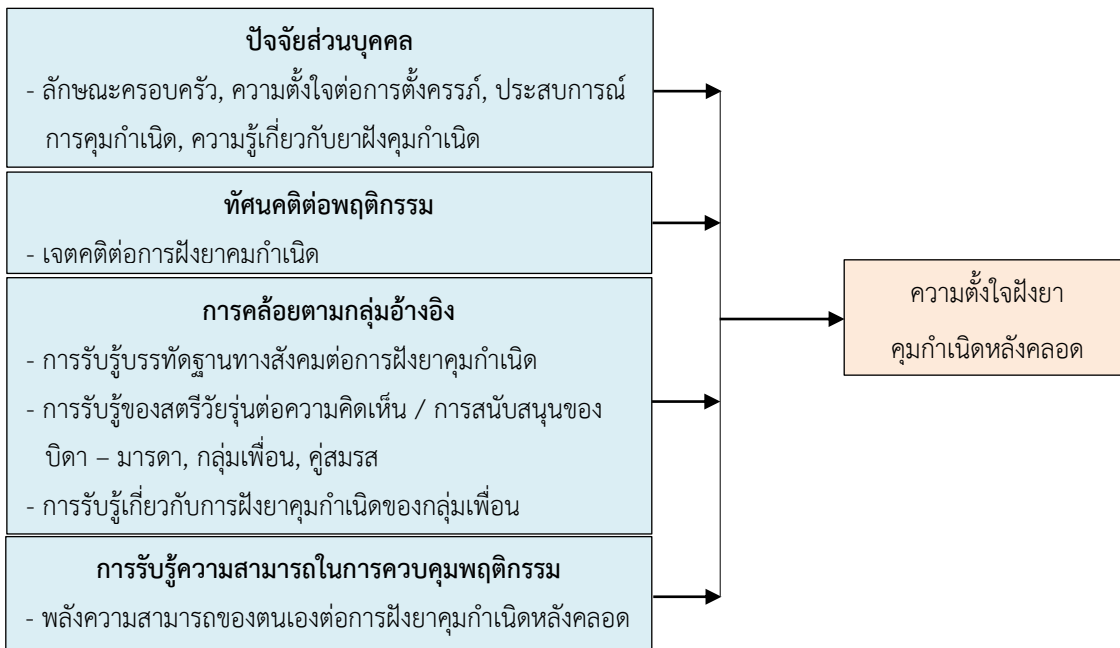
สมมุติฐานวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล (ลักษณะครอบครัว, ความตั้งใจต่อการตั้งครรภ์, ประสบการณ์การคุมกำเนิด, ความรู้เกี่ยวกับยาฝึงคุมกำเนิด) เจตคติต่อการฝึงยาคุมกำเนิด การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการฝึงยาคุมกำเนิด การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของบิดา-มารดา, กลุ่มเพื่อน, คู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับการฝึงยา

คุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน การสนับสนุนทางสังคม และพลังความสามารถของตนเองต่อการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาใช้เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Ajzen และ Fishbein (1975) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดจากการขึ้นนำโดยความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral Beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control Beliefs) ซึ่งความเชื่อแต่ละตัวจะส่งผลต่อตัวแปรต่าง ๆ (Ajzen, 1991) ในการศึกษาครั้งนี้ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral Beliefs) ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยเจตคติต่อการฝังยาคุมกำเนิด ด้านความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs) ผู้วิจัยศึกษาปัจจัย การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการฝังยาคุมกำเนิด การรับรู้ของสตรีวัยรุ่นต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของบิดา-มารดา, กลุ่มเพื่อน, คู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน การสนับสนุนทางสังคม และด้านความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control Beliefs) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล และพลังความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (Gage, Wood, & Akilmani, 2021; Kiene, Hopwood, Lule, & Wanyenze, 2014; Jumklang, Srisuriyawet, & Homsin, 2017) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าว โดยแสดงกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive Correlational Research Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (เมื่อคะแนนกำหนดคลอดแล้ว ณ วันกำหนดคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี) ทุกอายุครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) มีดังนี้ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (เมื่อคะแนนกำหนดคลอดแล้ว ณ วันกำหนดคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี) ทุกอายุครรภ์ 2) มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม 3) ไม่มีประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นต้น 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย สามารถพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 6) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) มีประวัติความผิดปกติทางด้านจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นต้น 2) มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (เมื่อคะแนนกำหนดคลอดแล้ว ณ วันกำหนดคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี) ทุกอายุครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดความเชื่อมั่นที่แอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอำนาจทำนายการใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวในสตรี คือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด พบค่า (OR=7.04) (Alemayehu, Belachew, & Tilahun, 2012) เมื่อแทนค่าในสูตรแล้ว จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96 ราย ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างให้ครบถ้วนทั้งหมด 96 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยส่วนที่ 1 จำนวน 16 ข้อ และส่วนที่ 2 จำนวน 1 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัย
2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ ถูก หรือผิด เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูกเท่ากับ 1 และตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 0-3=ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 4-6=ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 6-10=ระดับมาก
3. แบบสอบถามเจตคติต่อการฝังยาคุมกำเนิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert) ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน การแปลผลเป็นระดับเจตคติต่อการฝังยาคุมกำเนิด คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33=ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67=ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00=ระดับมาก

4. แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการฝังยาคุมกำเนิด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Intharueang, Masingboon, & Wacharasin, 2015) ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของบิดา- มารดา, กลุ่มเพื่อน, คู่สมรส/ แฟน เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด ประกอบด้วยข้อคำถามทั่วข้อละ 10 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของกลุ่มเพื่อน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert) ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33=ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67=ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00=ระดับมาก

5. แบบสอบถามพลังความสามารถของตนเองต่อการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert) ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33=ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67=ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00=ระดับมาก

6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธกษพล บุญยมาลิก (Boonyamalik, 2005) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะ เป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ (Rating Scale) โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert) ได้แก่ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย มีความเห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยเล็กน้อย และเห็นด้วยที่สุด คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 7.00 คะแนน การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.00=ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 3.01-5.00=ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 5.01-7.00=ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามลำดับที่ 2 - 5 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92, .84, .80, .90

2. ความเที่ยง (Reliability) จากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบสอบถามลำดับที่ 2-6 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .72, 0.77, .90, .78, และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ปี คือ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563-กรกฎาคม 2564 โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และจากโรงพยาบาลมหาสารคาม

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการ ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านทำความเข้าใจและเซ็นชื่อในใบยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรเดียวโดยใช้สถิติ Chi-Square
3. หลังจากวิเคราะห์ตัวแปรเดียว นำข้อมูลมาวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ โดยใช้สถิติถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple Logistic Regressions Analysis)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดียวโดย Chi-Square พบว่ามี Cell ที่มีค่าความคาดหวังน้อยกว่า 5 เกิน 20% จึงได้จัดกลุ่มตัวแปรอิสระให้เหลือเพียง 2 กลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Fisher Exact test และการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis) ได้ดำเนินการตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดยตัวแปรตามเป็นชนิด Dichotomous และก่อนจะวิเคราะห์ข้อมูลได้แปลงตัวแปรอิสระให้เป็นแบบ Dichotomous และได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้ Omnibus Test of Model Coefficients ได้ค่า Chi-square เท่ากับ 58.868 ค่า Sig. เท่ากับ 0.000 แสดงให้เห็นว่าโอกาสที่จะมีความตั้งใจต่อการฝึกายคุ่มกำเนิด ขึ้นอยู่กับตัวแปรอิสระที่อยู่ในสมการอย่างน้อย 1 ตัวแปร ในการทดสอบความกลมกลืนของสมการโดยใช้ Hosmer and Lemeshow Test ได้ว่า ค่า Chi-Square เท่ากับ 6.101 ค่า Sig. เท่ากับ 0.528 แสดงให้เห็นว่าค่าสมการที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รหัสโครงการ 134/2563 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2564 สิ้นสุดวันที่ 27 มีนาคม 2564 และต่ออายุครั้งที่ 1 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2564-27 มีนาคม 2565 และผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลมหาสารคาม รหัสโครงการ MSKH-REC 63-02-034 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2563 สิ้นสุดวันที่ 14 กรกฎาคม 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งใจฝึกายคุ่มกำเนิดหลังคลอด จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 และกลุ่มที่ไม่ตั้งใจฝึกายคุ่มกำเนิดหลังคลอด จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.50 สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งใจฝึกายคุ่มกำเนิดหลังคลอดมีอายุเฉลี่ย 17.38 ปี ($SD=1.5$) ร้อยละ 94.40 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.80 มีลักษณะครอบครัวแบบขยาย ร้อยละ 66.70 สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ

50.00 ไม่ได้ทำงาน มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 10,822.92 บาท ร้อยละ 55.60 มีรายได้ไม่แน่นอนหรือไม่เพียงพอ ในกลุ่มที่ตั้งใจฝึยกุมกำเนิดหลังคลอดส่วนใหญ่ร้อยละ 91.70 เป็นสตรีตั้งครรภ์แรก และการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ คิดเป็นร้อยละ 58.30 และร้อยละ 52.80 เคยมีประสบการณ์คุมกำเนิดก่อนที่จะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.90 ตั้งใจที่จะคุมกำเนิดด้วยวิธีการต่าง ๆ ภายหลังคลอด

2. ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจและไม่ตั้งใจในการฝึยกุมกำเนิดหลังคลอด

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจและไม่ตั้งใจในการฝึยกุมกำเนิดหลังคลอดด้วย Chi - square test (N = 96)

ตัวแปร	ความตั้งใจฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอด				Chi Square test	P-value
	กลุ่มตั้งใจฝึงยา (n=36)		กลุ่มไม่ตั้งใจฝึงยา (n=60)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	8	22.20	17	28.80	0.501	0.632
ครอบครัวขยาย	28	77.80	42	71.20		
2. ความตั้งใจต่อการตั้งครรภ์						
ตั้งใจ	15	41.70	26	43.30	0.026	1.000
ไม่ตั้งใจ	21	58.30	34	56.70		
3. ประสบการณ์คุมกำเนิด						
ไม่เคยคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์	17	47.20	16	26.70	4.214	.048*
เคยคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์	19	52.80	44	73.30		
4. ความรู้เกี่ยวกับการฝึงยาคุมกำเนิด						
ระดับมาก	31	86.10	37	61.70	6.508	0.012*
ระดับน้อย/ ระดับปานกลาง	5	13.90	23	38.30		
5. เจตคติต่อการฝึงยาคุมกำเนิด						
ระดับมาก	17	47.20	13	21.70	6.840	0.012
ระดับน้อย/ ระดับปานกลาง	19	52.80	47	78.30		
6. การรับรู้ต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของ บิดา- มารดาเกี่ยวกับการฝึงยาคุมกำเนิด						
ระดับมาก	26	72.20	15	25.00	20.506	<.001

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	ความตั้งใจฝ้ายาคุมกำเนิดหลังคลอด				Chi Square test	P-value
	กลุ่มตั้งใจฝ้ายา (n=36)		กลุ่มไม่ตั้งใจฝ้ายา (n=60)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับน้อย/ ระดับปานกลาง	10	27.80	45	75.00		
7. การรับรู้ต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับการฝ้ายาคุมกำเนิด						
ระดับมาก	18	50.00	7	11.70	17.166	<.001
ระดับน้อย/ ระดับปานกลาง	18	50.00	53	88.30		
8. การรับรู้ต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของแฟน คู่สมรสเกี่ยวกับการฝ้ายาคุมกำเนิด						
ระดับมาก	25	69.40	13	21.70	7.800	<.001
ระดับน้อย/ระดับปานกลาง	11	30.60	47	78.30		
9. การรับรู้เกี่ยวกับการฝ้ายาคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน						
ระดับมาก	16	44.40	5	8.30	17.168	<.001
ระดับน้อย/ ระดับปานกลาง	20	55.60	55	91.70		
10. พลังความสามารถของตนเองต่อการฝ้ายาคุมกำเนิดหลังคลอด						
ระดับมาก	22	61.10	7	12.30	24.517	<.001
ระดับน้อย/ ระดับปานกลาง	14	38.90	53	87.70		
11. การสนับสนุนทางสังคม						
ระดับมาก	27	75.00	33	55.00	3.840	0.054
ระดับน้อย/ ระดับปานกลาง	9	25.00	27	45.00		

จากตาราง 1 พบว่าปัจจัยด้านประสบการณ์การคุมกำเนิด ($p=0.048$) ความรู้เกี่ยวกับการฝ้ายาคุมกำเนิด ($p=0.012$) เจตคติต่อการฝ้ายาคุมกำเนิด ($p=0.012$) การรับรู้ต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของ บิดา- มารดา เกี่ยวกับการฝ้ายาคุมกำเนิด ($p<.001$) การรับรู้ต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับการฝ้ายาคุมกำเนิด ($p<.001$) การรับรู้ต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของแฟน หรือคู่สมรสเกี่ยวกับการฝ้ายาคุมกำเนิด ($p<.001$) การรับรู้เกี่ยวกับการฝ้ายาคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน ($p=0.000$) และพลังความสามารถของตนเองต่อการฝ้ายาคุมกำเนิด

หลังคลอด ($p<.001$) มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึหายาคูมกำเนิดหลังคลอด ส่วนปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว ความตั้งใจต่อการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มตั้งใจและไม่ตั้งใจในการฝึหายาคูมกำเนิดหลังคลอด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังจากวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึหายาคูมกำเนิดหลังคลอด ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ความตั้งใจต่อการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม แต่ผู้วิจัยยังคงนำตัวแปรเหล่านี้มาวิเคราะห์ในขั้นตอนการวิเคราะห์พหุโลจิสติก เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าครอบครัว ความตั้งใจต่อการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดด้วย

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจและไม่ตั้งใจในการฝึหายาคูมกำเนิดหลังคลอด

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	Exp (B)	95% CI OR		p-value
				Lower	Upper	
1. ลักษณะครอบครัว	0.397	0.720	1.487	0.363	6.100	0.581
2. ตั้งใจตั้งครรภ์	-1.280	0.701	0.278	0.070	1.097	0.068
3. ประสบการณ์การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์	-1.407	0.701	0.225	0.057	0.891	0.034*
4. ความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิด	0.702	0.736	2.019	0.477	8.536	0.340
5. เจตคติต่อการฝึหายาคูมกำเนิด	-0.524	0.824	0.592	0.118	2.975	0.524
6. การรับรู้ต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของ บิดา-มารดาเกี่ยวกับการฝึหายาคูมกำเนิด	1.253	0.743	3.500	0.816	15.013	0.092
7. การรับรู้ต่อความคิดเห็น การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับการฝึหายาคูมกำเนิด	0.659	0.788	1.932	0.412	9.052	0.403
8. การรับรู้ต่อความคิดเห็น การสนับสนุนของแฟนหรือคู่สมรสเกี่ยวกับการฝึหายาคูมกำเนิด	1.082	0.721	2.949	0.718	12.111	0.133
9. การรับรู้เกี่ยวกับการฝึหายาคูมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน	0.885	0.909	2.423	0.408	14.390	0.330
10. พลังความสามารถของตนเองต่อการฝึหายาคูมกำเนิดหลังคลอด	1.899	0.824	6.677	1.329	33.561	0.021*
11. การสนับสนุนทางสังคม	-0.563	0.710	0.569	0.141	2.291	0.428

หมายเหตุ: *คือ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis) พบว่า เมื่อมีการควบคุมตัวแปรแล้ว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึหายาคูมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์ด้วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ได้แก่ ประสบการณ์การคุมกำเนิด โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การ

คุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์จะมีโอกาสตั้งใจฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีประสบการณ์การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ 0.225 เท่า (OR= 0.225, 95%CI= 0.057-0.891) และพลังความสามารถของตนเองต่อการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีพลังความสามารถของตนเองต่อการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดระดับมากจะมีโอกาสตั้งใจฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีพลังความสามารถของตนเองต่อการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดระดับน้อย/ปานกลาง 6.677 เท่า (OR=6.677, 95%CI= 1.329-33.561)

อภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า ปัจจัยด้านประสบการณ์การคุมกำเนิด และปัจจัยพลังความสามารถของตนเองต่อการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ปัจจัยด้านประสบการณ์การคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (OR=0.225; 95%CI= 0.057-0.891, $P<.05$) แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีประสบการณ์การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์จะมีโอกาสที่จะตั้งใจฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มีประสบการณ์การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ 0.225 เท่า จากการศึกษาในครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.5 เคยมีประสบการณ์การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์มาก่อน โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งใจฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดร้อยละ 47.2 ไม่เคยคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 52.8 เคยคุมกำเนิดด้วยวิธีการอื่นที่ไม่ใช่ยาฝังคุมกำเนิด เช่น ยาฉีดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำที่มีประสบการณ์การคุมกำเนิด มีระดับความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 54.79 และมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (Wattanathamrong, Sirisophon, Kainakha, Onsiri, Amitpie, Anek, et al. 2017) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเคยใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะสั้นก่อนการตั้งครรภ์ และในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งใจจะฝังยาคุมกำเนิดในระยะหลังคลอด ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.3 ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น จึงต้องการเว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์ (Asnong, Fellmeth, Plugge, Wai, Pimanpanarak, Paw, et al., 2018) ประกอบกับระดับความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ไม่ตั้งใจฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดอยู่ในระดับน้อย/ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.3 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ตั้งใจฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดอยู่ในระดับน้อย/ปานกลางเพียงร้อยละ 13.9 ดังนั้น หากได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดจากแพทย์หรือพยาบาล (Rueankhong, Suthutvoravut, & Tangthitawong, 2018) หรือได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เกี่ยวกับการฝังยาคุมกำเนิดหลังคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และการมีประสบการณ์การคุมกำเนิดด้วยวิธีการคุมกำเนิดระยะสั้นมาก่อน ก็จะส่งผลต่อความตั้งใจที่จะตัดสินใจฝังยาคุมกำเนิดในระยะหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้

ปัจจัยด้านพลังความสามารถของตนเองต่อการฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Control Beliefs) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($OR=6.677$; $95\%CI= 1.329-33.561$, $P<.05$) แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีพลังความสามารถของตนเองต่อการฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอดระดับมากจะมีโอกาสที่จะตั้งใจฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีพลังความสามารถของตนเองต่อการฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอดระดับน้อย/ปานกลาง 6.677 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นหลังคลอดที่ไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ มีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่สะดวก และปลอดภัยกับตัวเอง และเมื่อได้รับคำแนะนำและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอดจากแพทย์ ว่าเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถฝึดยาโดยไม่ค่าใช้จ่าย ทำให้ตนเกิดความมั่นใจ และตัดสินใจเลือกฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอด (Luttges, Leal, Huepe, Gonzalez, Gonzalez, & Molina, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาด้านการควบคุมตนเองให้ได้รับการคุมกำเนิด การรับรู้อำนาจในการควบคุมตนเองให้ไปรับการคุมกำเนิด และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อการคุมกำเนิด พบว่ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ยาฝึดยาคุมกำเนิดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ ($r=.665$, $p<.05$) (Wattanathamrong, Sirisophon, Kainakha, Onsiri, Amitpie, Anek, et al. 2017) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการคุมกำเนิดระยะยาวหลังคลอด ($r=.39$, $p<.01$) (Krungkaew, Phahuwatanakorn, & Pungbangkadee, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและพลังความสามารถของตนเอง พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีพลังความสามารถต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการคุมกำเนิดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) (Gage, Wood, & Akilmani, 2021) จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ยประมาณ 17.38 ปี และร้อยละ 69.4 ในกลุ่มที่ตั้งใจฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอดมีอายุมากกว่า 17 ปี ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงอายุวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีความคิด ความเชื่อที่เป็นตัวของตนเองมากขึ้น และในกลุ่มที่ตั้งใจฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอดร้อยละ 52.8 เคยมีประสบการณ์การคุมกำเนิดด้วยวิธีการอื่นมาแล้ว ดังนั้นอาจจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการฝึดยาคุมกำเนิดในระยะหลังคลอด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

จากการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจและไม่ตั้งใจฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยวิธีไคสแควร์ (Chi Square test) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับยาฝึดยาคุมกำเนิด เจตคติต่อการฝึดยาคุมกำเนิด การรับรู้ต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของบิดา-มารดา กลุ่มเพื่อน และคู่สมรสเกี่ยวกับการฝึดยาคุมกำเนิด และการรับรู้เกี่ยวกับการฝึดยาคุมกำเนิดของกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่หลังจากทดสอบด้วยสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple Logistic Regressions) พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดย

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการฝึดยาคุมกำเนิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาฝึดยาคุมกำเนิดอยู่ในระดับมากทั้งกลุ่มที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจฝึดยาคุมกำเนิด วิเคราะห์ความสัมพันธ์พบความรู้เกี่ยวกับการฝึดยาคุมกำเนิด ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึดยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($p>.05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่

พบว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับยาฝึقمูกำเนิดไม่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝึقمูกำเนิดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรกหลังคลอด (Somroop, Deoisres, & Suppaseemanont, 2019) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยาฝึقمูกำเนิด แต่การตัดสินใจที่จะฝึคมูกำเนิดยังประกอบไปด้วยปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การสนับสนุนจากบิดา-มารดา ญาติ หรือสามี เนื่องจากบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นอย่างมาก มีการศึกษาพบว่าบุคคลสำคัญในกลุ่มตัวอย่างคล้อยตามในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาวรองจากมารดา คือ สามีหรือคู่รัก (Krunkaew, Phahuwatanakorn, & Pungbangkadee, 2021)

ปัจจัยด้านเจตคติต่อการฝึคมูกำเนิดหลังคลอด ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึคมูกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($p>.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ยาฝึคมูกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (Somroop, Deoisres, & Suppaseemanont, 2019; Jumklang, Srisuriyawet, & Homsin, 2017) โดยปัจจัยด้านทัศนคติเพียงอย่างเดียว อาจจะไม่สามารถส่งผลต่อความตั้งใจและการตัดสินใจในการฝึคมูกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ทั้งนี้จะต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การสนับสนุนการใช้ยาฝึคมูกำเนิดจากบุคคลสำคัญ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านเจตคติ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใช้ยาฝึคมูกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ (Gage, Wood, & Akilimani, 2021; Krunkaew, Phahuwatanakorn, & Pungbangkadee, 2021; Wattanathamrong, Sirisophon, Kainakha, Onsiri, Amitpie, Anek, et al. 2017)

ปัจจัยการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการฝึคมูกำเนิด ในด้านการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อความคิดเห็น/การสนับสนุนของบิดา - มารดา และการรับรู้ต่อความคิดเห็น การสนับสนุนของแฟนหรือคู่สมรสเกี่ยวกับการฝึคมูกำเนิด ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึคมูกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($p>.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึคมูกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (Krunkaew, Phahuwatanakorn, & Pungbangkadee, 2021; Wattanathamrong, Sirisophon, Kainakha, Onsiri, Amitpie, Anek, et al. 2017) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้รับการให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการฝึคมูกำเนิดหลังคลอดจากแพทย์หรือพยาบาลขณะตั้งครรภ์ทำให้ตัดสินใจฝึคมูกำเนิดหลังคลอด (Asnong, Fellmeth, Plugge, Wai, Pimanpanarak, Paw, et al., 2018) มากกว่าการได้รับข้อมูลและการสนับสนุนเกี่ยวกับการฝึคมูกำเนิดจากบิดา-มารดา และแฟนหรือสามี ทั้งนี้จากวัฒนธรรมไทยที่บุคคลจะมีความเชื่อถือบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถที่เฉพาะทาง และสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าบุคคลอื่น ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความมั่นใจ และตัดสินใจฝึคมูกำเนิดหลังคลอดเมื่อได้รับคำแนะนำ

การรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อความคิดเห็น การสนับสนุนของกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับยาฝึคมูกำเนิด การรับรู้เกี่ยวกับการฝึคมูกำเนิดของกลุ่มเพื่อน และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึคมูกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($p>.05$) อาจเนื่องมาจากเมื่อตั้งครรภ์แล้ว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.7 หยุดเรียน ไม่ได้กลับไปเรียนหนังสือต่อ ทำให้ไม่ได้ติดต่อสื่อสารกับเพื่อนเช่นเคย และกลุ่มเพื่อนวัยรุ่นส่วนใหญ่อาจจะ

ยังไม่มีเคยมีประสบการณ์ในการใช้ยาฝึงคุมกำเนิด ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำ หรือสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความตั้งใจที่จะฝึงยาคุมกำเนิดในระยะหลังคลอดได้ รวมถึงบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากที่สุดคือ บิดา-มารดา สามี แพทย์หรือพยาบาลที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาฝึงคุมกำเนิดแก่สตรีตั้งครรภ์ได้มากกว่ากลุ่มเพื่อน (Krunkaew, Phahuwatanakorn, & Pungbangkadee, 2021; Gage, Wood, & Akilmani, 2021) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก แต่อาจจะไม่ใช้การสนับสนุนเกี่ยวกับการฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอด จึงพบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สตรีวัยรุ่นที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝึงคุมกำเนิดมากจะมีการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดเป็น 1.11 เท่าของสตรีวัยรุ่นที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝึงคุมกำเนิดน้อย (Somroop, Deoisres, & Suppaseemanont, 2019) และการศึกษาที่พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาฝึงคุมกำเนิดในระดับสูง มีโอกาสที่จะตัดสินใจใช้ยาฝึงคุมกำเนิดสูงเท่ากับ 13.7 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำ (Jumklang, Srisuriyawet, & Homsin, 2017)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า การเคยมีประสบการณ์การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ และพลังความสามารถของตนเองต่อการฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนั้นควรหาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการดูแลส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เคยคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์มาก่อนหรือจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพลังความสามารถของตนเองในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการตัดสินใจเลือกฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอดแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเฉพาะในรายที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งใจที่จะฝึงยาคุมกำเนิดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และตัดสินใจเลือกฝึงยาคุมกำเนิดในระยะหลังคลอด
2. ควรศึกษาโปรแกรม หรือศึกษาเชิงทดลอง ในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดพลังความสามารถของตนเอง ในการเกิดความตั้งใจที่จะฝึงยาคุมกำเนิดหลังคลอดตั้งแต่วัยอยู่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการตัดสินใจเลือกคุมกำเนิดหลังคลอดด้วยวิธีการฝึงยาคุมกำเนิดในระยะหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยของอาจารย์ งบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

References

- Aeamsamarng, P., Srisuriyawet, R., & Homsin, P. (2013). Risk Factors of Unintended Repeat Pregnancy among Adolescents. *The Public Health Journal of Burapha University*, 8(1), 55-67. (in Thai)
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*, 50(2), 179-211.
- Alemayehu, M., Belachew, T., & Tilahun, T. (2012). Factors Associated with Utilization of Long-Acting and Permanent Contraceptive Methods among Married Women of Reproductive Age in Mekelle Town, Tigray Region, North Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(6), 1-9.
- Asnong, C., Fellmeth, G., Plugge, E., Wai, N S., Pimanpanarak, M., Paw, M K., et al. (2018). Adolescents' Perceptions and Experiences of Pregnancy in Refugee and Migrant Communities on the Thailand-Myanmar Border: a Qualitative Study. *Reproductive Health*, 15(83), 1-13.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of Adolescent Suicidal Ideation: Role of Life Stress, Depressive Symptoms and Substance Use (Thailand)*. Unpublished Dissertation, Johns Hopkins University, US.
- Bureau of Reproductive Health, (2020). Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. Teenage pregnancy. (Internet). (cited 2021 Nov 1). Available from: <https://rhold.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>.
- Chacko, M. R., Wiemann, C. M., Buzi, R. S., Kozinetz, C. A., Peskin, M., & Smith, P. B. (2016). Choice of Postpartum Contraception: Factors Predisposing Pregnant Adolescent to Choose Less Effective Methods Over Long-Acting Reversible Contraception. *Journal of Adolescent Health*, 58, 628-635.
- Chunin, R., Saejeng, K., & Sukrat, B. (2016). Contraceptive Service Provision of Hospitals in Thailand in 2015. *Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand*, 39(2), 1-118. (in Thai)
- Gage, A. J., Wood, F. E., & Akilmani, P. Z. (2021). Perceived Norms, Personal Agency, and Postpartum Family Planning Intentions among First-Time Mothers Age 15–24 Years in Kinshasa: A Cross-Sectional Analysis. *PLOS ONE*, 16(7), 1-24.
- Intharueang, U., Masingboon, K., & Wacharasin, C. (2015). A Causal Model of Contraceptive Behavior among Female Adolescents. *Journal of Nursing and Health Care*, 33(4), 43-53. (in Thai).

- Jumklang, S., Srisuriyawet, R., & Homsin, P. (2017). Correlated Factors with Decision Making of Birth Control Implant Used Based on the Information-Motivation Behavioral Skills Model (IBM Model) among Teen Mothers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(2), 31-42. (in Thai).
- Kiene, S. M., Hopwood, S., Lule, H., & Wanyenze, R. (2014). An Empirical Test of the Theory of Planned Behaviour Applied to Contraceptive Use in Rural Uganda. *J Health Psychol*, 19(12), 1564–1575.
- Krungkaew, P., Phahuwatanakorn, W., & Pungbangkadee, R. (2021). Predictability of Knowledge, Attitude, Subjective Norm and Perceived Behavior Control on Intention to the Use of Long-Acting Reversible Contraception among Primipara Pregnant Adolescents. *Nursing Science Journal of Thailand*, 39(1), 64-76. (in Thai).
- Luttges, C., Leal, I., Huepe, G., Gonzalez, D., Gonzalez, E., & Molina, T. (2021). Pregnant Again? Perspectives of Adolescent and Young Mothers who and do Not Experience a Repeat Pregnancy in Adolescence. *International Journal of Qualitative Study on Health and Well-Being*, 16, 1-12.
- Maslowsky, J., Stritzel, H., Hamoodah, L. A., Hendrick, E., Powers, D., Gutierrez, T. B., et al., (2021). Health Behaviors and Prenatal Health Conditions in Repeat Vs First-Time Teenage Mothers in the United States: 2015-2018. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(1), 47-53.
- Rueankhong, W., Suthutvoravut, S., & Tangthitawong, J. (2018). Factors Associated With the Use of Subdermal Etonogestrel Implants Among Postpartum Primipara Adolescents. *Ramathibodi Medical Journal*, 14(1), 9-16. (in Thai).
- Somroop, A., Deoisres, W., & Suppaseemanont, W. (2019). Factorss Influencing the Use of Postpartum Contraceptive Implants among Primiparous Adolescents. 2019. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(3), 79-87. (in Thai).
- Talungchit, P., Lertbunnaphong, T., & Russameecharone, K. (2017). Prevalence of Repeat Pregnancy Including Pregnancy Outcome of Teenage Women. *Siriraj Medical Journal*, 69(6), 363-368. (in Thai)
- Wattanathamrong, V., Sirisophon, N., Kainakha, P., Onsiri, S., Amitpie, C., Anek, A., et al. (2017). Factors Related Intention Contraception Type Implants in Repeat Pregnancies Adolescents. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(1), 102-11. (in Thai).

- Wikie, G. L., Leung, K., Kumaraswami, T., Barlow, E., & Simas, T. A. M. (2016). Effects of Obstetric Complications on Adolescent Postpartum Contraception and Rapid Repeat Pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 29, 612-616.
- Wisartkasemopng, A., & Muangpin, S. (2015). Factors Related to the Intention to Repeat Pregnancy among Pregnant Adolescents. *Srinagarind Med J*, 30(3), 262-269. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Factors Associated with Self-Care Behaviors of Patients with
Non-Communicable Diseasesอุไรวรรณ สาสังข์¹, สุนันทา ครองยุทธ¹ และ ยมนา ชนะนิล^{1*}Uraiwan Sasang¹, Sununta Krongyuth¹ and Yommana Chananin^{1*}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี^{1*}Faculty of nursing, Ubonratchatani University^{1*}

(Received: July 29, 2021; Revised: February 18, 2022; Accepted: March 10, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด ในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 230 ราย ใช้การสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.135$ $p=.044$; $r_s=.229$ $p<.001$; $r_s=.372$ $p<.001$ ตามลำดับ) และปัจจัยกระตุ้นด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-.257$ $p<.001$)

การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงมีความสำคัญ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพป้องกันผลกระทบจากโรคและนำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตในที่สุด

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: yommana.c@ubu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-2047621)

Abstract

This correlational research aimed to study the relationship between some selected factors and self-care behaviors in patients with non-communicable diseases in rural Ubon Ratchathani province. The sample group was 230 patients with non-communicable diseases that had received medical treatment from January 2018 to March 2018 at a health-promoting hospital. They were selected with a random sampling technique. Instruments were a health-belief questionnaire and a self-care behavior questionnaire. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and Spearman's rank correlation coefficient.

Results were as follows. Personal factors, including age, marital status, and health beliefs, were positively associated with self-care behaviors with statistical significance ($r_s=.135$ $p=.044$; $r_s=.229$ $p<.001$; $r_s=.372$ $p<.001$, respectively), and the factor for stimulated awareness of information about diseases were negatively associated with the behaviors with statistical significance ($r_s=-.257$ $p<.001$).

Therefore, it is important to reinforce the promotion of self-care behaviors in patients with non-communicable diseases, the provision of medical information, and the stimulation to the awareness of the risk of infection, and the severity of each disease vitally prevented the effects of such causes and were prone to better quality of lives.

Keywords: Non-Communicable Disease, Self-Care Behaviors, Health Belief, Health Behaviors

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก (World Health Organization, 2013) และของประชาชนไทยในแง่ภาระโรคและอัตราการเสียชีวิต รวมทั้งทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ (DALYs) และความสูญเสียสุขภาพจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) ในประชาชนไทย กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือราว 320,000 คนต่อปี (The Policy and Strategy Section, Bureau of Non-Communicable Disease, 2017) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากพฤติกรรมกาณ์ดำเนินชีวิตซึ่ง การดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ สะสมอาการอย่างค่อยเป็นค่อยไป หากไม่ดูแลตนเองหรือควบคุมพฤติกรรมสุขภาพจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ทั้งอาการวิกฤตเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่นอาจเกิดภาวะหลอดเลือดสมองปริแตกแทรกซ้อนทำให้เกิดความพิการ เป็นอัมพาตช่วยเหลือตนเองไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ซึ่งในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 30.2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือโรคหลอดเลือดสมอง (Duangnate, 2021) จากผลกระทบทางร่างกาย

และจิตใจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากโรคจึงมีความสำคัญ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตัวแปรสำคัญหนึ่งคือการควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Pragodpol, Suwannaka, Chaiyarit, Sosome, Sritan, Soisrisawat, & et al., 2015)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน จนเกิดความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประชาชนมีทักษะในการเข้าถึง เข้าใจและประมวลข้อมูลสุขภาพ เพื่อใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง (Intarakamhang, 2017) ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยองค์การอนามัยโลกกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีแผนปฏิบัติการระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2556-2563 (Global Action Plan for NCD Prevention and Control 2013 -2020) โดยกำหนดเป้าหมาย 9 ข้อ ดังนี้ 1) อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดลงร้อยละ 25 2) การบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพต่อหัวของประชากรต่อปี ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10 3) ความชุกของประชากรที่กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ลดลงร้อยละ 10 4) ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากร ลดลงร้อยละ 30 5) ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30 6) ความชุกของผู้มีความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 25 หรือควบคุมความชุกให้อยู่ในระดับเดิมตาม 7) ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานและโรคอ้วนไม่เพิ่มขึ้น 8) ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับยาและบริการคำปรึกษาเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 และ 9) มีเทคโนโลยีพื้นฐานและยาที่จำเป็นสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ทั้งในสถานบริการของรัฐและเอกชน ร้อยละ 80 (World Health Organization, 2013)

ประเทศไทยมีการกำหนดมาตรการหนึ่งในนโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชน คือการจัดให้มีมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราป่วย ตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้มีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ซึ่งมีวิสัยทัศน์ให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพ พอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ โดยมีการกำหนดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายในการพัฒนา (Cooney, 2014) และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) กลยุทธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองจะช่วยส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ (The Policy and Strategy Section, Bureau of Non-Communicable Disease, 2017) จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 37.5 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 8.1 และพบว่าประชากรไทยรับประทานปริมาณเกลือโซเดียมมากถึง 3,246 มิลลิกรัมต่อวันต่อคน สูงกว่าเกณฑ์สากลที่กำหนด (2000 มก/วัน) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงเชิงลบที่คุกคามสุขภาพ สะท้อนถึงการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (Karnjanapiboonwong, Khamwangsanga, & Kaewtha, 2020) ซึ่งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่ม

เสี่ยง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง (Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana, 2016) และปัจจัยด้านการได้รับการกระตุ้นเตือน จากสมาชิกในครอบครัว การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รายได้และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข มีแนวโน้มทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงขึ้น (Khongton, 2017).

การสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมดูแลตนเองนั้นๆของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานอันจะนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ช่วยลดอัตราป่วยอัตราตายที่เกิดจากโรคแทรกซ้อน และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เชื่อว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคนั้นขึ้นกับ 1) ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ศาสนา บุคลิกภาพ เป็นต้น สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ และภาวะคุกคามของโรค และ 3) ปัจจัยความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood Action) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตน และอุปสรรคในการปฏิบัติ (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008)

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

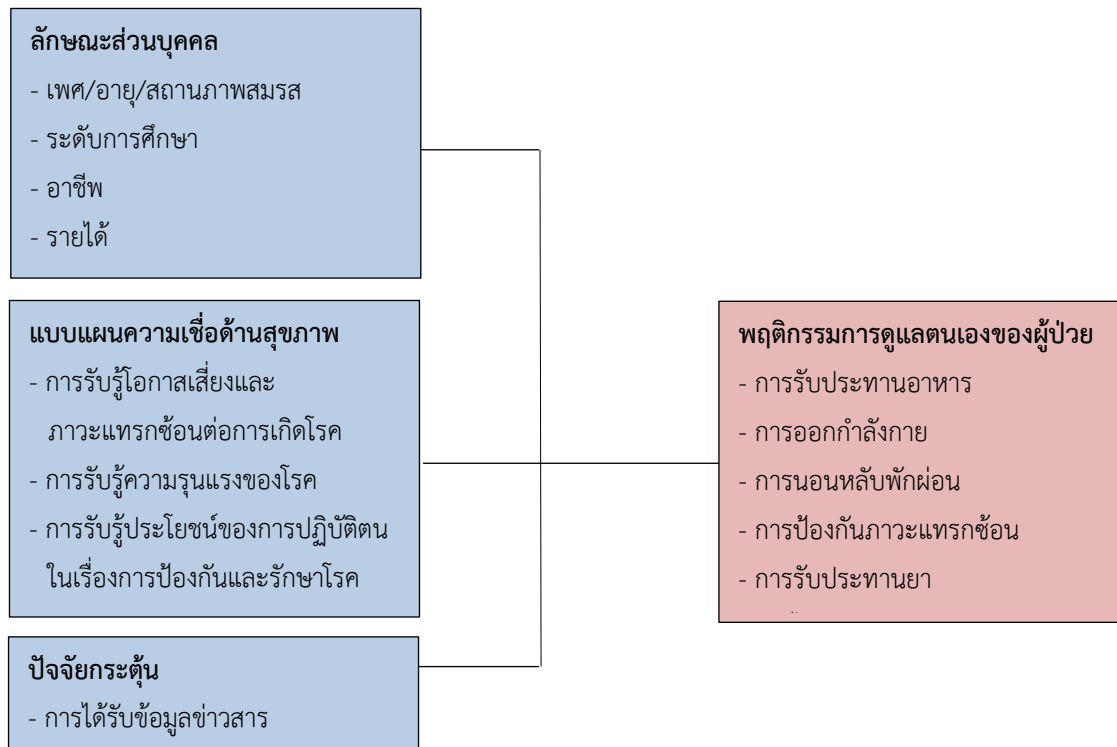
สมมุติฐานวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
3. ปัจจัยกระตุ้น ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ด้านการได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว และด้านการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค บุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการ

เกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรค และรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมาย หากบุคคลมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี โดยการดูแลตนเองที่สำคัญในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนการรับประทานยาและการมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นต้น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัดพักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จำนวน 988 ราย ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้ใช้บริการที่มารับการรักษาตามนัด ในคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด ในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 2) ได้รับการวินิจฉัย

เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบหายใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมอง และไม่เจ็บป่วยในระยะวิกฤตเฉียบพลัน 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยอ่านออกเขียนได้ และ 4) สมารถใจให้ข้อมูลในการวิจัยนี้

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด จำนวน 230 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ r เท่ากับ .239 กำหนดค่า α เท่ากับ .05 และค่า Power ($1 - \beta$) เท่ากับ 0.90 สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยาที่ผู้ป่วยได้รับ แหล่งสุขภาพ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประเมินการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 ด้าน เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยมากที่สุด = 5 เห็นด้วยมาก = 4 เห็นด้วยปานกลาง = 3 เห็นด้วยน้อย = 2 และไม่เห็นด้วย = 1

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 ด้าน เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยา การไปตรวจตามนัด จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ = 5 ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4 ปฏิบัติบางครั้ง = 3 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 2 และไม่เคยปฏิบัติเลย = 1 การแปลผลคะแนนระดับพฤติกรรม ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หาค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ .79 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ .65

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัด ผู้วิจัยแนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ถามความสมัครใจในการให้ข้อมูลและให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองตามความเป็นจริง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามเองได้ ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในแบบสอบถามอย่างช้าๆบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม และทำการตรวจสอบความถูกต้องจนครบสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติวิเคราะห์พื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยกระตุ้นการได้รับข้อมูลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

จริยธรรมวิจัย

ในการทำวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยการวิจัย ได้อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-60/2560 วันที่รับรอง 22 มกราคม 2561 – 23 มกราคม 2562 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีวิจัย ประโยชน์และผลกระทบจากการวิจัยให้รับทราบพร้อมให้ลงนามยินยอมตามแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เป็นไปโดยการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยมิได้บังคับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 ราย พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 74.36 อายุเฉลี่ย 61.26 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 45 - 60 ปี มากที่สุดร้อยละ 47.43 รองลงมา คือ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 46.15 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.36 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 84.19 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 43.59 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.26 มีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพียงโรคเดียว ร้อยละ 51.28 มีโรคร่วม 2 โรค ร้อยละ 34.62 และมีโรคร่วม 3 โรค ร้อยละ 14.10 โดยส่วนมากกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 80.34 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 43.59 ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 41.88 รองลงมา มีระยะเวลาเจ็บป่วย 5 – 10 ปี ร้อยละ 36.75 และส่วนมากไปพบแพทย์ 3 - 4 ครั้ง/ปี ร้อยละ 44.44 ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 78.63 ไม่มีสูบบุหรี่ร้อยละ 83.76 ไม่ดื่มสุราร้อยละ 72.22 และส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายถึงร้อยละ 85.00

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตาราง 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับพฤติกรรม
การรับประทานอาหาร	3.43	.67	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	3.67	.84	ดี
การนอนหลับพักผ่อน	3.80	.78	ดี
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.71	1.22	ดี
การรับประทานยา	4.24	0.64	ดี
การไปตรวจตามนัด	3.87	0.75	ดี
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	3.81	0.42	ดี

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($M=3.81$, $SD=.42$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=4.24$, $SD=.64$) รองลงมาคือพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการไปรับการตรวจตามนัด ($M=3.87$, $SD=.75$) ขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M=3.43$, $SD=.67$)

3. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตาราง 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกเป็นรายด้าน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการรับรู้
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรค	3.53	0.57	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.31	0.60	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรค	4.20	0.98	ดี
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน	2.08	0.91	ต่ำ
ระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	3.28	0.47	ปานกลาง

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean=3.28$, $SD=.47$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรคอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=4.20$, $SD=0.98$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.53$, $SD=0.57$; $M=3.31$, $SD=0.60$ ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M=2.08$, $SD=.91$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	r_s	p -value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	.129	.055
อายุ	.135	.044
สถานภาพสมรส	.229	<.001
ระดับการศึกษา	-.016	.816
อาชีพ	-.108	.106
รายได้	-.079	.245
โรคประจำตัว	-.041	.541
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	.372	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรค	.293	<.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.189	.004
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรค	.392	<.001
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน	.73	.264
ปัจจัยกระตุ้นด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค	-.257	<.001

จากตาราง 3 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.135$ $p=.044$; $r_s=.229$ $p<.001$) ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.372$ $p<.001$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.293$ $p<.001$; $r_s=.189$ $p=.004$; $r_s=.392$ $p<.001$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยกระตุ้นด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-.257$ $p<.001$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 61.26 ปี โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 45 - 60 ปี ถึงร้อยละ 47.43 และมีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพียงโรคเดียว ร้อยละ 51.28 และอีกกว่าร้อยละ 48.72 มีโรคร่วม ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน การศึกษาค้นครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายด้านกลับพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับประทานอาหารทุกชนิดโดยไม่จำกัด และการหลีกเลี่ยงอาหารที่จะส่งผลให้โรคกำเริบ เช่น อาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม เป็นต้น ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับข้อมูลการรายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคปริมาณเกลือโซเดียมต่อวันต่อคนของประชากรไทยยังสูงกว่าเกณฑ์สากลที่กำหนด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามภาวะสุขภาพ (Karnjanapiboonwong, Khamwangsanga, & Kaewtha, 2020)

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขณะที่อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.135$ $p=.044$) อธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้บุคคลสนใจใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นไปด้วย อาจเนื่องมาจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง ยังผลให้เกิดความเครียดกังวลต่อสุขภาพเจ็บป่วยเดิมที่เป็นอยู่ ทำให้มีความสนใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการศึกษานี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($Mean=4.24$, $SD=.64$) อยู่ในระดับดี แสดงถึงความใส่ใจในการดูแลสุขภาพของบุคคลร่วมกับสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งร้อยละ 74.36 มีสถานภาพสมรสคู่ อาจเป็นไปได้ว่าคู่ชีวิตมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญปัญหาเกี่ยวกับสภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.229$ $p<.001$) อีกทั้งการได้รับปัจจัยกระตุ้น ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค จากบุคคลในครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพที่สำคัญ จากข้อมูลทั่วไปพบว่า ร้อยละ 44.44 ไปพบแพทย์ตามนัด 3 - 4 ครั้ง/ปี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายมากถึงร้อยละ 85.04 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 83.76 และไม่ดื่มสุราร้อยละ 72.22 และปัจจัยกระตุ้นด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=-.257$ $p<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khongton (2017) ซึ่งวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบ้านกลาง อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า การได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รายได้และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากร

สาธารณสุขมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 15.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2=0.154$, $F=12.424$, $p<.01$)

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสำคัญเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำเมื่อคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา บุคคลหากเชื่อว่าตนมีโอกาสเกิดโรคจะหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเกิดโรสดังกล่าว และมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ซึ่งการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นจึงขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าและความเชื่อในผลที่จะเกิดจากการกระทำของตน จากการวิจัยพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.372$ $p=<.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Praiwong, Sattayawongthip, & Sikut (2017) พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อวิเคราะห์รายด้านผลการศึกษพบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.293$ $p<.001$) เป็นไปได้ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรคจะส่งผลให้เกิดความกลัวและค้นหาวิธีการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารการกระตุ้นเตือนจากบุคคลรอบข้าง และได้รับจากเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 82.05 อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้รับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรค ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรครายข้อเกี่ยวกับ การดื่มสุราเป็นประจำเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ค่าเฉลี่ยมากที่สุดในระดับดี ($M=4.20$, $SD=.09$) รองลงมาคือโอกาสเสี่ยงในผู้ที่ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ค่าเฉลี่ยในระดับดี ($Mean=3.92$, $SD=.81$) ซึ่งจากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากถึงร้อยละ 85.04 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 72.22

การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.189$ $p=.004$) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ถึงผลกระทบต่อร่างกายที่สามารถก่อให้เกิดความพิการเสียชีวิต ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน และใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน หากเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรค ตลอดจนกระทบด้านจิตใจ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล จากการศึกษานี้พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค รายข้อเกี่ยวกับการมีโอกาสเกิดความพิการ อัมพาตหรือตายได้ หากไม่ควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในระดับดี ($Mean=4.23$, $SD=.91$) รองลงมาคือ การรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ อยู่ในระดับดี ($Mean=4.05$, $SD=.93$) อาจเป็นไปได้ว่าจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคดังกล่าวจึงทำให้บุคคลพยายามดูแลตนเอง ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.392$ $p<.001$) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ เป็นแรงเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรคเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ลดความรุนแรงของโรคได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในระดับดี ($Mean=4.71$, $SD=3.83$) รองลงมาคือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ค่าเฉลี่ยในระดับดี ($Mean=4.13$, $SD=.78$) และจากข้อมูลทั่วไปยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 44.44 ทำให้ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนจากบุคลากรด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรคอาจเป็นไปได้ว่าจากการรับรู้ดังกล่าวจึงทำให้บุคคลพยายามดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Soynahk, Kompayak, & Punthasee (2018) ที่ทำการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .795$, $p < .001$)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.392$ $p<.001$) ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดเดาของบุคคลล่วงหน้าในทางลบเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ เช่น ความเคยชินกับการบริโภคอาหารที่ชอบอาจส่งผลต่อการจำกัดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การเดินทางไปรับบริการทำให้เสียเวลาขัดต่อวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ไม่ไปรับการตรวจตามนัดหรือรับยา เป็นต้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในระดับดี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนรายข้อ เกี่ยวกับอุปสรรคการรับประทานยา การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการเข้ารับตรวจตามนัด ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยระดับต่ำ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยมองว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่อุปสรรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การนำผลการวิจัยไปใช้

การสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นๆของผู้ป่วย การอบรมให้ความรู้คำแนะนำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรมุ่งเน้นพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมต่ำกว่าด้านอื่นๆ โดยเน้นให้รับรู้ถึงความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเพื่อให้ตระหนักในการปฏิบัติตัวอาจจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตัวระหว่างกันในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และให้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมลักษณะพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่จะเกิดจากโรคและนำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบการส่งเสริมสมรรถนะด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรค โอกาสเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค
2. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้วยคู่สมรสหรือการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

References

- Cooney, N. (editor). (2014). *Literature Review: The Current Situation and Care Model of Non - Communicable Diseases*. Institute of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Art Qualified. (in Thai).
- Duangnate, K. (2021). Prevalence and Factors Associated Depression among NCD Patients at Primary Care Unit of Phukieo Chalermprakit Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 36(1), 13-24. (in Thai).
- Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Intarakamhang, U. (2017). *Health Literacy: Measurement and Development*. Bangkok: Behavioral Science Research Institute (BSRI), Srinakharinwirot University. (in Thai).
- Jangwang, S., Pittayapinune, T. & Chutipattana, N. (2016). Factors related to Self-Care Behavior for Prevention of Diabetes Mellitus and Hypertension among Population groups at risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(1), 110-128. (in Thai).
- Karnjanapiboonwong, A., Khamwangsanga, P. & Kaewtha, S. (2020). *Situation NCDs: Diabetes Mellitus, Hypertension and Related risk factors 2019*. Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Bangkok: Aksorn graphic and design. (in Thai).

- Khongton, C. (2017). Factors predicting Self-Care Health Promoting Behaviors of Diabetics with Type 2 Diabetes. Banklang subdistrict, Maungpathumthani district, Pathumthani province. *Journal of the Phrae Hospital*, 25(2), 24-35. (in Thai).
- Pragodpol, P., Suwannaka, Y., Chaiyarit, A., Sosome, B., Sritan, S., Soisrisawat, M. & et al. (2015). *Levels of Quality of Life and Method to Develop Quality of Life in Thai Chronically ill Patients*. Bormarajonani College of Nursing Phraputtabat. (in Thai).
- Prai Wong, C., Sattayawongthip, W. & Sikut, P. (2017). The study of health beliefs and self - care behaviors of patients with hypertension in Sung noen district, Nakhon ratchasima province. *Journal of Nakhonratchasima College*, 11(1), 107-116. (in Thai).
- Soynahk, C., Kompayak, J. & Punthasee, P. (2018). A Study of Health Belief Model and the risk of Type 2 Diabetes in Working Muslim Populations. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Supplement), 267-277. (in Thai).
- The Policy and Strategy Section, Bureau of Non-Communicable Disease. (2017). *5-year National NCDs Prevention and Control Strategic and Action Plan (2017- 2021)*. Ministry of Public Health. Bangkok: Emotion Art Co. (in Thai).
- World Health Organization (WHO). (2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases 2013-2020*. Geneva: WHO Press.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

Factors Predicting Quality of Life among Patients with Post-Percutaneous Coronary Intervention in Chonburi Province

จิวรรณ พุทธาสมศรี^{1*}, ยุวดี ลีลัคณาวิระ² และ วรณรัตน์ ลาวัง²

Tiwan Puttasomsri^{1*}, Yuwadee Leelukkanaveera² and Wannarat Lawang²

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา^{1*},

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา²

Master of Nursing Science Students, Community Practice Nursing, Faculty of Nursing Burapha University^{1*},

Faculty of Nursing, Burapha University²

(Received: October 25, 2021; Revised: February 24, 2022; Accepted: March 07, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 270 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพชีวิต The European Quality of Life Measure-5 Domain (EQ- 5D- 5L) พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แรงสนับสนุนทางสังคม และ สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจเมื่อประเมินจากแบบประเมิน EQ-5D-5L อยู่ในระดับที่สูงมาก ค่าเฉลี่ยอรรถประโยชน์ เท่ากับ .97 ($SD=.06$) ในขณะที่การประเมินคุณภาพชีวิตโดยตรงด้วยวิธีประเมินภาวะสุขภาพทางตรง (Visual analog scale [VAS]) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.96 ($SD=14.16$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($b=0.298, p<.01$) เพศชาย ($b=9.859, p<.01$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ($b=0.189, p=.012$) สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ($b=0.296, p=.008$) จำนวนปัจจัยเสี่ยง ($b=-1.974, p=.017$) และระยะเวลาหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($b=0.574, p=.022$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 22.1 ($R^2=.221, p= <.001$)

ผลจากการวิจัยนี้เสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการบีบตัวของหัวใจต่ำ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมหลายโรค และผู้ป่วยที่ได้รับการทำการขยายหลอดเลือดหัวใจมาไม่นาน ควรเพิ่มความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ และควรส่งต่อพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, โรคหัวใจขาดเลือด, ผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: namkati02022529@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-7598798)

Abstract

The purposes of this predictive research were both to study the quality of life and predict factors of quality of life among post-percutaneous coronary intervention patients. The sample group was 270 patients with ischemic heart disease. Participants were selected by sampling, among post-percutaneous coronary intervention treatment patients, accordingly with the principle of probability. Data were collected during the period from July to October 2020. The instruments used for the interviews consisted of personal information, and data collected from the patient's medical records, as well as the following: Quality of life assessment forms EQ-5D-5L; Self-Care Behavior to Prevent Recurrence questionnaire; social support questionnaires and community environment conducive to health promotion questionnaire. Their reliability scores were 0.73, 0.96, and 0.94, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistical analysis of multiple regression.

Results showed that the quality of life was very high, with a mean utility of .97 ($SD = .06$) when assessed by the EQ-5D-5L assessment. The quality of life was directly assessed by visual analog scale method, with a mean score of 76.96 ($SD=14.16$). The regression coefficient of factors that could predict quality of life was calculated using visual analog scale. Factors that could predict the quality of life were left ventricular ejection fraction after percutaneous coronary intervention ($b=0.298, p<.01$) male ($b=9.859, p<.01$) self-care behaviors to prevent recurrence ($b=0.189, p=.012$) community health-enhancing environment ($b=0.296, p=.008$) number of risk factors ($b=-1.974, p=.017$) and period after percutaneous coronary intervention ($b=0.574, p=.022$) were able to predict the quality of life of 22.1% ($R^2=.221, p<.001$).

The results of this research suggested that professional nurses or medical personnel should be more careful in caring for female patients, patients with low cardiac contractility, patients with multiple risk factors or comorbidities, and patients who have recently undergone percutaneous coronary intervention should increase their knowledge, understanding and self-care skills for patients and their relatives. The patients should be referred to community nurses for continuous care to promote their quality of life.

Keywords: Quality of Life, Ischemic Heart Disease, Percutaneous Coronary Intervention

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease) เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ. 2559 กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของการตายทั่วโลก (World Health Organization, 2018) ในประเทศไทยจากรายงานสถิติจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2558 พบว่า อัตราป่วยจากโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 427.53, 431.91, 407.70 และ 501.13 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตาย ปีพ.ศ.2555 - 2559 เท่ากับ 23.4, 26.9, 27.8, 29.9 และ 32.3 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (National Statistical Office, 2018) จากอัตราป่วยและอัตราการตายข้างต้น แสดงให้เห็นว่า โรคหัวใจขาดเลือดมีความรุนแรงที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และผลกระทบอื่นที่ตามมาต่อครอบครัว ต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

หลักการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดที่สำคัญ คือ การทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากที่สุด แนวทางการรักษาที่แพทย์นิยมใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) ซึ่งการทำหัตถการใช้เวลาสั้นประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง ระหว่างการรักษาผู้ป่วยไม่ต้องดมยาสลบ ใช้ระยะเวลาพักฟื้นภายในโรงพยาบาลสั้น ผู้ป่วยส่วนมากจะสามารถกลับบ้านได้ภายใน 1 - 2 วันหลังจากการทำหัตถการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ที่สำคัญเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับการยืนยันถึงประโยชน์ที่ชัดเจนในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บหน้าอกได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อคจากหัวใจ มักเกิดกับผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกินร้อยละ 40 และมีอัตราการตายถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ท้อแท้ วิตกกังวล สิ้นหวัง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง โดยมักเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรหรือการทำงานที่เคยทำได้ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บางรายต้องออกจากงานเนื่องจากไม่สามารถทำงานได้ ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว เกิดความไม่มั่นคงในชีวิต และมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา (Huffman, Celano & Januzzi, 2010; Cassar & Baldacchino, 2012; Cohen, Van Hout, Serruys, Mohr, Macaya, den Heijer, et al., 2011)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นมุมมองหรือความคิดของแต่ละบุคคลต่อสถานะการดำรงชีวิตของตนภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น (Campbell, Converse PE & Rodgers, 1976; Zhan, 1992) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตมีทั้งการประเมินด้านวัตถุวิสัยหรือประเมินความพึงพอใจจากปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และการประเมินด้านจิตพิสัยหรือประเมินความพึงพอใจต่อสถานะความเป็นอยู่หรือภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากการศึกษาที่ผ่านมา สามารถจำแนกได้เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย ลักษณะการประเมินส่วนใหญ่ประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นรายด้านตามมิติที่ประเมิน (Profile Score) ส่วนประเมินคุณภาพชีวิต

โดยรวมประเมินเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (Utility Score) ยังมีจำนวนน้อยมากโดยเฉพาะในประเทศไทย การศึกษานี้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แบบประเมิน The European Quality of Life Measure-5 Domain (EQ - 5D- 5L) ที่ใช้ในการหาอรรถประโยชน์ในประชากรไทย (Chaykhetkaew, 2009) สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และนโยบายด้านสุขภาพในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในประเทศไทยยังมีน้อย และใช้เครื่องมือการประเมินที่แตกต่างกัน แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นค่าอรรถประโยชน์ จึงเป็นองค์ความรู้ที่ต้องการการเพิ่มเติม

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของซัน (Zhan, 1992) ซึ่งระบุถึง กระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีกลไกที่ซับซ้อนมาจากปัจจัย 3 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เมื่อพิจารณา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยกำหนดปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ จำนวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ การทำงานของหัวใจ ห้องล้างไตหลัง PCI ระยะเวลาหลังทำ PCI พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษา ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในบริบทของอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผลของการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งเป็นการเสริมบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในจังหวัดชลบุรี ที่กำลังพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจอย่างก้าวกระโดด สามารถนำผลการประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นค่าอรรถประโยชน์ (Utility) ไปใช้ประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังได้รับการรักษา และเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

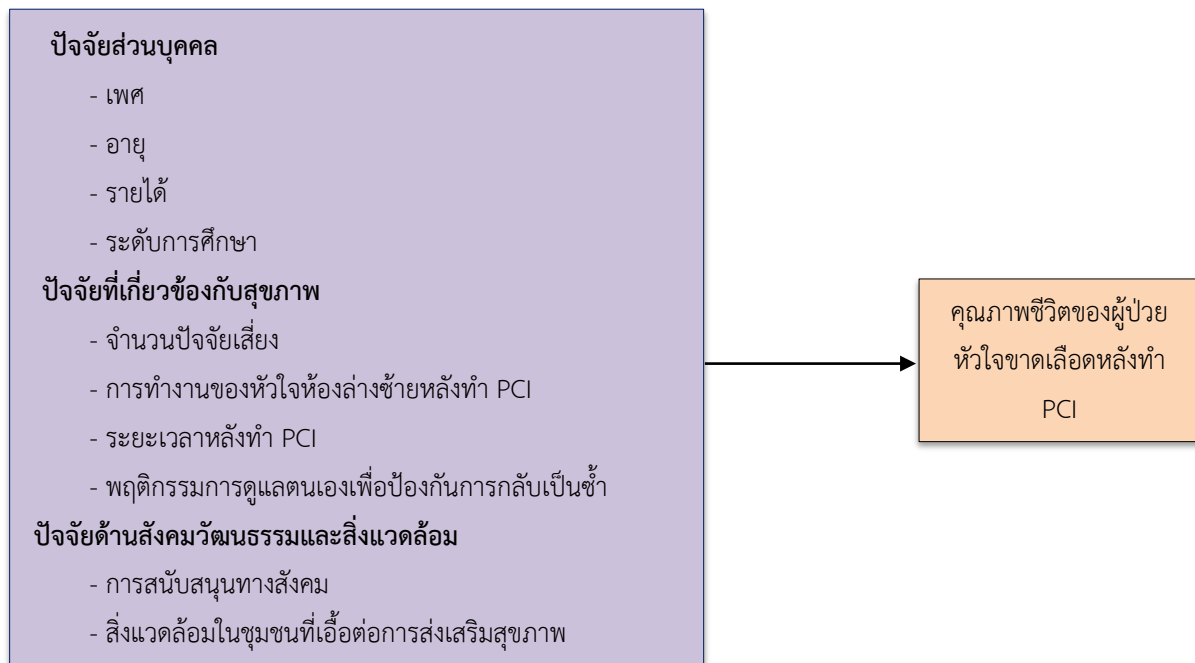
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ จำนวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ การทำงานของหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประยุกต์กรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) ซึ่งมีความเชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจต่อประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคนซึ่งมีความซับซ้อนและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และต้องผ่านกระบวนการรับรู้ แล้วจึงประเมินออกมาเป็นความรู้สึกนึกคิดด้านคุณภาพของบุคคลนั้น ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (Personal Background Factors) 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-Related Factors) 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (Social/ Culture/ Environmental Factors) ที่ส่งผลต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยกำหนดปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจในแต่ละด้านจากการทบทวนวรรณกรรม (Chansiri, 2016; Ritpetch.& Jitpanya, 2012; Koh, Stehli, Martin, Brennan, Dinh, Lefkovits, et al., 2019; Darvishpour, Javadi-Pashaki, Salari, Sadeghi & Taleshan-Nejad, 2017; Saengsiri, Wattradul, Kangchanakul, Natthumrongkul, Nopplub, Wongsanunnont, 2015; Jankowska-Polanska, Uchmanowicz, Dudek & Loboz-Grudzien, 2020; Charoenpattanaphak, Masingboon, Kunsongkeit, 2013) ประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ รายได้ และระดับการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ จำนวนปัจจัยเสี่ยง ความสามารถในการบีบเลือดของหัวใจหลัง PCI ระยะเวลาหลังทำ PCI และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ดังสรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกศูนย์หัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจข้างต้นที่มีคุณสมบัติตามกำหนด (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 30 ปี ถึง 70 ปี 2) รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และระยะเวลาหลังรักษาครั้งสุดท้ายจนถึงวันที่เก็บข้อมูลอยู่ในช่วง 1 เดือนถึง 1 ปี 3) สติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ไม่ป่วยเป็นโรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ไตวายระยะสุดท้าย มะเร็งทุกชนิด ไทรอยด์เป็นพิษ และเอดส์ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อหนึ่งตัวแปรอิสระที่ใช้หาสมการถดถอย (Regression Equations) ของ VanVoorhis & Morgan (2007) ซึ่งแนะนำว่าอย่างน้อยต้องมีกลุ่มตัวอย่าง 9 คนต่อหนึ่งตัวแปร การศึกษานี้มี 10 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่างที่ VanVoorhis & Morgan แนะนำ คือ 90 - 300 คน แต่ถ้าสามารถเก็บข้อมูลได้มากควรใช้ 30 คนต่อหนึ่งตัวแปรอิสระจะทำให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ปัจจัยที่มีขนาดอิทธิพลน้อยๆ ได้ดียิ่งขึ้น (Small effect size) ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน แต่รวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 90 การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง อำเภอศรีราชา มีโรงพยาบาลที่สามารถรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3 โรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการ จากผู้ที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของสองโรงพยาบาล โดยทำการรวบรวมรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยทั้งสองแห่งตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งมีทั้งหมด 500 คนและ 100 คนตามลำดับ กำหนดสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรงพยาบาลเท่ากับ 5:1 ดังนั้นเก็บข้อมูลแต่ละ 250 และ 50 คน ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจนได้ตามสัดส่วนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 5 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ประสบการณ์การสูบบุหรี่ และ ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยจากเวชระเบียน ได้แก่ โรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ยาที่ได้รับ จำนวนหลอดเลือดที่มีการตีบ จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยาย การอุดตันซ้ำ ระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และค่าการทำงานของหัวใจห้องซ้าย (LVEF)

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามด้านสุขภาพ 5 ข้อ หรือ 5 มิติ ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility) การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน (Usual Activities) ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย (Pain/Discomfort) และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (Anxiety/Depression) แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่มีปัญหา จนถึง 5 ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหามากที่สุด สถานะสุขภาพที่ได้นี้นำไปคำนวณค่าอรรถประโยชน์ ซึ่งได้มาจากการศึกษาด้วยวิธี Hybrid Regression Model ของ จันทนา พัฒนเกสัช และคณะ (Pattanaphesaj 2014)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตทางตรงด้วยวิธีประเมินภาวะสุขภาพทางตรง (Visual analog scale [VAS]) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด และ 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุดโดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง คำตอบที่ได้สะท้อนถึงความรู้สึกของผู้ตอบที่มีต่อสภาวะสุขภาพตนเองในวันนั้น คำนวณค่าอรรถประโยชน์ด้วยการนำค่าที่ได้หารด้วย 100 แปลมาจากเครื่องมือของ EuroQol Group และทดสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว ได้รับอนุญาตจาก EuroQol Group ทางเว็บไซต์ <http://euroqol.org> ในการใช้แบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้รับอนุญาตดัดแปลงจาก คันธรัตน์ จันทศิริ (Chansiri, 2016) มี 30 ข้อคำถาม ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (11 ข้อ) การพักผ่อนและการออกกำลังกาย (11 ข้อ) การสูบบุหรี่ (2 ข้อ) การรับประทานยา (โดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด) (9 ข้อ) การมาตรวจตามนัด (2 ข้อ) และการสังเกตอาการผิดปกติ (1 ข้อ) ลักษณะคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 4 หมายถึงไม่ปฏิบัติ นานๆครั้ง บ่อยครั้ง บ่อยมาก และปฏิบัติเป็นประจำตามลำดับ การแปลผลเพื่อการพรรณนาข้อมูล แบ่งค่าของคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ 91-100%, 81-90%, 71-80%, 61-70% และ $\leq 60\%$ หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำระดับดีมาก ดี ปานกลาง ต่ำ และควรปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ตามลำดับ

ชุดที่ 4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างมาจากแนวคิดของ Cobb (1976) และ Scheafer, Cuyne & Lazarus (1981) และจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (4 ข้อ) ด้านการยอมรับนับถือ (3 ข้อ) ด้านวัตถุ สิ่งของ เงิน และการบริการ (7 ข้อ) ด้านข้อมูลข่าวสาร (3 ข้อ) และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (3 ข้อ) ลักษณะคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 3 คือ ไม่เคย น้อย มาก และมากที่สุด การแปลผลเพื่อการพรรณนาข้อมูล แบ่งค่าของคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ 0.00 - 0.75, 0.76 - 1.50, 1.51 - 2.25 และ 2.26 - 3.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ชุดที่ 5 สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การมีสถานที่ที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ศาสนสถาน หรือสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ มีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค และการมีสถานบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ตั้งแต่ 0 ถึง 4 ความหมายของคะแนนคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามลำดับ การแปลผลเพื่อการพรรณนาข้อมูล แบ่งค่าของคะแนน

ออกเป็น 5 ระดับ คือ 0.00 - 0.80, 0.81 - 1.61, 1.61 - 2.41, 2.41 - 3.20 และ 3.21 - 4.00 หมายถึง มีสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเองมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมในชุมชน จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ประกอบด้วย 1) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 2) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) แบบประเมินสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพได้ 0.90, 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .73, .96, .94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาและโรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูลตามวันและเวลา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ ประสานงานพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตามเวลาที่ได้นัดหมาย แนะนำตนเองพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งตอบข้อสงสัยต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการให้ตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยให้ความสำคัญในมาตรการป้องกันโควิดอย่างเคร่งครัด สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและเว้นระยะห่างขณะทำการสัมภาษณ์ แล้วจึงบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และ ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 270 คน การศึกษานี้ทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ จากค่า VAS เนื่องจากพบว่าค่า อรรถประโยชน์ที่คำนวณจาก EQ-5D-5L ในครั้งนี้มีค่า Ceiling Effect ภาษาไทย สูงถึงร้อยละ 70.7 จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์สมการทำนายการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพ

ชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนปัจจัยเสี่ยง การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติ (Assumption)

ทดสอบจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพอยท์ไบเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient) สำหรับตัวแปรที่เป็น Dichotomized Variable พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ ($r=.256, p<.01$) ระดับการศึกษา ($r=.237, p<.01$) อายุ ($r=-.176, p<.01$) รายได้ ($r=.207, p<.01$) จำนวนปัจจัยเสี่ยง ($r=-.233, p<.01$) การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r=.283, p<.01$) ระยะเวลาหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r=.105, p<.05$) สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ($r=.176, p<.01$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ($r=.182, p<.01$)

จริยธรรมวิจัย

เสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS 030/2563 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา บรพา รหัสโครงการ IRB 016/2563 ก่อนที่จะเก็บข้อมูล มีการอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าร่วมตามความสมัครใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโดยไม่มีผลเสีย ในแบบสอบถามใช้รหัสแทนการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่ม ข้อความหรือคำตอบในแบบสอบถามถือว่าเป็นความลับ ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้จะถูกนำเสนอในรูปแบบภาพรวม และทำลายข้อมูลภายหลังจากผลการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.6 มีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี อายุเฉลี่ย 56.49 ปี ($SD=8.82$ ปี) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนมากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัทมากที่สุด ร้อยละ 34.8 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 25.6 มีรายได้อยู่ระหว่าง 700 - 100,000 บาท (Med = 20,000, IQR = 30,000) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 84.4 มากกว่าครึ่งมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 58.1 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิประกันสังคม และประกันชีวิตกับบริษัทเอกชนเท่ากัน ร้อยละ 28.2 และประมาณครึ่งมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ ร้อยละ 48.9

ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 95.2 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.5 ส่วนมากมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 โรค ร้อยละ 71.8 รับประทานยา 4-6 ชนิด ร้อยละ 65.2 ได้รับการสวนหัวใจจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 68.1 มีหลอดเลือดตีบจำนวน 1 เส้นมากที่สุด (ร้อยละ 43.0) รองลงมาคือตีบจำนวน 2 เส้น ร้อยละ 37.0 ได้รับการขยายหลอดเลือดจำนวน 1 เส้น ร้อยละ 58.5 เกือบทั้งหมดไม่เคยมีการอุดตันซ้ำของหลอดเลือด ร้อยละ 96.3 ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งสุดท้ายมานาน 7-9 เดือน ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ 1-3 เดือน ร้อยละ 29.3 ($M=5.98$, $SD=3.16$) หลังได้รับการขยายหลอดเลือดค่าการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) (61.61 , $SD=10.85$)

ข้อมูลพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.5 รองลงมาเป็นระดับดีมาก ร้อยละ 27.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 20.4 โดยพฤติกรรมด้านที่อยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ร้อยละ 73.7 รองลงมาเป็นด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ร้อยละ 72.2 ด้านการมาตรวจตามนัด ร้อยละ 67.8 และด้านการสูบบุหรี่ ร้อยละ 58.9 พฤติกรรมด้านที่อยู่ในระดับต่ำคือ ด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกาย ร้อยละ 41.1

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=2.10$, $SD=0.55$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจ อารมณ์อยู่ในระดับมากที่สุด ($M=2.34$, $SD=0.58$) ด้านอื่นๆ อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านข้อมูล ข่าวสาร ($M=1.86$, $SD=0.82$) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($M=2.04$, $SD=0.66$) ด้านการเงิน แรงงาน สิ่งของ ($M=1.96$, $SD=0.62$) และด้านร่างกาย ($M=2.19$, $SD=0.67$)

ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=2.83$, $SD=0.73$) ค่าเฉลี่ยข้อที่มีค่ามากที่สุดคือ ในชุมชนมีศาสนสถานหรือสถานที่สงบจิตใจที่สามารถไปปฏิบัติศาสนกิจได้อย่างสะดวก ($M=3.30$, $SD=0.86$) รองลงมาคือในชุมชนมีสถานที่สำหรับออกกำลังกายได้อย่างสะดวก ($M=3.09$, $SD=1.17$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดคือ ในชุมชนมีสถานที่จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น อาหารที่ไม่ใส่ผงชูรส อาหารคลีน อาหารไขมันต่ำ ($M=2.17$, $SD=1.14$) รองลงมาคือในชุมชนมีแหล่งจำหน่ายอาหาร ผัก ผลไม้ที่ปลอดภัยจากสารเคมี ($M=2.53$, $SD=0.96$)

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ไม่มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า (ร้อยละ 93.0) กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 90.0) ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง (ร้อยละ 99.3) ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 85.2) และไม่มีอาการปวดหรือไม่สบายตัว (ร้อยละ 83.0) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.7) ไม่มีปัญหาทุกด้าน (สถานะสุขภาพ 11111) ซึ่งค่าอัตราประโยชน์เท่ากับ 1.0 ค่าเฉลี่ยอัตราประโยชน์เมื่อคำนวณด้วยวิธีวิธี Hybrid model เท่ากับ .96 ($SD=.08$) ในขณะที่คุณภาพชีวิตที่ประเมินด้วย VAS ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพตนเอง เท่ากับ 76.96 ($SD=14.16$) ค่าเฉลี่ยอัตราประโยชน์เท่ากับ .77 ($SD=.14$) และมีผู้ประเมินความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพตนเอง เท่ากับ 100 หรือค่าอัตราประโยชน์เท่ากับ 1.0 เพียงร้อยละ 3.7

3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ($n = 270$)

ตัวแปร	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย	0.298	.228	4.036	<.01
เพศชาย	9.859	.300	5.373	<.01
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.189	.148	2.519	.012
สิ่งแวดล้อมในชุมชน	0.296	.153	2.683	.008
จำนวนปัจจัยเสี่ยง	-1.974	-.136	-2.412	.017
ระยะเวลาหลังทำ PCI	0.574	.128	2.313	.022

Constant=28.87, $R^2_{adj}=.221$, $F(6, 263)=13.75$, $p<.001$

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยวิธี VAS พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจคือ การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($b=0.298$) เพศชาย ($b=9.859$) พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ($b=0.189$) สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ($b=0.296$) จำนวนปัจจัยเสี่ยง ($b=-1.974$) และระยะเวลาหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ (เดือน) ($b=0.574$) โดยสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 22.1 ($R^2=.221$, $p<.001$) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1 และสามารถเขียนในรูปสมการได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ = $28.87 + 0.298$ (การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังทำ PCI) + 9.859 (เพศชาย) + 0.189 (พฤติกรรมดูแลตนเอง) + 0.296 (สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ) - 1.974 (จำนวนปัจจัยเสี่ยง) + 0.574 (จำนวนเดือนระยะเวลาหลังทำ PCI)

อภิปรายผล

1. ระดับคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยอันดับร้อยละ เท่ากับ .97 ($SD=.06$) เมื่อประเมินจากแบบประเมิน EQ-5D-5L สอดคล้องกับการศึกษาของ Chansiri (2016) ที่พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือด สมรรถภาพของหัวใจสามารถทำงานได้ดีขึ้น หลังได้รับการรักษา 1 เดือนจะรู้สึก

เจ็บปวด ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเดิน ช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ และไม่รู้สึกรบกวนกังวล มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 70.7 ที่ไม่ปัญหาทั้ง 5 ด้าน (สถานะสุขภาพ 11111) ค่าอรรถประโยชน์จึงเท่ากับ 1.0 ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้จึงสูงมาก ในขณะที่การประเมินคุณภาพชีวิตโดยตรงด้วยวิธี VAS ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.96 ($SD=14.16$) หรือค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ .77 (มีเพียงร้อยละ 3.7 ที่มีค่าอรรถประโยชน์ เท่ากับ 1) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีสถานะสุขภาพ 11111 แต่ประเมินอรรถประโยชน์จาก VAS ให้ค่าไม่เท่า 1 ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า ถึงแม้จะไม่มีปัญหาในด้านต่างๆ แต่ยังคงคิดว่าตนเองไม่ได้แข็งแรงเต็มที่ ยังคงมีโรคประจำตัวที่ต้องมาพบแพทย์อยู่เป็นประจำ และต้องสังเกตอาการผิดปกติอยู่ แสดงให้เห็นว่าอรรถประโยชน์หรือคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อสถานะภาพของตนเองซึ่งความพึงพอใจเป็นผลรวมอันสลับซับซ้อนมาจากปัจจัยหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่ค่าอรรถประโยชน์ที่ประเมินจากแบบประเมิน EQ-5D-5L ซึ่งประเมินเฉพาะด้านร่างกาย และจิตใจ มีค่าสูงมากหลังได้รับการรักษา

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้แก่ การทำงานของหัวใจหลังทำ PCI เพศชาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ จำนวนปัจจัยเสี่ยง และระยะเวลาที่ทำ PCI สามารถอธิบายในแต่ละปัจจัย ดังนี้

2.1 การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายหลังทำ PCI จากการศึกษาพบว่าเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายสามารถเพิ่มสมรรถภาพการสูบฉีดโลหิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยเมื่อประเมินด้วย VAS จะเพิ่มขึ้น 0.298 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ritpetch & Jitpanya (2012) ที่พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่าเป็นเพราะการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิธีการรักษาที่ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจกลับมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกครั้ง มีความปลอดภัย และลดโอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำของหลอดเลือดตีบกั้นเนื้อหัวใจตาย หัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายจะขึ้นอยู่กับสภาพของหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจแต่ละเส้นด้วย จากการศึกษาของ Koh, Stehli, Martin, Brennan, Dinh, Lefkovits, et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยที่มี LVEF < 44% มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตต่ำ (index score) เป็น 1.16 เท่า (95%CI 1.01-1.33) เมื่อเทียบกับคนที่มี LVEF > 44%

2.2 เพศ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.02 (13.37), 70.61 (14.74) ตามลำดับ และเมื่อศึกษาอำนาจการทำนายโดยเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆแล้ว เพศชาย มีค่า VAS เพิ่มขึ้น 9.859 ($b=9.859$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษานี้ผู้หญิงมีส่วนร่วมของการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และน้ำหนักเกินสูงกว่าเพศชาย ซึ่งการมีโรคประจำตัวย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้อาจเนื่องจากลักษณะทางกายวิภาค และสรีระที่ผู้หญิงจะเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเมื่ออายุมากกว่าผู้ชายและลักษณะหลอดเลือดหัวใจของผู้หญิงจะมีลักษณะโค้งและขนาดเล็กกว่าเมื่อเทียบกับผู้ชาย รวมทั้งองค์ประกอบและคุณสมบัติของการเกิดผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพที่แตกต่างจากผู้ชาย ส่งผลต่อความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Darvishpour, Javadi-Pashaki, Salari, Sadeghi, & Taleshan-Nejad, 2017)

2.3 จำนวนปัจจัยเสี่ยง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันโนเลือดสูง น้ำหนักเกินหรืออ้วน และการนอนกรน มีผลต่อคุณภาพชีวิตหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าจำนวนปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมที่เพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ($b=-1.974$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Darvishpour, Javadi-Pashaki, Salari, Sadeghi, & Taleshan-Nejad (2017) พบว่าจำนวนโรคร่วมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI 3 เดือน $B=-1.211$ $P=.04$ ทั้งนี้เพราะโรคร่วมเหล่านี้มีผลทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยรวมทั้งมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำซึ่งอาการของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การศึกษานี้พฤติกรรมการดูแลตนเองมีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b=0.189$, $P=.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Saengsiri, Wattradul, Kangchanakul, Natthumrongkul, Nopplub, Wonganunnont (2015) และการศึกษาของ Chansiri (2016) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต การดูแลตนเองที่จำเป็น และกิจกรรมที่ต้องทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่มีประสิทธิภาพ จะคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของมนุษย์เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีนำมาซึ่งความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดี โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยที่ควบคุมได้ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ เป็นโรคที่การรักษาได้ผลดี แต่ก็สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก ทั้งอาจมีพยาธิสภาพที่เดิม เส้นเลือดเส้นเดิม หรือเส้นใหม่ก็ได้ ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการรักษาจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินของโรคซึ่งย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.5 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษานี้พบว่า สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b=0.189$, $p=.01$) การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถภาพให้มีความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เป็นผลให้มีสุขภาพดีขึ้น กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ มีหลักสำคัญอยู่ 5 ประการ 1 ใน 5 ข้อที่สำคัญ คือการให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัย การออกกำลังกายได้อย่างสะดวก รวมทั้งการพักผ่อนหย่อนใจ ย่อมส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง จิตใจที่ผ่อนคลาย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เป็นไปตามแนวคิดของกฎบัตรรอตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ว่าคนและสิ่งแวดล้อมมีความเชื่อมต่อกันอย่างที่ไม่สามารถตัดขาดจากกันได้และเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสุขภาพ (World Health Organization EUROPE, 1986)

2.6 ระยะเวลาหลังทำ PCI การศึกษานี้พบว่าระยะเวลาหลังทำ PCI มีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b=0.574$, $p=.02$) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาหลังทำ PCI ยืงนานจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Koh, Stehli, Martin, Brennan, Dinh, Lefkovits, et al., 2019) อธิบายได้ว่าการทำการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นการรักษาที่ได้ผลดีและผู้ป่วยใช้เวลาน้อยในการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจให้กลับมามีสภาวะที่สมบูรณ์ ผู้ป่วยหลัง

ทำ PCI 1 สัปดาห์ 6 เดือน และ 1 ปี พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI จะดีขึ้นอย่างรวดเร็วใน 1 เดือนแรก และจะดีขึ้นอย่างช้า ๆ ในช่วง 1 ปี (Cohen, Van Hout, Serruys, Mohr, Macaya, den Heijer, et al., 2011) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และปรับตัวกับโรคหรือแนวทางการรักษาได้มากขึ้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอภิปรายในแต่ละปัจจัย ดังนี้

3.1 อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r=-.176, p<.01$) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ทั้งนี้ด้วยอายุที่มากขึ้นทำให้ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายรวมทั้งมีโอกาสที่จะเกิดโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายมากขึ้นส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต แต่เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ แล้วอายุไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจในครั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงที่สามารถดูแลตนเองได้ อายุสูงสุดคือ 70 ปี ร้อยละ 74.8 มีอายุอยู่ในช่วง 50-70 ปี ซึ่งมากกว่าร้อยละ 90 ไม่มีปัญหาด้านการเดิน การดูแลตนเอง และไม่มีควมวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากครอบครัวดีมากเห็นได้จากผู้ป่วยร้อยละ 82.6 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากถึงมากที่สุด ผู้ป่วยหลัง PCI แต่ละกลุ่มอายุคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (Cassar & Baldacchino, 2012) จึงทำให้อายุไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI ได้

3.2 รายได้ จากการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r=.21, p<.01$) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลัง PCI ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายได้มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์โดยตรงกับวิถีความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด มักจะต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันค่ายาและค่ารักษาในการขยายหลอดเลือดหัวใจค่อนข้างสูง และเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนานเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของโรค จึงต้องมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพย่อมส่งผลถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 90 ยังสามารถประกอบอาชีพได้ และมากกว่าร้อยละ 85 ที่มีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล รายได้จึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI

3.3 การศึกษา จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r=.24, p<.01$) แต่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลัง PCI ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นเพราะการศึกษาเป็นปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางอ้อมโดยต้องส่งผ่านมาที่การทำหน้าที่ทางชีววิทยา อากา การทำหน้าที่ของร่างกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ Jankowska-Polanska, Uchmanowicz, Dudek, & Loboz-Grudzien, (2020) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยทุกคนป่วยมาแล้วระยะหนึ่งและผ่านการรักษาแล้วจึงได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวจากทีมผู้รักษามาแล้วหลายครั้ง ระดับการศึกษาจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังทำ PCI ได้

3.4 แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานสอดคล้องกับการศึกษาของ Charoenpattanaphak, Masingboon & Kunsongkeit (2013) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในบริบทของประเทศไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยทุกคนมีผู้ดูแลและได้รับแรงสนับสนุนสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว จากเพื่อน และจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเพียงพอ แสดงถึงการรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ ลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ผลกระทบจากการเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้นน้อย ทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้

ผลจากการศึกษานี้พบว่า ค่าอำนาจการทำนายของตัวแปรที่นำมาศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 22.1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการบีบตัวของหัวใจต่ำ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมหลายโรค และผู้ป่วยที่ได้รับการทำการขยายหลอดเลือดหัวใจมาไม่นาน ควรเพิ่มความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ และควรส่งต่อพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

2. ใช้เป็นแนวทางในการสอนและการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยและการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ค่าอำนาจการทำนายของตัวแปรที่นำมาศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 22.1 ทั้งนี้อาจยังมีปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยที่ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น การรับรู้ทางปัญญา อารมณ์และความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทางใจ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว และศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น เพื่อยืนยันผลการศึกษาและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ลดความเสี่ยง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

References

- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*: Russell: Sage.
- Cassar, S., & Baldacchino, D. R. (2012 a). Quality of Life After Percutaneous Coronary Intervention: Part 1. *British Journal of Nursing*, 21(16), 965-971.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Chansiri, K. (2016) The Relationship Between Basic Conditioning Factors, Self-Care Behaviors, and Quality of Life among Patients After Coronary Stent Implantation. *Vajira Nursing Journal*, 18(1), 12-23. (in Thai)
- Charoenpattanaphak, P., Masingboon, K., Kunsongkeit, W. (2013) Factors Influencing Health - Related Quality of Life in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Journal of Gradurate Research Conference Khon Kaen University 2013*, 1008-1020. (in Thai)
- Chaykhetkaew, U. (2009) *Health Technology Assessment Guide for Thailand*. Nonthaburi: Chulabook. (in Thai)
- Cohen, D. J., Van Hout, B., Serruys, P. W., Mohr, F. W., Macaya, C., den Heijer, P., et al. (2011). Quality of Life After PCI with Drug-Eluting Stents or Coronary-Artery Bypass Surgery. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1016-1026. doi: 10.1056/NEJMoa1001508
- Darvishpour, A., Javadi-Pashaki, N., Salari, A., Sadeghi, T., & Taleshan-Nejad, M. (2017). Factors Associated with Quality of Life in Patients Undergoing Coronary Angioplasty. *Journal of Health Sciences (Qassim University)*, 11(4), 1-7.
- Huffman, J. C., Celano, C. M., & Januzzi, J. L. (2010). The Relationship Between Depression, Anxiety, and Cardiovascular Outcomes in Patients with Acute Coronary Syndromes. *Neuropsychiatric Disease and treatment*, 6, 123.
- Jankowska-Polanska, B., Uchmanowicz, I., Dudek, K., & Loboz-Grudzien, K. (2020). Sex differences in the Quality of Life of Patients with Acute Coronary Syndrome Treated with Percutaneous Coronary Intervention After a 3-Year Follow-Up. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1279-1287. doi: 10.2147/PPA.S106577
- Koh, Y., Stehli, J., Martin, C., Brennan, A., Dinh, D. T., Lefkovits, J., et al. (2019). Does Sex Predict Quality of Life After Acute Coronary Syndromes: An Australian, State-Wide, Multicentre Prospective Cohort Study. *BMJ Open*, 9(12), e034034. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034034

- National Statistical Office. (2019) Number of Patients/Cause of Death. Retrieved from <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html> (in Thai)
- Pattanaphesaj, J. (2014). *Health-Related Quality of Life Measure (EQ-5D-5L): Measurement Property Testing and Its Preference-Based Score in Thai pPopulation*. Doctoral Dissertation, Graduate Study, Mahidol University.
- Ritpetch, N., Jitpanya, C. (2012) Factors Related to Quality of Life among Patients with Heart Disease : *A Research Synthesis in Thailand*. *Thai Journal of Cardio-thoracic Nursing*, 23(2), 1-16. (in Thai)
- Saengsiri, A., Watradul, D., Kangchanakul, S., Natthumrongkul, S., Nopplub, S., Wonganunnont, S. (2015) The Factors Influencing the Self-care Agency and Quality of Life of Patients with Coronary Artery Disease. *Thai Journal of Cardio-thoracic Nursing*, 26(1), 104-118. (in Thai)
- VanVoorhis, C. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43-50.
- World Health Organization. (2018). The Top 10 Causes of Death. Retrieved May 2, 2021 from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/.
- World Health Organization EUROPE. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved May 2, 2021 from https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- Zhan, L. (1992). Quality of Life: Conceptual and Measurement Issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล
ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

The Relationship between Smartphone Addiction Behaviors and
Mental Health Problems among Nursing Students at Praboromarajchanok Institute

ดวงดาว อุบลแยม^{1*}, นุสราน นามเดช¹ และ นงคาร รวงแดง¹
Daungdao Ubolyaem^{1*}, Nusara Namdej¹ and Nongkarn Rangdang¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Saraburi^{1*}

(Received: July 01, 2021; Revised: March 05, 2022; Accepted: March 10, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟน และศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนกับ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย (Nomophobia) ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2563 จำนวน 442 คน โดยสุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนฉบับสั้น 3) แบบประเมินความเครียด 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และ 5) แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะโนโมโฟเบีย ซึ่งแบบสอบถามแต่ละชุดมีค่าความเชื่อมั่น .89 .83 .88 และ .96 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

นักศึกษามีพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนร้อยละ 21.72 และพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนมีความสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย (Nomophobia) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นอาจารย์ควรจัดวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมให้นักศึกษามีการใช้สมาร์ตโฟนเพื่อการเรียนรู้เพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีการใช้สมาร์ตโฟนให้เกิดประโยชน์ และหาแนวทางช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาการติดสมาร์ตโฟน หรือปัญหาสุขภาพจิตจากการติดสมาร์ตโฟน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟน, ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, ภาวะโนโมโฟเบีย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: daungdao@bcns.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-7522699)

Abstract

This correlational research aimed to 1) make an assessment of smartphone addiction behaviors among nursing students, and 2) study the relationships between those smartphone addiction behaviors and stress, depression, and nomophobia (short term for "no mobile phobia") among nursing students from the nursing colleges under the jurisdiction of Praboromarajchanok Institute. The study was performed on nursing students who enrolled during the academic year 2020. The 442 nursing students participated in being selected by cluster sampling. The instruments consisted of 1) a demographic questionnaire, 2) the Thai Smartphone Addiction Scale Questionnaire (short version), 3) the Stress test Questionnaire (ST5), 4) a Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), and 5) a nomophobia questionnaire, yielding Cronbach alpha coefficients of .89, .83, .88, and .96, respectively. The frequency, percentile, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient were all used for analyzing the data.

Results revealed that 21.72 % of nursing students had smartphone addiction. Smartphone addiction was significantly related to stress depression and nomophobia at $p < .01$. Therefore, nursing instructors should encourage nursing students to use smartphones correctly.

Moreover, the intervention should be created for nursing students who face smartphone addiction or psychological problems.

Keywords: Smartphone Addiction, Stress, Depression, Nomophobia

บทนำ

“สมาร์ทโฟน” มีบทบาทมากขึ้นในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน เนื่องจากสมาร์ทโฟนสามารถช่วยอำนวยความสะดวกได้มากมาย ได้แก่ การดูสื่อโทรทัศน์ ข่าวสาร การทำธุรกิจซื้อขาย การถ่ายภาพ การเก็บข้อมูลและยังมีแอปพลิเคชันที่ช่วยในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ทุกที่ทุกเวลา ด้วยปัจจัยเหล่านี้สมาร์ทโฟนจึงมีความสำคัญมากขึ้นในการดำเนินชีวิต (Silangam, 2018) สมาร์ทโฟนสามารถทำงานได้หลากหลายตอบสนองความต้องการของคนมากขึ้นจนทำให้หลายคนต้องมีสมาร์ทโฟนติดตัวตลอดเวลา ไม่สามารถขาดได้ จึงนำมาสู่การติดสมาร์ทโฟน (Thongjuepong, 2016) การใช้สมาร์ทโฟนอาจเป็นเรื่องปกติหรือผิดปกติก็ได้ ถ้าเป็นพฤติกรรมปกติจะเป็นกิจกรรมที่แสดงออกอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ แต่เมื่อใดที่มีพฤติกรรมใช้มากเกินไปจนไม่สามารถควบคุมได้ จนมีความรู้สึกคับข้องใจ กระวนกระวายใจเมื่อไม่ได้กระทำพฤติกรรมนั้น และมีผลก่อให้เกิดการรบกวนหรือกระทบในหน้าที่ต่าง ๆ พฤติกรรมดังกล่าวจะถือเป็นพฤติกรรมย้ำทำหรือการติดทั้งสิ้น (Petchprayoon, Supparerkchaisakul, & Pattrawiwat, 2017) Kwon, Kim, Cho, & Yang (2013) ได้กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน (Smartphone Addiction) มีคุณลักษณะคล้ายกับการติดอินเทอร์เน็ต (Internet Addiction) จึงได้มีการนำเกณฑ์การติดอินเทอร์เน็ตมา

ใช้ในการพัฒนาเกณฑ์และแบบวัดพฤติกรรมการติดสมาร์โฟน และผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการติดสมาร์โฟน ประกอบด้วย 6 ปัจจัยหลักดังนี้ 1) มีการรบกวนชีวิตประจำวัน (Dialy-Life Disturbance) ก่อให้เกิดปัญหาในการทำงาน ไม่สุขสบายจากอาการทางกาย และมีปัญหาในการนอน 2) มีความคาดหวังในเชิงบวก (Positive Reinforcement) ได้แก่อารมณ์ดีเมื่อได้ใช้สมาร์โฟน เพราะคือเพื่อนที่นำมาซึ่งความสนุก ผ่อนคลายความอ่อนล้าและวิตกกังวล และทำให้รู้สึกปลอดภัย 3) ภาวะถอน (Withdrawal) โดยจะแสดงอาการใจร้อน หงุดหงิด และทนไม่ได้เมื่อไม่มีสมาร์โฟน รู้สึกว่าสมาร์โฟนคือส่วนหนึ่งของชีวิต ไม่สามารถหยุดใช้ได้ และจะรู้สึกไร้ค่าเมื่อถูกรบกวนขณะใช้สมาร์โฟน 4) ความสัมพันธ์ทางไซเบอร์ (Cyberspace-Oriented Relationship) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนทางโลกไซเบอร์มากกว่าในชีวิตจริง 5) ใช้มากเกินไป (Overuse) หมายถึงไม่สามารถควบคุมการใช้สมาร์โฟนได้ มีสายชาร์จติดตัวตลอด และมีความรู้สึกที่ต้องรีบใช้สมาร์โฟนทันทีที่หลังหยุดใช้ และสุดท้าย 6) การติด (Tolerance) โดยไม่สามารถควบคุมการใช้สมาร์โฟนของตนเองได้เลยแม้จะพยายามเท่าใดก็ตาม ซึ่งลักษณะของผู้ที่ติดสมาร์โฟนจะมีอาการวิตกกังวลและกระวนกระวายใจเมื่อไม่มีโทรศัพท์ พกโทรศัพท์ติดตัวตลอดเวลา หงุดหงิดอยู่กับการเช็คข้อความในโทรศัพท์ ใช้โทรศัพท์ในทุกๆ ที่ และบางรายอาจมีอาการติดสมาร์โฟนเข้าขั้นรุนแรง เช่นจะหยิบโทรศัพท์ขึ้นมาดูทันทีเมื่อมีเสียงสัญญาณเตือนดังขึ้นแม้ว่าจะติดภารกิจ มิเช่นนั้นจะเกิดอาการกระวนกระวาย บางครั้งก็รู้สึกที่โทรศัพท์ดัง ทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่ ไม่สนใจจนรอบข้างจะก้มหน้าเล่นแต่โทรศัพท์ จนเหมือนชีวิตขาดโทรศัพท์ไม่ได้ (Silangam, 2018) การติดสมาร์โฟนพบว่ามีผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต อาการทางร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน เช่น อาการกล้ามเนื้ออักเสบ และปวดเมื่อยตามอวัยวะต่าง ๆ จากอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม จากการใช้งานสมาร์โฟนเป็นเวลานานโดยร่างกายไม่ได้รับการเคลื่อนไหว อาการนอนไม่หลับจากความกังวล อยากจะรู้ความเคลื่อนไหวของข่าวสารต่าง ๆ ในโลกโซเชียลอยู่ตลอดเวลา (Cheumongkol, Inthitaton, & Wangsate, 2019) และพบว่าในนักศึกษาพยาบาลมีการใช้สมาร์โฟนเป็นจำนวนมาก และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในด้านการเรียน ด้านความบันเทิง แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านต่าง ๆ รวมถึงการใช้สมาร์โฟนที่ไม่เหมาะสมตลอดเวลาแม้ในขณะที่เรียนในห้องเรียน พฤติกรรมการใช้สมาร์โฟน ดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อเวลาในการทบทวนเนื้อหาที่เรียนมาน้อยลง มีช่วงระยะเวลาในการนอนลดลง เป็นสาเหตุหนึ่งของแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน ไม่เข้าใจเนื้อหาในวิชาที่เรียนขณะที่เรียนขณะที่มีความรู้สึกเบื่อ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมแอบใช้งานอินเทอร์เน็ตในขณะที่มีการเรียนการสอน (Kitisri, Nokham, & Phetcharat, 2017) ทำให้นักศึกษามีการเสพติดโลกออนไลน์มากขึ้น เนื่องจากขาดความยับยั้งชั่งใจในขณะที่มีการใช้สมาร์โฟนจนทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและสังคม โดยเฉพาะด้านสังคมทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเพื่อนลดน้อยลง เป็นสังคมก้มหน้าเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าการติดสมาร์โฟนมีผลต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะความเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ลดลง ความรู้สึกมีความสุขในชีวิตที่ลดลง (Charoenwanit, & Soonthornchaiya, 2019) และความสามารถในการควบคุมตนเองลดลงโดยไม่สามารถหยุดการใช้หรือควบคุมเวลาในการใช้ได้ (Kwon, Kim, Cho, & Yang, 2013)

ผลกระทบของการติดสมาร์โฟนต่อความเครียด จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่ติดสมาร์โฟนมีความเครียดในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 41.4 และรองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 38.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 (Cheumongkol, Inthitanon, & Wangsate, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Patchaipoon และ Arin (2021) พบว่าพฤติกรรมการใช้สมาร์โฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.416$) การมีคะแนนพฤติกรรมการใช้สมาร์โฟนมากกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์จะมีคะแนนความเครียดที่สูงกว่าการมีคะแนนพฤติกรรมการใช้สมาร์โฟนต่ำกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติการถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) พบว่าพฤติกรรมการใช้สมาร์โฟนมีอิทธิพลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถทำนายได้ร้อยละ 17.3 และในขณะที่มีการศึกษาพบว่า นักศึกษาบางคนมีการใช้สมาร์โฟนเพื่อช่วยลดความเครียด เพื่อเพิ่มความผ่อนคลายทำให้รู้สึกดีขึ้น ลดความรู้สึกเครียดลง (Elhai, Dvorak, Levine, & Hall, 2017) ซึ่งนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีการเรียนการสอนของเนื้อหาที่อัดแน่นและยากจึงส่งผลทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด จึงมีการหาทางออกผ่อนคลายความเครียดจากการเรียน โดยวิธีการใช้สมาร์โฟนเป็นตัวกลางในการผ่อนคลาย ความเครียด เช่น การฟังเพลง ดูหนัง เล่น เกมส์ คุยกับเพื่อนผ่านโลกออนไลน์ (Kitisri, Nokham, & Phetcharat, 2017) แม้การใช้สมาร์โฟนจะเป็นสิ่งที่สามารถบรรเทาความเครียดของบุคคลได้ แต่ในขณะเดียวกันพบว่าการใช้งานสมาร์โฟนอาจเพิ่มความเครียดเมื่อใช้ในปริมาณมากเกินไป ผลการศึกษาพบว่ายิ่งใช้สมาร์โฟนมาก ยิ่งเกิดความเครียด โดยความเครียดจากการใช้สมาร์โฟนแบ่งได้ 4 แบบดังนี้ 1) ความเครียดจากการเสพสื่อทางลบ 2) เครียดจากการใช้งานอย่างต่อเนื่องโดยไม่พัก 3) เครียดจากการคาดหวังการตอบสนองเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองทันที และ 4) เครียดจากการเปรียบเทียบกับคนอื่นในเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Patchaipoon & Arin, 2021)

ผลกระทบจากการติดสมาร์โฟนต่อภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เกิดจากการเสพเรื่องราวของคนอื่นในโซเชียลมีเดีย ซึ่งในสังคมออนไลน์มักจะมีการโพสต์หรือแชร์เรื่องดี ๆ แข่งกัน มีการแต่งภาพให้ดูสวยงามจนอาจจะเกินความเป็นจริง จากนั้นจึงมีการนำเรื่องราวเหล่านั้นมาเปรียบเทียบกับตัวเองโดยไม่รู้ตัว ทำให้ตัวเองรู้สึกว่าไร้ค่า น้อยเนื้อต่ำใจในโชคชะตาและรู้สึกว่าชีวิตของตัวเองไม่ดีเท่าคนอื่น สุดท้ายก็จะกลายเป็นโรคซึมเศร้า (Demirci, Akgönül, & Akpinar, 2015) ดังนั้น การใช้สมาร์โฟนจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Thomée, Härénstam, & Hagberg, 2011) นอกจากนั้นยังพบว่าการติดสมาร์โฟนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Elhai, Dvorak, Levine, & Hall, 2017)

การติดสมาร์โฟนยังทำให้เกิดกลุ่มอาการใหม่ที่เรียกว่า โนโมโฟเบีย (Nomophobia) มาจากคำว่า "No Mobile Phone Phobia" ใช้เรียกอาการที่เกิดจากความหวาดกลัว วิตกกังวลเมื่อขาดโทรศัพท์มือถือ ซึ่งพบว่าเป็นในกลุ่มเยาวชน อายุ 18-24 ปี ร้อยละ 70 รองลงมาคือกลุ่มคนวัยทำงาน ช่วงอายุ 25-34 ปี และกลุ่มวัยใกล้เกษียณ 55 ปีขึ้นไป (Buranasin, 2018) จากการศึกษาของ Yildirim & Correia (2015) พบว่าลักษณะของผู้ที่มีภาวะโนโมโฟเบียจะมีลักษณะหรือองค์ประกอบดังนี้ 1) การรู้สึกว่าไม่สามารถติดต่อสื่อสารผ่านสมาร์โฟนได้ (Not Being Able to Communicate) 2) การที่ไม่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตหรือสื่อสังคมออนไลน์ได้ (Losing Connectedness) 3) ไม่สามารถเข้าถึงหรือหาข้อมูลในสมาร์โฟนได้ (Not Being Able to Access Information) และ 4) ความรู้สึกสะดวกสบาย และไม่เครียดและไม่วิตกกังวลเมื่อมีสมาร์โฟนและสายชาร์จติดตัว (Giving Up Convenience) ในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของภาวะโนโมโฟเบีย ในกลุ่มนิสิตนักศึกษาไทยระดับปริญญาตรีทั่วประเทศ

(Shewarat, Sarunya, Napakkawat, & Thanapoom, 2017) พบว่าร้อยละ 99.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโนโมโฟเบีย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรงปานกลาง (ร้อยละ 60.6) โดยอาการที่แสดงออกอย่างเด่นชัดมากที่สุด คือ รู้สึกวิตกกังวลใจเมื่อไม่สามารถติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนได้

จากข้อมูลจะพบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีการใช้สมาร์ตโฟนมากเกินไปทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งในประเทศไทยยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนของนักศึกษาพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างการติดสมาร์ตโฟนกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การหาแนวทางการแก้ไขปัญหาให้นักศึกษามีพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟน อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับ พฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย (Nomophobia) ของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

สมมติฐานวิจัย

พฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย

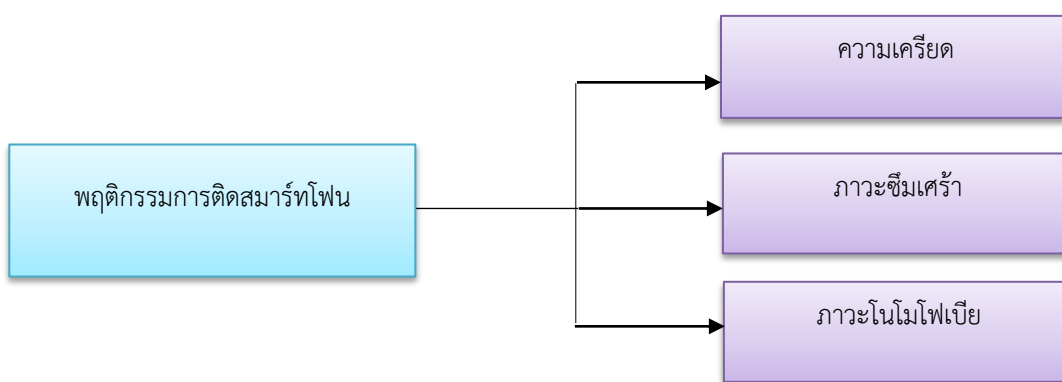
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนมีผลกระทบต่อความเครียด นักศึกษาที่ติดสมาร์ตโฟนมีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cheumongkol, Inthitanon, & Wangsate, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Patchaipoon และ Arin (2021) พบว่าพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.416$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thomée, Härenstam, & Hagberg (2011) นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดสมาร์ตโฟนกับความเครียด มีจำนวน 4 เรื่องจาก 5 เรื่องที่พบว่าพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sohn, Rees, Wildridge, Kalk, & Carter, 2019)

พฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนกับภาวะซึมเศร้า การติดสมาร์ตโฟนมีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cheumongkol, Inthitanon, & Wangsate, 2019) นอกจากนั้นการใช้สมาร์ตโฟนยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Thomée, Härenstam, & Hagberg, 2011) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการติดสมาร์ตโฟนกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมดจำนวน 8 เรื่องจาก 8 เรื่อง และพบว่าพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (Elhai, Dvorak, Levine, & Hall, 2017)

พฤติกรรมการใช้โทรศัพท์มือถือทำให้บุคคลกลัวการขาดสมาธิและการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ทำให้เกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางจิตที่เรียกว่า ภาวะโนโมโฟเบีย (Gonçalves, Dias, & Correia, 2020) จากการศึกษาพบว่า การใช้โทรศัพท์มือถือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโนโมโฟเบีย (Gonçalves, Dias, & Correia, 2020, Khan, Atta, Malik, & Makhdoom, 2021) นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้โทรศัพท์มือถือที่มีการใช้สมาธิมากกว่า 5 ชั่วโมง ตรวจสอบสมาธิทุก 5 นาที จะมีภาวะโนโมโฟเบียระดับสูงกว่าคนที่ใช้น้อยกว่า 5 ชั่วโมง และมีการตรวจสอบสมาธิไม่บ่อยจนเกินไป (Khilnani, Thaddanee, & Khilnani, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจึงสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมการใช้โทรศัพท์มือถือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2563 จำนวน 14,860 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2563 จำนวน 442 คน ซึ่งได้รับการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยแบ่งวิทยาลัยพยาบาลออกเป็น 5 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง 1 ภาคกลาง 2 ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ภาคละ 1 วิทยาลัยหลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นตัวแทนจากภาคนั้นๆ หลังจากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางการสุ่มขนาดตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 375 คน ทางผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 442 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสอบถามขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้โดยรวมที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน ค่าใช้โทรศัพท์ต่อเดือน จุดประสงค์ของการใช้สมาร์ทโฟน โปรแกรมประยุกต์ที่ใช้ ระยะเวลาที่ใช้สมาร์ทโฟน กิจกรรมและสถานที่ที่ใช้สมาร์ทโฟน

2. แบบประเมินพฤติกรรมกาติดสมาร์ทโฟนฉบับสั้น (Smartphone Addiction Scale: Thai Short Version: SAS-SV) (Charoenwanit & Soonthornchaiya, 2019) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนทั้งหมด 10 ข้อ Asst. Prof. Dr. Min Kwon (Kwon, Kim, Cho, H., & Yang, 2013) คือ เจ้าของลิขสิทธิ์ของเครื่องมือต้นฉบับ ซึ่งนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้หลักการแปลแบบแปลย้อนกลับ (Back Translation) จากนั้นมีการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยอายุระหว่าง 18-25 ปี ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .94 โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนของตนเอง ข้อคำถามแต่ละข้อจะถูกให้คะแนนแบ่งเป็น 6 ระดับ 1) คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง 6 คือเห็นด้วยอย่างมาก) มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-60 คะแนน โดยมีจุดตัดของคะแนนแบ่งแยกตามเพศ คือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 31 คะแนนในเพศชาย หรือคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 33 คะแนนในเพศหญิง จะหมายถึงมีพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน โดยไม่มีการแบ่งระดับความรุนแรงพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน

3. แบบประเมินความเครียด (ST-5) (Department of Mental Health, 2020) ประกอบไปด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับความเครียดที่จะก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจทั้งหมด 5 ข้อ โดยมีการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของทั้งฉบับในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .82 (Kooariyakul, Onsen, Chidnayee, Suwanachat, & Soipheth, 2019) โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกถามเกี่ยวกับความเครียดของตนเอง ข้อคำถามแต่ละข้อจะถูกให้คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ (0 คือ แทบไม่มี 1 คือ เป็นบางครั้ง 2 คือ บ่อยครั้ง 3 คือ เป็นประจำ) การแปลผลมีช่วงคะแนนดังนี้ 0-4 คือ เครียดน้อย คะแนน 5-7 คือ เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 คือ เครียดมาก และคะแนน 10-15 คือ เครียดมากที่สุด

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai Version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) (Panyawong, Pavasuthipaisit, & Santitadukul, 2019) เป็นแบบประเมินที่วัยรุ่นใช้ประเมินตนเอง (self-rating scale) โดยพัฒนามาจาก Kroenke, Spitzer, & Williams (2001) ซึ่งเป็นแบบประเมินฉบับสั้นที่ดึงเฉพาะข้อคำถามที่ประเมินภาวะซึมเศร้า ได้มีการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 11-20 ปี เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .75 โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกถามเกี่ยวกับข้อคำถามที่เป็นอาการของภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า อิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของ DSM-IV แม้ว่าในปัจจุบันจะมีเกณฑ์ฉบับใหม่คือ DSM-V แต่จากการที่ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบพบว่ารายละเอียดของเกณฑ์ไม่แตกต่างกัน และผู้พัฒนาได้เพิ่มลักษณะอาการบางประการที่เป็นลักษณะเฉพาะของวัยรุ่น มีจำนวน 9 ข้อคำถาม โดยประเมินระดับความรุนแรงของอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย 0 คะแนน มีบางวัน 1 คะแนน มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน มีแทบทุกวัน 3 คะแนน การแปลผล

จะมีช่วงคะแนน ได้แก่ คะแนน 0-4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 5-9 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 10-14 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 15-19 มีภาวะซึมเศร้ามาก และคะแนน 20-27 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

5. แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะโนโมโฟเบีย (Nomophobia) ซึ่ง Shewarat, Sarunya, Napakkawat, & Thanapoom, (2017) ได้แปลและพัฒนาจากการศึกษาของ Yildirim & Correia (2015) ที่รายงานค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .95 ลักษณะตัวเลือกเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต จำนวน 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงระดับ 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแปลผลคะแนนรวมเป็นระดับความรุนแรง ดังนี้ คะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 คือ ไม่มีภาวะโนโมโฟเบีย คะแนน 21 - 59 คือ ระดับความรุนแรงต่ำ คะแนน 60 - 99 คือ ระดับความรุนแรงปานกลาง และคะแนน 100 - 140 คือ ระดับความรุนแรงสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี จำนวน 40 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟนฉบับสั้น แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะโนโมโฟเบีย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88, .81, .84, และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการเก็บข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

หลังจากที่การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดย

1. จัดทำหนังสือผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ประสานงานกับงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ Google form ที่ผู้วิจัยได้สร้างแบบฟอร์มและจัดทำในรูปแบบ QR Code ให้กับนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างของแต่ละวิทยาลัย โดยให้หน้าแรกแสดงคำชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงมีปุ่มแสดงความยินยอม และไม่ยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจ หากไม่ยินยอมปุ่มจะถูกเชื่อมโยงไปที่หน้าสุดท้ายเพื่อส่งคำตอบ แต่หากยินยอมปุ่มจะเชื่อมโยงไปยังหน้าแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อให้เกิดความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ตโฟน ภาวะสุขภาพจิตประกอบด้วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ดังนี้ (Gray, Grove, & Sutherland, 2017)

ระดับความสัมพันธ์	ค่าความสัมพันธ์ทางบวก	ค่าความสัมพันธ์ทางลบ
ต่ำ	0.00 ถึง 0.29	0.00 ถึง -0.29
ปานกลาง	0.30 ถึง 0.49	-0.49 ถึง -0.30
ต่ำ	0.50 ถึง 1.00	-1.00 ถึง -0.50

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Baramée, 2008)

1. ข้อมูลตัวแปรเป็นมาตรวัดแบบช่วงหรือมาตรวัดอันดับ (Interval or Ratio Measurement) ซึ่งข้อมูลของตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบมาตรวัดแบบช่วง

2. ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Fisher Skewness Coefficient & Fisher Kurtosis Coefficient พบว่าค่าของตัวแปรที่ได้คือ -.55 - +1.17 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96 จึงแสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

3. ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear Relationship) ผลการทดสอบพบว่าค่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยดูจากค่า F-test ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 แสดงว่าตัวแปรระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน กับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมเบีย มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ก่อนดำเนินการวิจัยเลขที่ 1-004/2563 วันที่ 1 พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 442 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 414 คน คิดเป็นร้อยละ 93.67 มีอายุอยู่ในช่วง 18- 30 ปี โดยส่วนใหญ่อายุ 20 ปี จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 32.81 อายุ 19 ปี จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 24.43 รายได้โดยรวมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากผู้ปกครองและอื่นๆ คือ 3,001-5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 228 คนคิดเป็นร้อยละ 51.58 รองลงมาคือ 1,000-3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 104 คนคิดเป็นร้อยละ 23.53 และส่วนใหญ่เสียค่าบริการโทรศัพท์ต่อเดือน 300-500 บาท จำนวน 344 คน คิดเป็นร้อยละ 77.83

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สมาร์ทโฟน

2.1 ระยะเวลาการใช้สมาร์ทโฟน จากการผลการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สมาร์ทโฟน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สมาร์ทโฟนมานาน 8 ปี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 21.72 รองลงมา 10 ปี จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 19.91 และ 9 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 12.22 ระยะเวลาในการใช้สมาร์ทโฟนต่อวัน ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลามากกว่า 6 ชม./วัน จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 38.01 รองลงมา 5-6 ชม./วัน จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 22.85 ระยะเวลาส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการเช็คสมาร์ทโฟน คือ ทุก 20-30 นาที จำนวน

110 คน คิดเป็นร้อยละ 24.89 รองลงมาทุก 10-20 นาที จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 23.98 และทุก 30-40 นาที จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 17.87 และระยะเวลาในการเล่นแอปพลิเคชันต่อครั้ง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-2 ชม./ครั้ง จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 38.24 และใช้เวลา 2-3 ชม./ครั้ง จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 22.17

2.2 จุดประสงค์ในการใช้สมาร์ทโฟน และแอปพลิเคชันที่ใช้มากที่สุด ซึ่งการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกได้มากกว่า 1 รายการ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลอยู่ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2563- กุมภาพันธ์ 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ดังนั้นจึงเป็นช่วงที่มีการจัดการเรียนการสอนทั้งแบบ Onsite และ Online ผลการศึกษาพบว่า มีการใช้เพื่อเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ผ่านอินเทอร์เน็ต ค้นหาข้อมูลทางการศึกษาผ่านอินเทอร์เน็ต และใช้โปรแกรมเพื่อการสนทนาออนไลน์ เช่น LINE, Messenger มากที่สุดทั้ง 3 จุดประสงค์ ร้อยละ 95.93 ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการที่นักศึกษาบางส่วนอยู่ในช่วงการเรียนแบบออนไลน์ และอื่นๆ รองลงมาคือ เข้าโปรแกรมสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, Twitter และอื่นๆ ร้อยละ 94.57 โทรศัพท์ ถ่ายรูป ดูหนัง/ดูซีรีส์/ดูคลิปวิดีโอ และถ่ายวิดีโอ ร้อยละ 93.67, 92.99, 91.40 และ 78.96 ตามลำดับ แอปพลิเคชันที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ Instagram, Youtube, Facebook โปรแกรมเพื่อการสนทนาออนไลน์ Email และ Twitter ตามลำดับ

2.3 กิจกรรมและสถานที่ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักใช้สมาร์ทโฟนเป็นประจำในขณะที่ทำกิจกรรมดังนี้ เมื่อรู้สึกเบื่อหน่ายและเครียด และเมื่ออยู่คนเดียวมากที่สุด ร้อยละ 93.21 รองลงมาคือ ระหว่างรอคาบเรียนต่อไป ร้อยละ 56.11 ขณะรับประทานอาหาร ร้อยละ 43.44 ขณะกำลังดูทีวีหรือภาพยนตร์ ร้อยละ 33.71 รวมถึงขณะไปเที่ยวกับบุคคลอื่น ขณะพูดคุยกับใครบางคน และขณะเรียนอยู่ ร้อยละ 24.21 24.43 และ 12.22 ตามลำดับ สถานที่ที่ใช้สมาร์ทโฟนมากที่สุดคือ ในห้องพักของตนเอง ร้อยละ 99.32 รองลงมาคือ ในที่สาธารณะ ร้อยละ 58.14 ในรถยนต์หรือรถโดยสาร ร้อยละ 50.90 ในห้องน้ำ ร้อยละ 42.08 ในห้องเรียน ร้อยละ 33.48 และโต๊ะอาหาร ร้อยละ 24.21

3. ข้อมูลพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน

ตาราง 1 ข้อมูลพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน ($n=442$) ($M=25.9$, $SD=9.42$)

พฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน	เพศชาย		เพศหญิง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ติดสมาร์ทโฟน	6	21.43	90	21.74
ไม่ติดสมาร์ทโฟน	22	78.57	324	78.26

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะติดสมาร์ทโฟน จำนวน 346 คน คิดเป็นร้อยละ 78.28 และมีภาวะติดสมาร์ทโฟน จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 21.72

4. ข้อมูลด้านความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย (n=442)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเครียด ($M=4.73$, $SD=3.40$)		
เครียดน้อย	227	51.36
เครียดปานกลาง	124	28.05
เครียดมาก	37	8.37
เครียดมากที่สุด	54	12.22
ภาวะซึมเศร้า ($M=5.05$, $SD=4.79$)		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	242	54.75
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	136	30.77
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	40	9.05
มีภาวะซึมเศร้ามาก	18	4.07
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	6	1.36
ภาวะโนโมโฟเบีย ($M=69.76$, $D=26.72$)		
ไม่มี	4	.90
ระดับความรุนแรงต่ำ	162	36.65
ระดับความรุนแรงปานกลาง	211	47.74
ระดับความรุนแรงสูง	65	14.71

จากตาราง 2 นักศึกษามีปัญหาความเครียด ร้อยละ 100 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 45.25 และภาวะโนโมโฟเบีย ร้อยละ 99.10 ด้านความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีความเครียด ส่วนใหญ่จะมีความเครียดระดับน้อย จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 51.36 เครียดระดับปานกลาง จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 28.05 และเครียดมากถึงมากที่สุด จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 20.58 ส่วนภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 54.75 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 39.82 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.36 และภาวะโนโมโฟเบีย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโนโมโฟเบีย ระดับความรุนแรงปานกลาง จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 47.74 ระดับความรุนแรงต่ำ จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 36.65 ระดับความรุนแรงสูง จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 14.71

5. ผลของพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย ($n=442$)

ภาวะสุขภาพจิต	พฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน		
	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความเครียด	.478**	<.001	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	.371**	<.001	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ภาวะโนโมโฟเบีย	.560**	<.001	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

** Correlation is significant at the .01 level (2-tailed)

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย โดยพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโนโมโฟเบีย (Nomophobia) ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงตารางที่ 3 เป็นไปตามสมมติฐานได้ว่า พฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตในด้านความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย ในระดับปานกลางถึงสูง

อภิปรายผล

จากการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถสรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

การประเมินพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พบว่ามีนักศึกษาจำนวนร้อยละ 21.72 มีพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน สอดคล้องกับการศึกษาของ Cho และ Lee (2016) ซึ่งมีการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลพบว่า ร้อยละ 27.2 มีการใช้สมาร์ทโฟนมากกว่า 5 ชม.ต่อวัน ซึ่งแสดงถึงความเสี่ยงสูงต่อการติดสมาร์ทโฟน และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่า นักศึกษาพยาบาลร้อยละ 22 มีพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟน โดยเหตุผลหลักของการใช้สมาร์ทโฟนคือเพื่อการติดต่อสื่อสาร และจะรู้สึกหงุดหงิด วิตกกังวลถ้าแบตเตอรี่หมด ไม่สามารถที่จะทิ้งโทรศัพท์ไว้ที่อื่นได้ในขณะนอนหลับ และจะตรวจสอบโทรศัพท์ทันทีเมื่อตื่นนอน (Osorio-Molina, Martos-Cabrera, Membrive-Jiménez, Vargas-Roman, Suleiman-Martos, Ortega-Campos, et al, 2021) เนื่องจากเทคโนโลยีของสมาร์ทโฟนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยสามารถที่จะรวมการทำงานของโทรศัพท์กับคอมพิวเตอร์ไว้ในเครื่องเล็กๆและยังช่วยให้เข้าถึงเกม มัลติมีเดีย หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างง่ายดาย และยังมีเครื่องมือที่ช่วยอำนวยความสะดวก เช่น กล้อง วีดีโอ ตัวช่วยแปลภาษา และอื่นๆ ทำให้สมาร์ทโฟนสามารถใช้งานได้หลากหลาย สะดวกสบาย จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ใช้เกิดอาการติดและหมกมุ่นอยู่กับสมาร์ทโฟน (Ting & Chen, 2020) จนเกิดปัญหาการใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไป นอกจากนั้นจากข้อมูลระยะเวลาในการใช้สมาร์ทโฟนต่อวัน พบว่าส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลามากกว่า 6 ชม.ต่อวัน ระยะเวลาส่วนใหญ่นี้กลุ่มตัวอย่างใช้ในการเช็คสมาร์ทโฟน คือ ทุก 20-30 นาที ระยะเวลาในการเล่นแอปพลิเคชันต่อครั้ง ส่วนใหญ่ใช้เวลา

1-2 ชม.ต่อครั้ง เมื่อพิจารณาในเรื่องของระยะเวลาจะพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่จะใช้เวลาค่อนข้างนาน ซึ่งระยะเวลาในการใช้สมาร์ทโฟนใน 1 วันเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน (Cho & Lee, 2016) การใช้สมาร์ทโฟนมากกว่า 5 ชม.ต่อวัน เป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งที่สามารถระบุได้ว่าการติดสมาร์ทโฟนได้ (Cho & Lee, 2016, Osorio-Molina, Martos-Cabrera, Membrive-Jiménez, Vargas-Roman, Suleiman-Martos, Ortega-Campos, et al, 2021) นอกจากนั้นจากการศึกษาของAljomaa, Al.Qudah, Albursan, Bakhiet, และ Abduljabbar (2016) พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สมาร์ทโฟนนานกว่า 4 ชม.ต่อวัน จะพบปัญหาทางด้านจิตสังคม ด้านสุขภาพ และจะหมกมุ่นกับการใช้สมาร์ทโฟน และใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไปจนเกิดพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน (Celikkalp, Bilgic, Temel, & Varol, 2020)

เหตุผลที่นักศึกษาใช้สมาร์ทโฟน คือเมื่อรู้สึกเบื่อหน่ายและเครียด และเมื่ออยู่คนเดียว แสดงให้เห็นว่านักศึกษาใช้สมาร์ทโฟนเป็นวิธีการช่วยในการเผชิญปัญหาของตนเอง โดยใช้สมาร์ทโฟนเพื่อช่วยลดหรือบรรเทาอาการเบื่อหน่ายและเครียด โดยเพิ่มอารมณ์ทางบวกและลดอารมณ์ทางลบ (Elhai, Dvorak, Levine, & Hall, 2017) เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นลบจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลนั้นเข้าหาออนไลน์เพื่อลดความรู้สึกทางลบนั้นเพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกทางบวก โดยผลลัพธ์ที่ได้อาจจะได้ทั้งทางบวกและทางลบ ผลลัพธ์ทางบวกคือทำให้บุคคลรู้สึกดีขึ้น แต่ในทางลบคือทำให้เกิดการติดสมาร์ทโฟน และเมื่อใช้วิธีนี้ไปนานๆ จนเกิดพฤติกรรมซ้ำๆ ผลลัพธ์ที่ตามมาคือทำให้เกิดพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน (Kardefelt-Winther, 2014) และยังพบว่าพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยนำที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Mohamed & Mostafa, 2020) ส่วนสถานที่ที่ใช้สมาร์ทโฟนมากที่สุดคือ ในห้องพักของตนเอง นักศึกษาส่วนมากมักจะใช้สมาร์ทโฟนในห้องพักของตนเองก็เนื่องมาจากนักศึกษาพยาบาลในสังกัดของสถาบันพระบรมราชชนก ส่วนใหญ่จะพักอาศัยอยู่ในหอพักตลอดหลักสูตร ดังนั้นจึงพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่จะใช้ในห้องพักของตนเอง

จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่าพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด และภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโนโมโฟเบียในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่สนับสนุนว่า การใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไปจนเกิดปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล (Elhai, Dvorak, Levine, & Hall, 2017, Yang, Fu, Liao, & Li, 2020, Sohn, Rees, Wildridge, Kalk, & Carter, 2019) นักศึกษาที่มีความเสี่ยงในการติดสมาร์ทโฟนสูงจะมีระดับความเครียดสูง (Samaha & Hawi, 2011) และยังมีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นสาวที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน โดยมีการติดตามในระยะเวลา 1 ปี พบว่าการใช้สมาร์ทโฟนในระดับมากมีความสัมพันธ์กับความเครียด การนอนหลับยาก และภาวะซึมเศร้า (Thomée, Härenstam, & Hagberg, 2011) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาถึงผลกระทบของการติดสมาร์ทโฟนต่อภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาล (Mohamed & Mostafa, 2020) พบว่านักศึกษาหนึ่งในสามที่ติดสมาร์ทโฟนมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ผิดปกติ และการติดสมาร์ทโฟนยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า สรุปได้ว่าการติดสมาร์ทโฟนเป็นปัจจัยนำหรือปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความเครียดจากการเรียนการสอน เช่นในสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติ ภาวะใกล้เสียชีวิตและการเสียชีวิตของผู้ป่วย การสอบ ภาระงานที่หนักในระหว่างการศึกษา

เรียน และการไม่มีเวลาว่าง หรือเวลาที่เป็นอิสระ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเรื่องการติดสมาร์ทโฟน ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบในนักศึกษาพยาบาล (Osorio-Molina, Martos-Cabrera, Membrive-Jiménez, Vargas-Roman, Suleiman-Martos, Ortega-Campos, et al, 2021) พบว่าการใช้สมาร์ทโฟนที่มากเกินไปจนความจำเป็นอย่างยิ่งส่งผลทำให้ประสิทธิภาพการนอนลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความรู้สึกเป็นทุกข์ในสังคมสูงขึ้น การรับรู้ต่อการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ทักษะการสื่อสารลดลง ผลการเรียนต่ำ แต่ในทางกลับกันก็มีการศึกษาในลักษณะกลับทางซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตกับการใช้สมาร์ทโฟนจนเกิดปัญหา มีบางงานวิจัยพบว่าปัญหาทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล เป็นสาเหตุให้เกิดการติดเทคโนโลยีได้ (Elhai, Dvorak, Levine, & Hall, 2017) โดยบุคคลที่มีความเครียดเรื้อรังจะใช้วิดีโอเกมออนไลน์ เป็นวิธีการเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียด (Snodgrass, Lacy, Dengah, Eisenhauer, Batchelder, & Cookson, 2014) และบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะใช้โทรศัพท์เป็นวิธีการเผชิญปัญหา เพื่อจัดการกับกับภาวะซึมเศร้าและอารมณ์ทางลบ (Kim, Kim, Kim, Ju, Choi, Yu, 2015) จากผลการศึกษาทำให้เห็นว่าการติดสมาร์ทโฟนก็เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ และในทางกลับกันการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตก็สามารถเป็นสาเหตุให้ติดสมาร์ทโฟน ตัวอย่างเช่น ภาวะซึมเศร้าอาจจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไปเพื่อหลีกเลี่ยงจากอารมณ์ทางลบหรือภาวะซึมเศร้า และการใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไปจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด และความเครียดมากขึ้น (Elhai, Dvorak, Levine, & Hall, 2017) ดังนั้นพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟนอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต และปัญหาทางสุขภาพจิตอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟนได้

ผลของพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟนต่อภาวะโนโมโฟเบีย (Nomophobia) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.10 มีภาวะโนโมโฟเบีย โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 47.74 มีภาวะโนโมโฟเบียอยู่ในระดับความรุนแรงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะโนโมโฟเบีย ในกลุ่มนิสิตนักศึกษาไทยที่ใช้สมาร์ทโฟน ในมหาวิทยาลัยภาครัฐ (Shewarat, Sarunya, Napakkawat, & Thanapoom, 2017) พบว่าพฤติกรรมติดสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับภาวะโนโมโฟเบียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการติดสมาร์ทโฟน ทำให้นักศึกษามีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวล หรือกลัวการขาดสมาร์ทโฟน และการใช้สมาร์ทโฟนเป็นตัวที่สามารถทำนายภาวะโนโมโฟเบียได้ (Daei, Ashrafi-Rizi, & Soleymani, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลของการติดสมาร์ทโฟนในนักศึกษาพยาบาล นอกจากส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลแล้ว ยังอาจสร้างปัญหาในการฝึกปฏิบัติในวิชาชีพการพยาบาล (Cho & Lee, 2016, Osorio-Molina, Martos-Cabrera, Membrive-Jiménez, Vargas-Roman, Suleiman-Martos, Ortega-Campos, et al, 2021) เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความตั้งใจ มีสมาธิในการปฏิบัติ ซึ่งจะต้องไม่มีความผิดพลาด และไม่มีโอกาสครั้งที่สอง (Osorio-Molina, Martos-Cabrera, Membrive-Jiménez, Vargas-Roman, Suleiman-Martos, Ortega-Campos, et al, 2021) โดยเฉพาะในนักศึกษาพยาบาลที่กำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต การใช้สมาร์ทโฟนมากเกินไปหรือใช้ในทางที่ผิด จะทำให้มีผลกับสมาธิและความตั้งใจ สิ่งที่จะตามมาคือผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลได้ (Bülbüloğlu, Özdemir, Kapikiran, & Saritaş, 2019)

ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงควรตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดสมาธิซึ่งเป็นผลจากการติดสมาร์ตโฟน ที่อาจจะส่งผลถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Cho & Lee, 2016) การใช้สมาร์ตโฟนจึงควรใช้ในระดับพอดี ใช้เพื่อการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ และมีระยะเวลาในการใช้ที่เหมาะสมจึงจะสามารถป้องกันการเกิดพฤติกรรมติดสมาร์ตโฟน และป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต และอื่น ๆ ที่จะตามมาหรือส่งผลในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษาพฤติกรรมติดสมาร์ตโฟน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่านักศึกษาพยาบาลบางส่วนมีพฤติกรรมติดสมาร์ตโฟน และพฤติกรรมติดสมาร์ตโฟนยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะโนโมโฟเบีย ดังนั้นอาจารย์ควรมีวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมให้นักศึกษามีการใช้สมาร์ตโฟนเพื่อการเรียนรู้มากขึ้น เช่นเข้าถึงข้อมูลเพื่อการเรียนการสอน การใช้โปรแกรมประยุกต์ (Applications) ประกอบการเรียนการสอน หรืออื่นๆเพื่อให้นักศึกษามีการใช้สมาร์ตโฟนให้เกิดประโยชน์ และควรมหาแนวทางช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาการติดสมาร์ตโฟน หรือปัญหาสุขภาพจิตจากการติดสมาร์ตโฟน หรือผลกระทบด้านความตั้งใจและสมาธิในการฝึกภาคปฏิบัติจากการติดสมาร์ตโฟน เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบโมเดลเชิงสาเหตุในลักษณะ 2 ทิศทางคือ มีการศึกษาผลของพฤติกรรมติดสมาร์ตโฟนต่อสุขภาพจิต และปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมติดสมาร์ตโฟน เพื่อให้เข้าใจเหตุและผลเพิ่มมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาผลของการติดสมาร์ตโฟนต่อการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อเป็นการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นในบริบทของประเทศไทย
3. พฤติกรรมติดสมาร์ตโฟนและผลกระทบในแต่ละชั้นปี
4. ควรมีการศึกษาผลของการติดสมาร์ตโฟนต่อสมาธิและความตั้งใจในการฝึกภาคปฏิบัติ
5. ควรมีการศึกษาวิธีการ/กิจกรรมที่จะช่วยเหลือนักศึกษาที่มีพฤติกรรมติดสมาร์ตโฟน และนักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจากการติดสมาร์ตโฟน เพื่อลดความรุนแรงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

References

- Aljomaa, S. S., Al.Qudah, M. F., Albursan, I. S., Bakhet, S. F., & Abduljabbar, A. S. (2016). Smartphone Addiction among University Students in the Light of Some Variables. *Computers in Human Behavior*, 61, 155–164.

- Baramée, J. (2008). *Statistic for Health Research and SPSS Data Analysis*. Chonburi: Srisilapa Printing.
- Bülbüloğlu, S., Özdemir, A., Kapıkıran, G., & Sarıtaş, S. (2019). The Effect of Nomophobic Behavior of Nurses Working at Surgical Clinics on Time Management and Psychological Well-Being. *Journal of Substance Use*, 25, 318-323.
- Buranasin, T. (2018). *Thai Teenagers Found "Smartphone Addiction"*. Retrieved March 2, 2022 from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27762>
- Celikkalp, U., Bilgic, S., Temel, M., & Varol, G. (2020). The Smartphone Addiction Levels and the Association With Communication Skills in Nursing and Medical School Students. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 28(3), 1-9
- Charoenwanit, S., & Soonthornchaiya, R. (2019). Development of Smartphone Addiction Scale: Thai Short Version (SAS-SV-TH). *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(1), 25-36. (in Thai)
- Cheumongkol, W., Inthitanon, T., & Wangsate, J. (2019). Impact of Smartphone and Tablet Use on Health and Academic Performance of Pharmacy Students at Srinakharinwirot University. *Srinagarind Medical Journal*, 34(1), 90-98. (in Thai)
- Cho, S. & Lee, E. (2016). Distraction by Smartphone Use During Clinical Practice and Opinions about Smartphone Restriction Policies: A Cross-Sectional Descriptive Study of Nursing Students. *Nurse Education Today*, 40, 128-133.
- Daei, A., Ashrafi-Rizi, H. & Soleymani, M. R. (2019). Nomophobia and Health Hazards: Smartphone Use and Addiction Among University Students. *International Journal of Preventive medicine*, 10, 1-5. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_184_19
- Demirci, K., Akgönül, M., & Akpınar, A. (2015). Relationship of Smartphone Use Severity with Sleep Quality, Depression, and Anxiety in University Students. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 85-92.
- Department of Mental Health. (2020). Stress test questionnaire (ST5). Retrieved Jun 11, 2021 from: <https://www.dmh.go.th/test/qtest5/>. (in Thai)
- Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C., & Hall, B. J. (2017). Problematic Smartphone Use: A Conceptual Overview and Systematic Review of Relations with Anxiety and Depression Psychopathology. *Journal of affective disorders*, 207, 251-259.
- Gonçalves, S., Dias, P. C., & Correia, A. (2020). Nomophobia and Lifestyle: Smartphone Use and its Relationship to Psychopathologies. *Computers in Human Behavior Reports*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2020.100025>

- Gray, J., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (8th ed.). Missouri: Elsevier.
- Kardefelt-Winther, D. (2014). A Conceptual and Methodological Critique of Internet Addiction Research: Towards a Model of Compensatory Internet Use. *Computers in Human Behavior*, 31, 351-354.
- Khan, S., Atta, M., Malik, N. I., & Makhdoom, I. F. (2021). Prevalence and Relationship of Smartphone Addiction, Nomophobia, and Social Anxiety among College and University Late Adolescents. *Ilkogretim Online*, 20(5), 3588-3595.
- Khilnani, A. K., Thaddanee, R., & Khilnani, G. (2019). Prevalence of Nomophobia and Factors Associated with it: a Cross-Sectional Study. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 7(2), 468-472.
- Kim, M-o., Kim, H., Kim, K., Ju, S., Choi, J., Yu, M. (2015). Smartphone Addiction: (Focused Depression, Aggression and Impulsion) among College Students. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(25), 1-6.
- Kitisri, C., Nokham, R., & Phetcharat, K. (2017). A Smartphone Using Behavior and Health Status Perception of Nursing Students. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 5(1), 19-34. (in Thai)
- Kooariyakul, A., Onseng, W., Chidnayee, S. Suwanachat, S., & Soiphet, N. (2019). Factors Predicting Resilience in Nursing Students of Boromarajonani Nursing College. *Uttaradit Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(2), 187-200
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- Kwon, M., Kim, D. J., Cho, H., & Yang, S. (2013). The Smartphone Addiction Scale: Development and Validation of a Short Version for Adolescents. *PloS one*, 8(12), e83558.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083558>
- Mohamed, S. M., & Mostafa, M. H. (2020). Impact of Smartphone Addiction on Depression and Self-Esteem among Nursing Students. *Nursing Open*, 7(5), 1346-1353.
- Osorio-Molina, C., Martos-Cabrera, M. B., Membrive-Jiménez, M. J., Vargas-Roman, K., Suleiman-Martos, N., Ortega-Campos, E., & Gómez-Urquiza, J. L. (2021). Smartphone Addiction, Risk

- Factors and Its Adverse Effects in Nursing Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nurse Education Today*, 98, 104741.
- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C., & Santitadukul, R. (2019). *Development of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A)*. Bangkok: Beyond Publishing co.ltd. (in Thai)
- Patchaipoon, N., & Arin, N. (2021). Smartphone Usage Behavior and Stress in Chiang Mai University Students. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 52, 1-15.
- Petchprayoon, C., Supparerkchaisakul, N., & Pattrawiwat, K. (2017). Smartphone Addiction of Students: A Scale Development in the Context of Undergraduate Students in Bangkok. *Dusit Thani College Journal*, 11(3), 325-340. (in Thai)
- Samaha, M., & Hawi, N., S. (2011). Relationships among Smartphone Addiction, Stress, Academic Performance, and Satisfaction with Life. *Computers in Human Behavior*, 57, 321-325.
- Shewarat, P., Sarunya, H., Napakkawat, B., & Thanapoom, R. (2017). Prevalence of Nomophobia among Thai Undergraduate Students Using Smartphones in Public University. *Chulalongkorn Medical Journal*, 61(2), 249-59. (in Thai)
- Silangam, W. (2018). Danger of Smartphone Addiction. *Huachiew Chalermprakiet Journal*, 22(43-44), 193-200. (in Thai)
- Snodgrass, J. G., Lacy, M. G., Dengah, H. J. F. II, Eisenhauer, S., Batchelder, G., & Cookson, R. J. (2014). A vacation from Your Mind: Problematic Online Gaming is a Stress Response. *Computers in Human Behavior*, 38, 248-260.
- Sohn, S. Y., Rees, P., Wildridge, B., Kalk, N. J., & Carter, B. (2019). Prevalence of Problematic Smartphone Usage and Associated Mental Health Outcomes Amongst Children and Young People: a Systematic Review, Meta-Analysis and GRADE of the Evidence. *BMC Psychiatry*, 19, 356 <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2350-x>
- Thomée, S., Härenstam, A., & Hagberg, M. (2011). Mobile Phone Use and Stress, Sleep Disturbances, and Symptoms of Depression among Young Adults a Prospective Cohort Study. *BMC Public Health*, 11, 66. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-66>
- Thongjuepong, P. (2016). Factors and Effects of Smart Phone Addiction to Job Performance Nomo-Phobia and Conflict with Others. *Journal of Information Systems in Business*, 2(3), 40-54.
- Ting, C. H., Chen, Y. Y. (2020). *Chapter 8 - Smartphone Addiction*. In: Essau CA, Delfabbro PH, Editors. *Adolescent Addiction (Second Edition) [Internet]*. San Diego: Academic Press.

Retrieved Jun 11, 2021 from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128186268000086>

- Yang, J., Fu, X., Liao, X., & Li, Y. (2020). Association of Problematic Smartphone Use with Poor Sleep Quality, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Research*, 284. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112686>
- Yildirim, C., & Correia, A. P. (2015). Exploring the Dimensions of Nomophobia: Development and validation of a Self-Reported Questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 49, 130-137.

ความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจ และเมแทบอลิกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

Correlation Between Neck Circumference and Risk of Hypertension and Diabetes among Adults and Older Adults

จิราภา กาญจนโกเมศ^{1*}, เสาวพฤกษ์ ช้วยยก¹, นวลนิตย์ ไชยเพชร² และ อัญชลี นาคเพชร²

Jeerapa Karnchanakomate^{1*}, Saowapruet Chuayyok¹, Nuannit Chaipet² and Anchalee Nakpet²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี^{1*}, ศูนย์สุขภาพชุมชนโพธาราม²

Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University^{1*}, Phothawat Community Health Center²

(Received: December 27, 2022; Revised: March 04, 2022; Accepted: March 05, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 250 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ ผลการวิจัยพบว่า

หลังจากควบคุมอิทธิพลของตัวแปรด้านอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีเส้นรอบคอมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 1.49 เท่า (95%CI =1.10-2.03; $p=.010$) ในเพศชาย และ 1.19 เท่า (95%CI =1.02-1.39; $p=.024$) ในเพศหญิง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 1.37 เท่า (95%CI =1.06-1.77; $p=.014$) ในเพศชาย และ 1.18 เท่า (95%CI =1.00-1.39; $p=.045$) ในเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามเส้นรอบคอไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันในเลือดสูงได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการด้านสาธารณสุข สามารถเลือกใช้เส้นรอบคอเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพหรือคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและสะดวก โดยจะนำมาซึ่งข้อมูลพื้นฐานในส่งเสริม ป้องกัน และปรับพฤติกรรมสุขภาพไม่ให้เกิดโรคดังกล่าว

คำสำคัญ: เส้นรอบคอ, โรคทางหัวใจและเมแทบอลิก, ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jeerapakarn@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 098-2877694)

Abstract

This descriptive study aimed to determine the correlation between neck circumference and risk of cardiometabolic diseases. The sample, selected by purposive sampling, consisted of 250 adults and older adults, aged 18 and older, who were attending the primary care units of Surat Thani Province from January to March, 2021. Data collection was conducted by using questionnaires related to personal information. Data analysis was performed by using frequency, percentages, average, standard deviation, chi-square, Pearson's product-moment correlation, and binary logistic regression.

The results, after being adjusted for age, sex, body mass index, smoking, and drinking, showed that neck circumference was significantly associated with the risk of diabetes in both men ($OR_{adj}=1.49$; 95%CI =1.10-2.03; $p=.010$) and women ($OR_{adj}=1.19$; 95%CI =1.02-1.39; $p=.024$), as well as hypertension in both men ($OR_{adj}=1.31$; 95%CI =1.06-1.77; $p=.014$) and women ($OR_{adj}=1.18$; 95%CI =1.00-1.39; $p=.045$). However, neck circumference was not predictive of the risk of dyslipidemia in both men and women.

According to this study, public health services can use the measurement of neck circumference for assessing health conditions or screening adults who are at risk of diabetes and hypertension.

Keywords: Neck Circumference, Diabetes, Hypertension, Adults, Older adult, Cardiometabolic Diseases

บทนำ

โรคทางหัวใจและเมแทบอลิก (Cardiometabolic Diseases) เป็นหนึ่งสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตของคนทั่วโลก (World Health Organization, 2021) ซึ่งประกอบไปด้วยโรคทางหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงโรคทางเมแทบอลิก (Metabolic Syndrome) ที่มีความผิดปกติในการทำงานของระบบการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วนลงพุง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคความดันโลหิตสูง โดยแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรสดังกล่าวในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน (World Health Organization, 2021) และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบความชุกของการป่วยด้วยโรสดังกล่าวได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.70 โรคเบาหวานร้อยละ 8.90 โรคอ้วนร้อยละ 37.50 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 14.90 ในเพศชาย และร้อยละ 17.70 ในเพศหญิง (Aekplakorn, 2016) โรคทางหัวใจและเมแทบอลิกส่งผลกระทบต่อประมาณในระบบการดูแลสุขภาพ และทำให้ผู้คนเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สาเหตุของโรสดังกล่าวมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งส่วนหนึ่งนำไปสู่ปัญหาโรคอ้วน จาก

การศึกษาที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเกิดโรคดังกล่าว (Seravalle & Grassi, 2017; Natsis, Antza, Doundoulakis, Stabouli & Kotsis, 2020) โดยโรคอ้วนสามารถประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index :BMI) รอบเอว (Waist Circumference; WC) และสัดส่วนเอวต่อสะโพก (Waist-to-Hip Ratio; WHR)

อย่างไรก็ตาม การวัดรอบเอวยังมีข้อจำกัดหลายอย่างในเรื่องความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นหลังรับประทานอาหารหรือการหายใจ และความสะดวกในการวัด จะเห็นได้ว่า การศึกษาในปัจจุบันเริ่มนำเส้นรอบคอ (Neck Circumference; NC) มาใช้ในการวัด ซึ่งสามารถทำได้ง่าย ไม่ต้องถอดเสื้อผ้า ทำได้แม้ผู้ป่วยนั่งหรือนอน มีความคลาดเคลื่อนน้อย ประหยัดเวลา และตำแหน่งที่ใช้วัดมีความชัดเจนและง่ายกว่าการวัดเส้นรอบเอว โดยวิธีวัดเส้นรอบคอ ผู้ที่ถูกวัดต้องอยู่ในท่าศีรษะตรง ใช้สายวัดเป็นหน่วยเซนติเมตร วัดในตำแหน่งขอบบนของลูกกระเดือก (laryngeal Prominence หรือ Adam's Apple) จุดตัดที่แนะนำสำหรับคนไทยคือ 33 ซม. ในเพศหญิง ส่วนในเพศชายคือ 38 ซม.ตามเกณฑ์ของ NCEP ATPIII และ 39 ซม. ตามเกณฑ์ของ IDF (Limpawattana, Manjavong & Sopapong, 2016) วิธีดังกล่าวเหมาะสำหรับประเมินภาวะสุขภาพหรือคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การศึกษาที่ผ่านมา มีการนำเส้นรอบคอมาใช้ในการแยกผู้ที่มีโรคอ้วนและอ้วนลงพุง โดยเส้นรอบคอมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (Zhang, Wu, Xu, Qin, Lan & Wang, 2020) ผู้ที่มีเส้นรอบคอมากจะมีความเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน 2.7 เท่าในเพศชาย และ 2.6 เท่าในเพศหญิง (Coelho, Sampaio, Gonçalves, Aguiar, Palmeira, Oliveira & et al., 2016) และที่สำคัญพบว่า เส้นรอบคอมีความสัมพันธ์กับโรคทางหัวใจและเมแทบอลิก โดยผู้ที่มีเส้นรอบคอมากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 1.42 เท่าในเพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงต่อระดับไขมันดีลดลง 1.27 เท่า ในเพศชาย และ 1.12 เท่า ในเพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงต่อระดับไตรกลีเซอไรด์สูง 1.54 เท่า ในเพศหญิง และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 1.41 เท่าในเพศชาย และ 1.37 เท่าในเพศหญิง (Fu, Zou, Yin, Wu, Zhang, Mao & et al., 2019) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 40-65 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางเมแทบอลิกได้แก่ โรคอ้วนลงพุง โรคความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงพบว่า ผู้ที่มีเส้นรอบคอมากจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคทางเมแทบอลิก 2.01 เท่าในเพศชาย และ 3.65 ในเพศหญิง (Kim, Moon & Yun, 2021)

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทางการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของเส้นรอบคอกับโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกในประเทศไทยยังไม่ชัดเจนและมีอยู่อย่างจำกัด มีเพียงการศึกษาของ Anothaisintawee และคณะ (2019) ในผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติจำนวน 1,534 รายพบว่า ผู้ที่มีเส้นรอบคอ ≥ 38 ซม. ในเพศชาย และ ≥ 32 ซม. ในเพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าผู้ที่เส้นรอบคอปกติถึง 6.83 เท่า และการศึกษาของ Laohabut และคณะ (2020) ในผู้ใหญ่จำนวน 390 รายพบว่า ผู้ที่มีเส้นรอบคอ ≥ 38 ซม.ในเพศชาย และ ≥ 33 ซม. ในเพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูง 1.28 เท่าในเพศชาย และ 1.25 เท่าในเพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงต่อระดับไตรกลีเซอไรด์สูง 1.30 เท่า และระดับน้ำตาลในเลือดสูง 1.44 เท่า ในเพศหญิง ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากสถานการณ์และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกของผู้ใหญ่และสูงอายุในประเทศไทยที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ที่จำเป็นที่จะสามารถใช้งานได้จริง แม่นยำ และมีความสะดวก ผู้วิจัยจึง

สนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อจะได้มีตัวบ่งชี้ที่เป็นทางเลือกในการคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวได้ ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริม ป้องกัน และหาแนวทางปรับพฤติกรรมสุขภาพไม่ให้เกิดโรคดังกล่าว นำไปสู่การลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

วัตถุประสงค์วิจัย

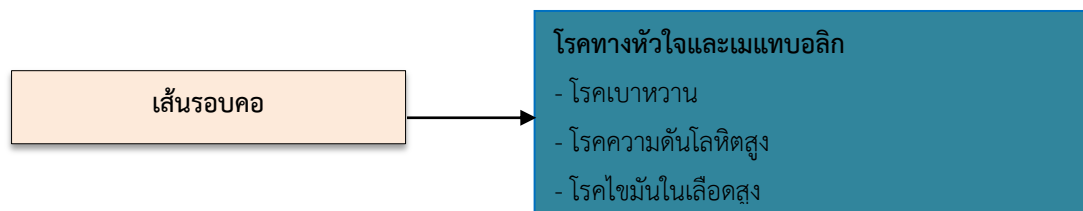
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

สมมติฐานวิจัย

เส้นรอบคอสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือและตัวบ่งชี้สำหรับการคัดกรองทางคลินิกในผู้ที่มีปัจจัยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกของ Coelho et al. (2016) และ Kim, Moon & Yun (2021) ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์เชิงทำนายของเส้นรอบคอต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกได้แก่ โรคอ้วนลงพุง โรคความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./เมตร² สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย มีการรับรู้เป็นปกติ และเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ยังควบคุมได้ไม่ดี โรคปอดอุดกั้นหรือหอบหืด อัมพฤกษ์ โรคลมชัก หรือสมองเสื่อม

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน ได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก โดยใช้สูตร $n = 20 \times$ จำนวนตัวแปรอิสระ ซึ่งตัวแปรอิสระจำนวน 10 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 200 ราย (Hair, Blak, Barbin, Anderson & Tatham, 2010) ผู้วิจัยเก็บเพิ่มกรณีอาจมีการขาดหายไปของข้อมูล รวมเป็นจำนวน 250 ราย ด้วยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนทั้งสิ้น 20 แห่ง ผู้วิจัยจึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้ตัวอย่าง 5 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.นิคมสร้างตนเองขุนทะเล รพ.สต.วัดประดู่ รพ.สต.บางใบไม้ ศูนย์สุขภาพชุมชนโพธารวาส และสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติบ้านควนยุง เลือกตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ได้ตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน โดยเครื่องมือในการวิจัยได้เลือกใช้เฉพาะแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบคอ โรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา เท่ากับ .75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 5 แห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. เตรียมเก็บข้อมูล โดยชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำความเข้าใจแบบประเมินแก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 3 ท่าน
3. เก็บข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2563 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับปัจจัยเสี่ยงของโรคทางหัวใจและเมแทบอลิก วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-Square และสถิติ Pearson's Product Moment Correlation
3. ความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) แบ่งเป็นสองขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์

ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (univariate Logistic Regression) ได้ค่า Odds Ratio อย่างหยาบ (Unadjusted Odds Ratio) และ 2) วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multivariate Logistic Regression) โดยการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรด้านอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์จะได้ค่า Odds Ratio ที่ปรับแล้ว (Adjusted Odds Ratio) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 250)

ตัวแปร	เพศชาย (n=64)	เพศหญิง (n=186)	รวม (N=250)
อายุ	58.70 (1.38)	57.4 (1.45)	57.7 (1.36)
ดัชนีมวลกาย	28.98 (3.48)	29.68 (3.91)	29.50 (3.81)
เส้นรอบคอ	40.57 (2.73)	35.79 (2.38)	37.02 (3.23)
โรคเบาหวาน	26 (40.60)	53 (28.50)	79 (31.60)
โรคความดันโลหิตสูง	43 (67.20)	117 (62.90)	160 (64.00)
โรคไขมันในเลือดสูง	38 (59.40)	105 (56.50)	143 (57.20)
การสูบบุหรี่	39 (60.90)	3 (1.60)	42 (16.80)
การดื่มแอลกอฮอล์	32 (50.0)	4 (2.20)	36 (14.40)

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.77 ปี ($SD=1.36$) (เพศชาย 58.70 ปี ($SD=1.38$) และเพศหญิง 57.45 ปี ($SD=1.45$)) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 29.50kg/m^2 ($SD=3.81$) (เพศชาย 28.98kg/m^2 ($SD=3.48$) และเพศหญิง 29.68kg/m^2 ($SD=3.91$)) ขนาดเส้นรอบคอเฉลี่ย 37.02 ซม. ($SD=3.23$) (เพศชาย 40.57 ซม. ($SD=2.73$) และ เพศหญิง 35.79 ซม. ($SD=2.38$)) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 31.60 (เพศชาย 40.60 และเพศหญิง 28.50) โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 64.00 (เพศชาย 67.20 และเพศหญิง 62.90) โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 57.20 (เพศชาย 59.40 และเพศหญิง 56.50) และ) มีประวัติการสูบบุหรี่ร้อยละ 16.83 (เพศชาย 60.90 และเพศหญิง 1.60) และประวัติดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 14.40 (เพศชาย 50.00 และเพศหญิง 2.20)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับปัจจัยเสี่ยงของโรคทางหัวใจและเมแทบอลิก

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับปัจจัยเสี่ยงของโรคทางหัวใจและเมแทบอลิก (n = 250)

ตัวแปร	เพศชาย (n=64)		เพศหญิง (n=186)	
	(χ^2 , r)	p-value	(χ^2 , r)	p-value
อายุ	-0.02	0.874	-0.196	0.007*
น้ำหนัก	0.560	0.001*	0.570	0.001*
ดัชนีมวลกาย	0.553	0.001*	0.530	0.001*
การสูบบุหรี่	12.164	0.514	10.285	0.741
การดื่มแอลกอฮอล์	19.533	0.253	17.386	0.236

χ^2 ; chi-square, r; Pearson's Product Moment Correlation, * $p < .01$

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิก (n=250)

ตัวแปร	เพศชาย (n=64)		เพศหญิง (n=186)	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
โรคเบาหวาน				
Model 1	1.08(1.04-1.59)	0.020*	1.10 (0.96-1.25)	0.141
Model 2	1.49 (1.10-2.03)	0.010*	1.19 (1.02-1.39)	0.024*
โรคความดันโลหิตสูง				
Model 1	1.30 (1.05-1.62)	0.016*	1.08 (0.94-1.22)	0.244
Model 2	1.37 (1.06-1.77)	0.014*	1.18 (1.00-1.39)	0.045*
โรคไขมันในเลือดสูง				
Model 1	1.05 (0.87-1.27)	0.572	0.98 (0.87-1.11)	0.826
Model 2	1.14 (0.91-1.42)	0.231	1.03 (0.89-1.20)	0.663

Model 1: Unadjusted; Model 2: Adjusted for Age, Sex, BMI, Smoking and Drinking. * $p < .05$

จากตาราง 2 พบว่า เส้นรอบคอมีความสัมพันธ์กับน้ำหนัก ($r=0.56$, $p<.01$) และดัชนีมวลกาย ($r=0.55$, $p<.01$) ในเพศชาย และมีความสัมพันธ์กับอายุ ($r=-0.19$, $p<.01$) น้ำหนัก ($r=0.57$, $p<.01$) และดัชนีมวลกาย ($r=0.53$, $p<.01$) ในเพศหญิง แต่เส้นรอบคอไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

เมื่อใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิก หลังจากการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรด้านอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ผู้ที่มีเส้นรอบคอมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 1.49 เท่า (95%CI =1.10-2.03; $p=.010$) ในเพศชาย และ 1.19 เท่า (95%CI =1.02-1.39; $p=.024$) ในเพศหญิง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 1.37 เท่า (95%CI =1.06-1.77; $p=.014$) ในเพศชาย และ 1.18 เท่า (95%CI =1.00-1.39; $p=.045$) ใน

เพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามเส้นรอบคอไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันในเลือดสูงได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ดังตาราง 3

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบเส้นรอบคอมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักและดัชนีมวลกายในเพศชาย และมีความสัมพันธ์กับอายุ น้ำหนัก และดัชนีมวลกายในเพศหญิง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Alfadhli, Sandokji, Zahid, Makkawi, Alshenaifi, Thani & et al., 2017; Laohabut., et al., 2020; Kim, Moon & Yun, 2021) โดยเส้นรอบคอถือเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการกระจายไขมันใต้ผิวหนังของร่างกายส่วนบน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักและดัชนีมวลกาย (Abdollahi, Iraj, Mirpourian & Shariatifar, 2014) รวมไปถึงอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายลดลง อีกทั้งปัจจัยภายในและภายนอกในร่างกายทำให้เกิดโรคอ้วนมากขึ้น แต่เส้นรอบคอไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา (Fu et al., 2019; Laohabut et al., 2020) อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสะท้อนถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวได้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับความเสี่ยงต่อการโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกพบว่า ผู้ที่มีเส้นรอบคอมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 1.49 เท่า ในเพศชาย และ 1.19 ในเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Kim, Moon & Yun, 2021) รวมทั้งการศึกษานี้พบว่า ผู้ที่มีเส้นรอบคอมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 1.37 เท่า ในเพศชาย และ 1.18 เท่า ในเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Laohabut et al., 2020; Kim, Moon & Yun, 2021) โดยมีข้อมูลที่เป็นไปได้หลายประการในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอและโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกว่า การเพิ่มขึ้นของเส้นรอบคอส่งเสริมให้เกิดเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนังของร่างกายส่วนบน ซึ่งเซลล์ Adipocytes ที่โตเต็มที่ จะสังเคราะห์และหลั่งสาร Adipokines คือ Leptin เพื่อเพิ่มการกระตุ้นเส้นประสาท sympathetic และปล่อย Catecholamines ที่ทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัวส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง (Huang, Xiao, Zhong, Li & Huang, 2010) นอกจากนี้โรคอ้วนและการเพิ่มขึ้นของระดับกรดไขมันอิสระมีความสัมพันธ์กับการดื้ออินซูลิน ซึ่งการเพิ่มขึ้นของกรดไขมันอิสระทำให้มีภาวะเครียดที่เกิดจากออกซิเดชันและการอักเสบของหลอดเลือด นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้ (de Oliveira, Kovacs, Moreira, Magnoni, Saleh & Faintuch, 2017) รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของเส้นรอบคอสามารถทำนายการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea) ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีเนื่องจากความทนทานต่อน้ำตาลในระยะแรก การขาดออกซิเจนในเลือดเป็นระยะๆ และการนอนหลับไม่สนิทจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการดื้ออินซูลิน (Zhang, Wu, Xu, Qin, Lan & Wang, 2020) ที่ผ่านมามีการใช้เส้นรอบคอเป็นเครื่องมือในการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (He, He, Liu, Lin, Chen, Lin, et al., 2017) และเส้นรอบคอถือเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีเพราะมีความไวและความจำเพาะสำหรับโรคความดันโลหิตสูง (Zhang, Wu, Xu, Qin, Lan & Wang, 2020)

อย่างไรก็ตาม เส้นรอบคอไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันในเลือดสูงทั้งในเพศชายและเพศหญิงได้ ซึ่งมีทั้งข้อมูลที่สอดคล้องและแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาเช่น เส้นรอบคอไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงในเพศชาย แต่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงในเพศหญิงได้ (Fu, Zou, Yin, Wu, Zhang, Mao, et al., 2019; Laohabut, Udol, Phisalprapa, Srivanichakorn, Chaisathaphol, Washirasaksiri, et al., 2020) การศึกษาของ Zhang, Wu, Xu, Qin, Lan, & Wang (2020) พบว่า ขนาดของเส้นรอบคอไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดระดับไขมันในเลือดสูงในเพศหญิงได้ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อาจทำให้ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างเส้นรอบคอกับโรคไขมันในเลือดสูงได้ และผู้ที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งผู้ที่มีรูปร่างอ้วนและผอม ซึ่งขึ้นอยู่กับพันธุกรรม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการใช้ชีวิต เป็นต้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการด้านสาธารณสุข สามารถเลือกใช้เส้นรอบคอเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพหรือคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและสะดวก โดยจะนำมาซึ่งข้อมูลพื้นฐานในส่งเสริม ป้องกัน และปรับพฤติกรรมสุขภาพไม่ให้เกิดโรคดังกล่าว นำไปสู่การลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอที่จะสะท้อนถึงผลการศึกษได้ชัดเจนมากขึ้น
2. ควรศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคทางหัวใจและเมแทบอลิกในทุกกลุ่ม เนื่องจากบทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับชนิดอุดกั้นในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./เมตร²

References

- Abdolahi, H., Iraj, B., Mirpourian, M., & Shariatifar, B. (2014). Association of Neck Circumference as an Indicator of Upper Body Obesity with Cardio-Metabolic Risk Factors among First Degree Relatives of Diabetes Patients. *Adv Biomed Res*, 3, 237.
- Aekplakorn, W. (2016). *Thai Health Survey Physical by Examination (5th Ed)*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai).
- Alfadhli, E. M., Sandokji, A. A., Zahid, B. N., Makkawi, M. A., Alshenaifi, R. F., Thani, T. S., & Habeeb, H. A. (2017). Neck Circumference as a Marker of Obesity and a Predictor of Cardiometabolic Risk among Saudi subjects. *Saudi Med J*, 38(12), 1219-1223.

- Anothaisintawee, T., Sansanayudh, N., Thamakaisorn, S., Lertrattananon, D., & Thakkinstian, A. (2019). Neck Circumference as an Anthropometric Indicator of Central Obesity in Patients with Prediabetes: A Cross-Sectional Study. *BioMed Research International*, 2019, 4808541.
- Coelho, H. J. J., Sampaio, R. A., Gonçalves, I. O., Aguiar, S. D., Palmeira, R., Oliveira, J. F. & et al. (2016). Cutoffs and Cardiovascular Risk Factors Associated with Neck Circumference among Community-Dwelling Elderly Adults: a Cross-Sectional Study. *Sao Paulo Med J*, 134(6), 519-527.
- de Oliveira, P. A., Kovacs, C., Moreira, P., Magnoni, D., Saleh, M. H., & Faintuch, J. (2017). Unsaturated Fatty Acids Improve Atherosclerosis Markers in Obese and Overweight Non-diabetic Elderly Patients. *Obes Surg*, 27(10), 2663-2671.
- Fu, W., Zou, L., Yin, X., Wu, J., Zhang, S., Mao, J. & et al. (2019). Association Between Neck Circumference and Cardiometabolic Disease in Chinese Adults: a Community-Based Cross-Sectional Study. *BMJ Open*, 9(12), e026253.
- Hair, J., Blak, W. C., Barbin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham RL. (2010). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- He, F., He, H., Liu, W., Lin, J., Chen, B., Lin, Y. & et al. (2017). Neck Circumference Might Predict Gestational Diabetes Mellitus in Han Chinese Women: A Nested Case-Control Study. *J Diabetes Investig*, 8(2), 168-173.
- Huang, R., Xiao, Y., Zhong, X., Li, M., & Huang, X. Z. (2010). Roles of Hypertension and Serum Leptin in Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Syndrome. *Acta Academiae Medicinae Sinicae*, 6, 157-161.
- Kim, K.-Y., Moon, H.-R., & Yun, J.-M. (2021). Neck Circumference as a Predictor of Metabolic Syndrome in Koreans: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 13(9).
- Laohabut, I., Udol, K., Phisalprapa, P., Srivanichakorn, W., Chaisathaphol, T., Washirasaksiri, C. et al. (2020). Neck Circumference as a Predictor of Metabolic Syndrome: A Cross-Sectional Study. *Prim Care Diabetes*, 14(3), 265-273.
- Limpawattana, P., Manjavong, M., & Sopapong, R. (2016). Can Neck Circumference Metabolic Syndrome an Experience from a University Community. *Endocr Pract*, 22(1), 8-15.
- Natsis, M., Antza, C., Doundoulakis, I., Stabouli, S., & Kotsis, V. (2020). Hypertension in Obesity: Novel Insights. *Curr Hypertens Rev*, 16(1), 30-36.

- Seravalle, G., & Grassi, G. (2017). Obesity and hypertension. *Pharmacol Res*, 122, 1-7. World Health Organization. (2021). *Cardiovascular diseases*. Retrieved October 23, 2021, from [https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- World Health Organization. (2021). *Noncommunicable diseases*. Retrieved October 23, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Zhang, Y., Wu, H., Xu, Y., Qin, H., Lan, C., & Wang, W. (2020). The Correlation Between Neck Circumference and Risk Factors in Patients with Hypertension: What Matters. *Medicine*, 99(47), e22998-e22998.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารการพยาบาลและการศึกษา

กองบรรณาธิการ วารสารการพยาบาลและการศึกษา ขอเชิญสมาชิกและ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเผยแพร่ผ่านระบบออนไลน์ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง, ซ้าย-ขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า **(ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า**
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้อยู่หน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition โดย ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

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

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes et al, 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษเช่น

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

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

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

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

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

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

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

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental Caries Affects Body Weight, Growth and Quality of Life in Pre-School Children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai).

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารพยาบาลและการศึกษา ผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/> หรือ <https://www.tci-thaijo.org/> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรของผู้นิพนธ์ **ผู้ติดต่อหลัก (Corresponding)** เพื่อวารสารฯ ติดต่อกลับ

วารสารพยาบาลและการศึกษา มีกำหนดออก 4 ฉบับต่อปี คือ

- | | |
|-----------------|-------------------|
| ฉบับที่ 1 เดือน | มกราคม - มีนาคม |
| ฉบับที่ 2 เดือน | เมษายน - มิถุนายน |
| ฉบับที่ 3 เดือน | กรกฎาคม - กันยายน |
| ฉบับที่ 4 เดือน | ตุลาคม - ธันวาคม |

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ **หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น**

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านขึ้นไป ต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและการศึกษา ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่าน หรือ 3 ท่าน (ตามประสงค์ที่ท่านเลือกจำนวนผู้ทรงฯ) จึงจะได้รับการตีพิมพ์ หากผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดท่านหนึ่งปฏิเสธการตีพิมพ์ (Reject) ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับบทความมายังวารสารการพยาบาลและการศึกษา ด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม และความคิดเห็นของผู้เขียน

Template บทความวิจัย

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายดี มีดี^{1*} และ นางสาวสุข มีสุข² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายดี^{1*}, สถานที่ทำงานนางสาวสุข² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

2.54 ซม.

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ
ภาษาไทย)

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หาก
มีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

1. ข้อมูลทั่วไป

.....
(enter ขนาด 15)

ตาราง 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น

Template บทความวิชาการ

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายดี มีดี^{1*} และ นางสาวสุข มีสุข² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายดี^{1*}, สถานที่ทำงานนางสาวสุข² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

2.54 ซม.



เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ
ภาษาไทย)

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มี
ใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น