

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568

ชื่อหนังสือ วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจ้าของ สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พิมพ์ที่ บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (สำนักงานใหญ่)
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2568
ISSN 3027-8082 (Print)
ISSN 3027-8104 (Online)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. และ ต.ค.-ธ.ค.)

ฝ่ายจัดการ

ดร. บังอรศรี จินดาวงศ์

ดร. นิพิฐพนธ์ สีอุปลัด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น 123 หมู่ 16 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588, 0862270390

E-mail: chdkku2560@gmail.com

Website: <https://chdkkujournal.com> หรือ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

<https://www.Facebook.com/วารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น>

หมายเหตุ

- 1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความไม่เกินร้อยละ 3
- 2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้พิมพ์ จำนวน 3 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์
- 3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท
- 4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชุมชน วิทยาศาสตร์ครอบครัว และอาชีพวิทยาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะโต

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชุมชน วิทยาศาสตร์ครอบครัว และอาชีพวิทยาศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.พญ. วริษฐา ลูวีระ

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชุมชน วิทยาศาสตร์ครอบครัว และอาชีพวิทยาศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำปี พ.ศ. 2568

ดร. กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

ดร. กิตติมา อินศิริ

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา

ดร. เกศรา แสนศิริทวีสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร. กาญจนานันท์ นิมสนุทธ

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

ดร. กุสุมา สว่างพันธุ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผศ.ดร. ชนิษฐา ทูมา

คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
วิทยาเขตสกลนคร

ดร. ชนิษฐา สุนาคราช

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมานครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

ดร. จริยา อินทร์ศรี

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ดร. จิรทีปต์ ใจดี

คลินิกทันตแพทย์จิรทีปต์ ใจดี จังหวัดปทุมธานี

ดร. จักรสันต์ เลยหยุด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ดร. ณัฐกฤตา ทูมวงศ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผศ.ดร. ถีนรช วรรณสง

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ดร. ดวงใจ วิชัย

คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ดร. ธิโสภิญ ทองไทย	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ผศ.ดร. นฎกร อิตุพร	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่
ดร. นवलฉวี เพิ่มทองชูชัย	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
ดร. นรายุทธ บุญญาบุตร	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
ผศ.ดร. นฤมล จันทร์มา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพย์เนตร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละคีรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ประพจน์ บุญมี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. รชยา ยิกุสงษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผศ.ดร. วรฉัตร ชมพูนาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. วรณวิมล เมฆวิมล	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรณา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรพล หนูอ่อน	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตนวิเศษ	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. วาสนี วงศ์อินทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ดร. ศิราณี ศรีหาภาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร. ศิริลักษณ์ ใจช่วง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ดร. สมเด็จพระ กั้วพิทักษ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสนวงวาง จังหวัดขอนแก่น
ดร. สดุดี ภูห้องไสย	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ดร. สุกัญญา กาญจนบัตร	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
รศ.ดร. สุณีรัตน์ ยิ่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร. สุทิน ชนะบุญ

ดร. สุภัทรวณฺฑน ทองจิตร

ดร. เสาวลักษณ์ คัชมาตย์

ดร. อุทัยวรรณ นุกาศ

ผศ.ดร. อูมาพร เคนศิลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2568 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับบรรดาวิชาชุมชนและสารเสพติด

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาคงค้ความรู้ด้านการพัฒนาศุขภาพชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <https://chdkkujournal.com> หรือ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal> และ Facebook วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน-มขอนแก่น

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ



สารบัญ

ความชุกของการสูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดนครราชสีมา	1-15
จตุญศรี โคมพุดชา, รังสิยา วงษ์อุปปา	
ความชุกอาการทางจิตเวชในผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทย	17-29
พูนรัตน์ ลียติกุล, ผการัตน์ เรี่ยวแรง	
ความชุกของการใช้เข็มฉีควายในประเทศไทย	31-44
สมเด็จ ก้าวพิทักษ์, สุภัทรมญาณ ทองจิตร	
ผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน	45-61
ทนงศิลป์ ลิ้มพล	
สัดส่วนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตที่แยกลงอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง : การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง	63-77
สุรวัจน์ กระแสร์เดชะหิรัญ, กำพร ดานา, อนุชา ไทยวงษ์, บุษกร กุณอก, ปิยวรรณ ลารังสิทธิ	
การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ต่อคุณภาพชีวิตประชาชน ประเทศไทย	79-95
อัจฉรา วิไลสกุลยง	
ความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายในมหาวิทยาลัย	97-117
ตั้งใจ นิลวรรณ, วริศรา ลุวีระ, พรรษ โนนจ้อย	

สารบัญ (ต่อ)

ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขคนทำงานด้านการงานดีกับความผูกพันต่อองค์กรของ
บุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

119-131

สุนิต สร้อยทอง, ไพฑูรย์ สอนทน, กาญจน์ คุ้มทรัพย์, เจษฎาพร ปาคำวัง,
อิสระ ตั้งสุวรรณ, มงคล นราศรี, นฤมล จันทร์มา

ISSN 3027-8082 (Print)

ISSN 3027-8104 (Online)

ความชุกของการสูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดนครราชสีมา

จรรยาตรี โคมพุดชา*, รังสิยา วงษ์อุปปา**

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การศึกษานี้เป็นการสำรวจครัวเรือนแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของผู้สูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนสัญชาติไทย ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2567 อายุระหว่าง 12-65 ปี ดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิศาสตร์แบบกระจุกสี่ขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 3,122 คน โดยเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน ได้แก่ ความถี่, Odds Ratio (OR), ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI), การประมาณค่าจุด (Point estimation), การทดสอบไคสแควร์, Fisher's exact test และการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า มีประชากรที่เคยสูบบุหรี่ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 607,997 คน โดยในจำนวนนี้เลิกสูบแล้ว ร้อยละ 37.28 คงเหลือผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน 381,313 คน คิดเป็นความชุก 19.22 ต่อประชากร 100 คน โดยในเดือนที่ผ่านมา มีผู้สูบบุหรี่ จำนวน 369,449 คน ซึ่งร้อยละ 70.99 เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการสูบบุหรี่เป็นประจำ พบว่า ผู้ที่มีอาชีพมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ว่างงาน 4.717 เท่า (AOR = 4.717, 95% CI = 1.949–11.418) ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบถึง 57.154 เท่า (AOR = 57.154, 95% CI = 34.442–94.442) และผู้ที่ใช้สารเสพติดมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด 2.758 เท่า (AOR = 2.758, 95% CI = 1.677–4.535) เพศชายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 13.731 เท่า (AOR = 13.731, 95% CI = 6.480–29.097) กลุ่มวัยผู้ใหญ่มีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเด็กและเยาวชน 7.048 เท่า (AOR = 7.048, 95% CI = 3.360–14.786) และผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล 4.157 เท่า (AOR = 4.157, 95% CI = 2.619–6.597)

คำสำคัญ: สูบบุหรี่; ความชุก; ปัจจัยเสี่ยง

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author: Rungsya Wonguppa E-mail: rungsiya_won@vu.ac.th

Received 07/01/2025

Revised 06/02/2025

Accepted 04/03/2025

PREVALENCE OF SMOKING AND ASSOCIATED FACTORS AMONG THAI POPULATION IN NAKHONRATCHASIMA

Jaroonsri Kompudsa, Rungsiya Wonguppa***

ABSTRACT

Smoking is a major risk factor for non-communicable diseases. This study employed a cross-sectional household survey aimed at assessing the prevalence of smoking and identifying associated risk factors. The target population comprised Thai nationals registered in the civil registry of Nakhon Ratchasima Province in 2024, aged between 12 and 65 years. A four-stage stratified cluster random sampling technique was used to recruit 3,122 participants who voluntarily participated in the study. Data were collected through structured face-to-face interviews and analyzed using descriptive and inferential statistics, including frequency, odds ratio (OR), 95% confidence interval (CI), point estimation, chi-square test, Fisher's exact test, and multiple logistic regression.

The findings revealed that 607,997 individuals in Nakhon Ratchasima had ever smoked. Of these, 37.28% had quit smoking, while 381,313 individuals remained current smokers, yielding a smoking prevalence of 19.22 per 100 populations. In the past month, 369,449 people reported smoking, with 70.99% identified as regular smokers. Risk factor analysis among regular smokers showed that: Those with employment were 4.717 times more likely to be regular smokers than the unemployed (AOR = 4.717, 95% CI = 1.949–11.418). E-cigarette users were 57.154 times more likely to be regular smokers compared to non-users (AOR = 57.154, 95% CI = 34.442–94.442). Substance users were 2.758 times more likely to exhibit regular smoking behavior than non-users (AOR = 2.758, 95% CI = 1.677–4.535). Males were 13.731 times more likely to smoke regularly than females (AOR = 13.731, 95% CI = 6.480–29.097). Adults had a 7.048-fold higher risk of regular smoking compared to adolescents (AOR = 7.048, 95% CI = 3.360–14.786). Individuals living outside municipal areas were 4.157 times more likely to smoke regularly than those living within municipalities (AOR = 4.157, 95% CI = 2.619–6.597).

Keywords: Smoking; Prevalence; Risk factors

* Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office

**Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง และโรกระบบทางเดินหายใจ (World Health Organization; WHO) แม้ว่าความตระหนักด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ แต่การสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ความชุกของการสูบบุหรี่จึงเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ รายงานจาก WHO (2021) ระบุว่าในปี ค.ศ. 2020 มีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1.3 พันล้านคนทั่วโลก โดยกว่าร้อยละ 80 อยู่ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ถึงแม้ว่าความชุกของการสูบบุหรี่ทั่วโลกลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่บางภูมิภาค เช่น เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแอฟริกา ยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ชายที่สูง¹ การสำรวจโดย GBD 2019 Tobacco Collaborators (2021) พบว่าอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในกลุ่มประชากรเพศชายอายุ 25-49 ปี และยังชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มของการลดลงในประเทศที่มีนโยบายควบคุมยาสูบที่เข้มงวด²

จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) พบว่าอัตราการความชุกของการสูบบุหรี่ในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 25.5 ในปี พ.ศ. 2534 เหลือร้อยละ 17.4 ในปี พ.ศ. 2565 โดยเพศ

ชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ามาก (ประมาณ 32.4%) ในขณะที่เพศหญิงต่ำกว่าร้อยละ 2³ กลุ่มอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง คือ 25-44 ปี ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายที่เน้นไปยังกลุ่มวัยแรงงาน⁴

งานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อยและการศึกษาต่ำ⁵ การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ดึงดูดกลุ่มเยาวชน⁶

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของโรคและการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ทั่วโลก งานวิจัยในต่างประเทศได้ยืนยันถึงอันตรายร้ายแรงของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรค มะเร็ง โรคหัวใจ และโรกระบบทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรค มะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะมะเร็งปอด สิวพิษในควันบุหรี่ เช่น นิโคตินและทาร์ สามารถทำลายเซลล์ปอดและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง⁷ สิวพิษในควันบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบลง ซึ่งอาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง⁸ การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจทั้งหมด ตั้งแต่จมูก คอหอย หลอดลม ไปจนถึงปอด สิวพิษในควันบุหรี่สามารถทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง ปอดอักเสบ และโรคปอดอื่น ๆ⁹

จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีประชากรมากเป็นอันดับที่สองรองจากกรุงเทพมหานคร ข้อมูลคุณลักษณะของผู้สูบบุหรี่อย่างเพียงพอโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง จะช่วยเฝ้าระวัง และเพิ่มความเข้มงวดของนโยบายสาธารณสุข รวมทั้งการเสริมสร้างความรู้ และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้สูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่ จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2567
2. เพื่อบ่งชี้ความชุกของผู้สูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย ออกแบบเป็นการสำรวจครัวเรือนชนิดภาคตัดขวาง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมาย คือ คนไทยที่มีสัญชาติไทยในทะเบียนราษฎร จังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ.2567 มีประชากรทั้งสิ้น 2,611,145 คน

คุณสมบัติของครัวเรือนตัวอย่าง ต้องตั้งอยู่ในแผนที่ชุมชนที่ปรับปรุงใหม่ โดยครัวเรือนนั้นต้องตั้งอยู่ในชุมชนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 6 เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่

สำรวจ จังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ. 2567 มีครัวเรือนทั้งสิ้น 1,071,674 ครัวเรือน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทยที่มีอายุ 12-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 3 เดือน ในปีที่ผ่านมา จากวันที่สำรวจ จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรอายุ 12-65 ปี ทั้งสิ้น 1,983,757 คน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุก 0.016 (มานพ คณะโต และคณะ, 2562) ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่าผลจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนเท่ากับ 5 ได้ขนาดตัวอย่าง 3,025 คน คาดประมาณอัตราปฏิเสธการเข้าร่วมร้อยละ 10 เป็นขนาดตัวอย่างที่ต้องการสุ่ม 3,360 ราย จาก 1,680 ครัวเรือน

2.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสี่ขั้นตอน การสุ่มตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง คือ สุ่มตัวอย่างตำบล ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี ของตำบลนั้น รวม 42 ตำบล จาก 18 อำเภอ

การสุ่มตัวอย่างชั้นที่สอง คือ สุ่มตัวอย่างชุมชน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็น ให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65

ปีของตำบล/แขวงนั้น รวม 114 ชุมชน/หมู่บ้าน

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สาม คือ สุ่มตัวอย่างครัวเรือน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีของชุมชนนั้น โดยใช้แผนที่ที่ปรับปรุงใหม่และบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจุดในชุมชนนั้น รวม 1,680 ครัวเรือน

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สี่ ในครัวเรือนตัวอย่าง สมาชิกครัวเรือนที่มีอายุ 12-65 ปี จะถูกจำแนกออกเป็น 2 ชั้นภูมิชายและหญิง แต่ละชั้นภูมิทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากตารางเลขสุ่ม ชายและหญิงชั้นภูมิละ 1 คน สัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่สามารถพูดจาสื่อสารได้ดี และยินยอมร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ครัวเรือนละ 2 คน (1 ชาย 1 หญิง) รวมทั้งสิ้น 3,360 ตัวอย่าง

ในขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างขั้นที่สามพบว่าครัวเรือนที่สุ่มได้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา 1,561 ครัวเรือน ได้ตัวอย่างที่ยินยอมทั้งสิ้น 3,122 คน คิดเป็นอัตราการตอบร้อยละ 92.9

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์แบบพบหน้ากันอย่างมีโครงสร้างกับสมาชิกในครัวเรือนที่คัดเลือกแบบสุ่มที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี โดยใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลมาตรฐาน ช่วงเวลาดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่

เดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 และการสัมภาษณ์ดำเนินการโดยนักวิจัยภาคสนามที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างครอบคลุมเพื่อให้แน่ใจว่ามีความสม่ำเสมอ ถูกต้อง และปฏิบัติตามจริยธรรม

ประชากรอายุ 12-65 ปี ถูกกำหนดเป็นเป้าหมาย เนื่องจากบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี มักไม่ค่อยมีประสบการณ์ในการใช้สารเสพติดและอาจพบกับอุปสรรคในการสื่อสารที่ขัดขวางความสามารถในการให้คำตอบที่ถูกต้อง เกณฑ์อายุนี้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติระดับสากลสำหรับการสำรวจครัวเรือนเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ยิ่งไปกว่านั้น หลักฐานทางวิชาการยังชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการใช้สารเสพติดระหว่างชายและหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราการแพร่ระบาดและความต้องการสารเสพติดที่แตกต่างกันในแต่ละเพศ เพื่อให้แน่ใจว่าชุดข้อมูลครอบคลุมและเป็นตัวแทน การศึกษาจึงเจตนารวมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายและหญิงในช่วงอายุ 12-65 ปี แนวทางเชิงวิธีการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อจับรูปแบบการใช้สารที่แตกต่างกัน ช่วยให้สามารถประเมินความชุกและแนวโน้มการใช้สารเสพติดได้แม่นยำยิ่งขึ้นในกลุ่มประชากรต่างๆ ในประเทศไทย

ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่พนักงานสนาม ได้รับการอบรมอย่างรอบด้านและฝึกปฏิบัติในการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินคัดกรอง จากนั้นได้รับการ

ทดสอบจนผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำก่อนปฏิบัติงาน

ในการเก็บข้อมูล จัดพนักงานสนามเป็นที่มดงเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีละ 8 คน และมีหัวหน้าพนักงานสนาม 1 คน

พนักงานสนามชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและขอคำยินยอมต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีลงนามคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างมีเวลาตัดสินใจ 1 วัน ในการลงนาม และนัดหมายรับคำยินยอมวันรุ่งขึ้น ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกจะนัดหมายใหม่ หากการนัดหมายเกินกว่า 3 ครั้ง จะประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้คำยินยอม

การสอบทานข้อมูล ในตอนเย็นของการปฏิบัติงานภาคสนามแต่ละวัน หัวหน้าพนักงานสนามรวบรวมแบบสัมภาษณ์จากพนักงานสนามแต่ละคน และมอบหมายให้พนักงานสนามคนอื่นในทีมทำการตรวจทานความครบถ้วนของข้อมูล และให้หัวหน้าพนักงานสนามตรวจสอบขั้นสุดท้ายก่อนนำส่งผู้วิจัย

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์ จะนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ค่าสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยกระบวนการในขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วย

4.1 การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลเป็นการตรวจสอบความสมบูรณ์ ข้อมูลขาดหาย โดยเฉพาะในคำถามที่สำคัญ ความเป็นไปได้

ของข้อมูล ความชัดเจนของลายมือหรือคำตอบ (เขียนไม่ชัดเจนอ่านไม่ออก) ซึ่งจะทำให้ทราบถึงข้อบกพร่องของข้อมูล และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้น

4.2 การลงรหัส

การสร้างคู่มือลงรหัส เริ่มตั้งแต่การกำหนดรหัสจนถึงการลงรหัส ตัวแปรจากคำถามปลายเปิดและคำถามปลายเปิดจะถูกกำหนดรหัสเป็นคู่มือลงรหัส ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ถูกลงรหัสตามคู่มือลงรหัสที่กำหนดรหัสไว้ล่วงหน้า

4.3 การนำเข้าข้อมูล

ข้อมูลที่ลงรหัสแล้วถูกนำเข้าในเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยวิธีสอบทาน (data double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล และแก้ไขปรับปรุงจนแน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง

4.4 การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล

การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูงต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสม

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ หลังจากนำเข้าและจัดทำฐานข้อมูลแล้ว นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานเพื่อทำ

ความเข้าใจการระบาดของการใช้สารเสพติด และรูปแบบต่างๆ ในประชากรเป้าหมาย อย่างครอบคลุม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ Odd ratio, 95% C.I., point estimation, chi square, Fisher exact test, Multiple logistic regression

5. จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองด้าน จริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 050/2567 การยินยอมให้ข้อมูลต้องได้รับความยินยอม เป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างทุกราย ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้เยาว์ จะได้รับความยินยอมเพิ่มเติมจากผู้ปกครองตามกฎหมายด้วย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมได้รับการปฏิบัติอย่างมีความลับสูงสุดและนำไปใช้ เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น โดยเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมสำหรับการวิจัยในมนุษย์ กรอบจริยธรรมที่เข้มงวดนี้ ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้เข้าร่วมจะได้รับการคุ้มครอง มีความสมบูรณ์ของข้อมูล และปฏิบัติตามแนวทางการวิจัยด้านจริยธรรมระหว่างประเทศ

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 25 ปี) ร้อยละ 15.1 สถานภาพโสด ร้อยละ 26.6 เป็นผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกร ร้อยละ 37.2 ว่างานร้อยละ 10.2 และเป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 8.0

ในจังหวัดนครราชสีมา มีผู้มีประสบการณ์เคยสูบบุหรี่ทั้งสิ้น 607,997 คน โดยมีอัตราความชุก (Life time prevalence) 30.65 ต่อประชากร 100 คน โดย มีความชุกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เพศชายมากกว่าเพศหญิง และเป็นกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 26-50 ปี) มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้ปัจจุบันหยุดสูบแล้ว 226,684 คนหรือ ร้อยละ 37.28 ยังคงเหลือผู้สูบบุหรี่ 381,313 คน โดยมีอัตราความชุก (Past year prevalence) 19.22 ต่อประชากร 100 คน โดย มีความชุกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เพศชายมากกว่าเพศหญิง และเป็นกลุ่มวัยแรงงานมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้มีประสบการณ์สูบบุหรี่และอัตราความชุก

	ผู้เคยสูบบุหรี่ (จำนวน)	Life-time อัตราต่อ 100 ประชากร	ผู้สูบบุหรี่ในรอบปี (จำนวน)	Past year อัตราต่อ 100 ประชากร
ที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	71,258	15.31	46,897	10.08
นอกเขตเทศบาล	536,739	35.35	334,416	22.02
เพศ				
ชาย	583,910	59.48	362,912	36.97
หญิง	24,087	2.4	18,401	1.84
อายุ				
12-17 ปี	43,136	23.12	41,518	22.25
18-25 ปี	77,149	29.75	46,703	18.01
26-50 ปี	343,697	35.51	212,042	21.91
51-65 ปี	144,015	25.27	81,050	14.22
รวม	607,997	30.65	381,313	19.22

ในการศึกษานี้ พบผู้สูบบุหรี่ในเดือนที่ผ่านมา จำนวน 369,449 คน โดยมีอัตราความชุก (Past month prevalence) 18.62 ต่อประชากร 100 คน โดย มีความชุกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เพศชายมากกว่าเพศหญิง และเป็นกลุ่มวัยแรงงานมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ในจำนวนนี้สูบบุหรี่บ่อยๆ

จนถึงเป็นนิสัย (สูบมากกว่า 20 วันในเดือนที่ผ่านมา) 262,284 คนคิดเป็นร้อยละ 70.99 ของผู้สูบบุหรี่ในเดือนที่ผ่านมา โดยพบว่า มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่บ่อยๆ ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย สัดส่วนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย และสัดส่วนกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุ 51 ปีขึ้นไป) สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูบบุหรี่ในเดือนที่ผ่านมาและจำนวนผู้สูบบุหรี่บ่อยๆ

	ผู้สูบบุหรี่ยังคงสูบบุหรี่ ในรอบเดือน (จำนวน)	Past month อัตราต่อ 100 ประชากร	จำนวนผู้สูบบุหรี่บ่อยๆ	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	42,901	9.22	30,504	71.1
นอกเขตเทศบาล	326,548	21.51	231,780	70.98
เพศ				
ชาย	357,931	36.46	253,427	70.8
หญิง	11,518	1.15	8,857	76.9
อายุ				
12-17 ปี	35,940	19.26	253	0.7
18-25 ปี	44,869	17.3	30,899	68.86
26-50 ปี	208,214	21.51	159,501	76.6
51-65 ปี	80,426	14.11	71,631	89.06
รวม	369,449	18.62	262,284	70.99

ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่บ่อย พบว่า ร้อยละ 14.38 สูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมด้วย ร้อยละ 20.75 ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งร่วมด้วยร่วมด้วย (ยาบ้า ไอซ์ ยาอี ยาเค โคเคน ผีน เฮโรอีน สารระเหย กัญชา กระท่อม) ทั้งนี้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่บ่อยๆ เมื่อใช้เครื่องมือคัดกรอง

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ขององค์การอนามัยโลก¹⁰ คัดกรองความเสี่ยงในผู้สูบบุหรี่บ่อยๆ พบว่า มีความเสี่ยงสูง 8,313 คนคิดเป็นร้อยละ 3.17 ไม่พบผู้มีความเสี่ยงต่ำ ทั้งนี้ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่บ่อยๆ

ตารางที่ 3 อันตรรกะจากการสูบบุหรี่

		จำนวนผู้สูบบุหรี่บ่อย	ร้อยละ	P-value
สูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วม	ไม่สูบบุหรี่	224,556	85.62	0.000*
	สูบบุหรี่	37,728	14.38	
ใช้สารเสพติดร่วม	ไม่ใช้	207,864	79.25	0.000*
	ใช้	54,420	20.75	
ความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่	ต่ำ	0	0	0.347**
	ปานกลาง	253,971	96.83	
	สูง	8,313	3.17	

*Chi square test

**Fisher Exact test

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้สูบบุหรี่บ่อยๆ พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย สูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วม และใช้สารเสพติดร่วม เป็นปัจจัยเสี่ยง ให้สูบบุหรี่บ่อยๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 23.3 เท่า วัยแรงงานและผู้ใหญ่เสี่ยงมากกว่าเด็กและเยาวชน 2.1 เท่า กลุ่มที่ประกอบอาชีพเสี่ยงมากกว่ากลุ่มว่างงานและนักเรียน/นักศึกษา 4.9 ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเสี่ยงมากกว่าในเขตเทศบาล 1.4 เท่า ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมด้วยเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า 21.9 เท่า และ ผู้ที่เสพยาเสพติดร่วมด้วยเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่เสพยาเสพติด 6.0 เท่า และเมื่อควบคุมความผัน

แปรของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) พบว่าหลายปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนี้

ผู้ที่มีอาชีพมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ว่างงาน 4.717 เท่า (AOR = 4.717, 95% CI = 1.949–11.418, $p = 0.001$) ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 57.154 เท่า (AOR = 57.154, 95% CI = 34.442–94.442, $p < 0.001$) และผู้ที่เสพยาเสพติดมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้

สารเสพติด 2.758 เท่า (AOR = 2.758, 95% CI = 1.677-4.535, p < 0.001)

ในด้านลักษณะทางประชากร พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 13.731 เท่า (AOR = 13.731, 95% CI = 6.480-29.097, p < 0.001) กลุ่มวัยผู้ใหญ่มีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า

เด็กและเยาวชน 7.048 เท่า (AOR = 7.048, 95% CI = 3.360-14.786, p < 0.001) และผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล 4.157 เท่า (AOR = 4.157, 95% CI = 2.619-6.597, p < 0.001)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงของผู้สูบบุหรี่บ่อย

ปัจจัยเสี่ยง		COR	AOR	95% C.I.		Sig.
				Lower	Upper	
อาชีพ	อ้างอิง:ว่างงาน	4.908	4.717	1.949	11.418	0.001
สูบบุหรี่ไฟฟ้า	อ้างอิง:ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า	21.869	57.154	34.442	94.442	0.<000
ใช้สารเสพติด	อ้างอิง:ไม่ใช้สารเสพติด	6.02	2.758	1.677	4.535	0.<000
เพศ	อ้างอิง:เพศหญิง	23.256	13.731	6.48	29.097	0.<000
อายุ	อ้างอิง:เด็กและเยาวชน	2.111	7.048	3.36	14.786	0.<000
ที่อยู่อาศัย	อ้างอิง:ในเขตเทศบาล	1.394	4.157	2.619	6.597	0.<000

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เพศ อายุ อาชีพ และที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนและกำหนดแนวทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม

วิจารณ์ (Discussions)

แม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง¹¹ แต่จากข้อมูลที่น่าเสนอ พบว่าอัตราการชุกของการสูบบุหรี่

ตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) ในจังหวัดนครราชสีมาอยู่ที่ 30.65% และอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในปีที่ผ่านมา (Past year prevalence) อยู่ที่ 19.22% เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ พบว่าอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงจาก 32% ในปี พ.ศ. 2534 เหลือ 17.4% ในปี พ.ศ. 2564¹² ซึ่งบ่งชี้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ในจังหวัดนครราชสีมายังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในพื้นที่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล เพศชายสูงกว่าเพศหญิง และกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 26-50 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าเพศชายมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง และการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การมีเพื่อนหรือครอบครัวที่สูบบุหรี่¹³

การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่อาจส่งผล เพศและอายุ เพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงถึง 23.3 เท่า และกลุ่มวัยแรงงานและผู้ใหญ่มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าเด็กและเยาวชน 2.1 เท่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากบทบาททางสังคมและการเข้าถึงบุหรี่ที่ง่ายขึ้นในกลุ่มเหล่านี้ ผู้ที่มีอาชีพมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าผู้ว่างงาน 4.9 เท่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่หรือความเครียดจากการทำงาน¹⁴ ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าในเขตเทศบาล 1.4 เท่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น้อยกว่า หรือการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดน้อยกว่าในพื้นที่ชนบท

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 57.154 เท่า และผู้ใช้สารเสพติดมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด 2.758 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยที่พบว่าการสูบบุหรี่เป็น "marker" ของพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ¹⁵

ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าอัตราการสูบบุหรี่ในจังหวัดนครราชสีมายังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่น เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย การสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการใช้สารเสพติดอื่นๆ ดังนั้น การพัฒนานโยบายและมาตรการป้องกันควรพิจารณาปัจจัยเหล่านี้อย่างรอบคอบ เพื่อให้การควบคุมการสูบบุหรี่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าแม้อัตราการสูบบุหรี่โดยรวมจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีอัตราความชุกที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มเพศชาย วัยแรงงาน และผู้อยู่นอกเขตเทศบาล ประกอบกับการค้นพบปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ส่งผลให้สามารถเสนอข้อเสนอแนะและนัยสำคัญของการวิจัยในระดับต่างๆ ได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคยาสูบที่เจาะจงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่นอกเขตเทศบาลซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูง รวมถึงกลุ่มวัยแรงงานและเพศชายที่

มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ การบังคับใช้กฎหมายควบคุมการเข้าถึงบุหรี่ โดยเฉพาะ บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่บ่อยอย่างชัดเจน ควรได้รับการบังคับใช้อย่างเข้มงวด

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในรูปแบบเชิงรุกผ่านการบูรณาการในระดับปฐมภูมิ เช่น การจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ในชุมชน หรือบริการให้คำปรึกษาโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ ควรมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละกลุ่มวัยและพื้นที่ เช่น กิจกรรมในสถานประกอบการหรือในแหล่งชุมชนของกลุ่มวัยแรงงาน

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการศึกษาเชิงลึกในด้านพฤติกรรมศาสตร์ เช่น แรงจูงใจทางจิตวิทยา ปัจจัยแวดล้อมในครอบครัว และอิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการเริ่มต้นและคงอยู่ของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้า

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: Addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization; 2021.

และการใช้สารเสพติดร่วม นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาโมเดลทำนายความเสี่ยงด้วยเครื่องมือทางสถิติหรือ AI เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สถิติการสูบบุหรี่สามารถพบได้จากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของแนวคิด “พฤติกรรมเสี่ยงร่วม” (Co-occurring Risk Behaviors) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่มักสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ยังสนับสนุนทฤษฎีด้านสังคมวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของบริบททางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ดังนั้น นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในอนาคต ควรมุ่งไปที่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างสิ่งแวดล้อมร่วมกับการส่งเสริมศักยภาพของบุคคล

2. Reitsma MB, Flor LS, Mullany EC, Gupta V, Hay SI, Gakidou E. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–

- 2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet** 2021; 397(10292): 2337 - 2360.
3. National Statistical Office. **The Smoking Behaviour Survey 2022**. Bangkok: National Statistical Office; 2022. [in Thai].
 4. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC), Mahidol University. **Report on Smoking Situation in Thailand, 2019**. Bangkok: Sintaveekit Printing Limited Partnership; 2019. [in Thai].
 5. Barbeau EM, Krieger N, Soobader MJ. Working class matters: Socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. **American Journal of Public Health** 2004; 94(2): 269–278. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.2.269>
 6. World Health Organization. **Tobacco industry marketing and its influence on youth** [online] 2025 [cited 2025 January 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
 7. Apollo Hospitals. **Smoking-and-lung-cancer-breaking-the-connection** [online] 2025 [cited 2025 February 18]. Available from : <https://www.apollohospitals.com/th/health-library/smoking-and-lung-cancer-breaking-the-connection/>
 8. Bangkok Heart Hospital. **Keep-your-lungs-and-heart-healthy-quit-smoking** [online] (n.d.). [cited 2025 January 10]. Available from: <https://www.bangkokhearhospital.com/content/keep-your-lungs-and-heart-healthy-quit-smoking> [in Thai]
 9. Princesuvarnabhumi Hospital. **Smoking-is-bad-for-the-lungs** [online] (n.d.). [cited 2025 January 10]. Available from: <https://www.Princesuvarnabhumi.com/articles/content-smoking-is-bad-for-the-lungs> [in Thai].
 10. Group, WHO ASSIST Working. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction** 2002; 97(9): 1183-1194.
 11. Department of Disease Control. **Annual Report 2023 Office of Tobacco Products Control Committee** [online] 2023 [cited 2024 November 15]. Available from: <https://ddc.>

- moph.go.th/uploads/publish/1528320
240129105408.pdf
12. Department of Diseases Control. **Annual Report 2023**. Nonthaburi: Office of Tobacco Products Control Committee; 2023. [in Thai].
13. Thai Health Promotion Foundation. **Thailand Statistics on Smoking**. [online] 2021 [cited 2025 January 10]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th> [in Thai].
14. Hayeeda-oh A, Kueseng T, Sukpurana D. Factors That Correlate With Smoking Behavior of Youth in Banphaer Community, Changsai sub District, Phraphrom District, Nakhon Si Thammarat Province. **Chalermkarnchana Academic** 2023; 10(1): 46-58. [in Thai].
15. Veerasuksawatt R, Prakenree N, Duagmala W, Thongnun W, Jaisupap P, Trychaserikosol P. The Prevalence of Smoking Behavior and Factors Related to Smoking Behavior among Female Students of High Schools and Vocational Colleges in North-Eastern Thailand. **Sanpasitthiprasong Medical Journal** 2013; 34(1-3): 13-25. [in Thai].

ความชุกอาการทางจิตเวชในผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทย

พูนรัตน์ ลียติกุล*, ผการัตน์ เรียวแรง**

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้อย่างชัดเจนในสังคมไทย การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ผ่านการสำรวจครัวเรือนแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิห้าขั้นตอน โดยแบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 เขตพื้นที่ จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบในระดับจังหวัด ตำบล และชุมชนตามลำดับ ครัวเรือนถูกสุ่มเลือกโดยอ้างอิงจากแผนที่ชุมชนฉบับปรับปรุงล่าสุด ภายในแต่ละครัวเรือน สมาชิกถูกแบ่งชั้นภูมิตามเพศ และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่มในแต่ละชั้นภูมิ

กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีจำนวนทั้งสิ้น 34,410 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบบพบหน้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และอนุมาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI), การประมาณค่าจุด และการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี มีประมาณ 6 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตรา 122.42 คนต่อประชากร 1,000 คน ที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิด โดยพบว่าเป็นเพศชายและกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 20-24 ปี) มีอัตราการใช้สารเสพติดสูงสุดที่สุด ทั้งยังเป็นกลุ่มที่มีความชุกของอาการทางจิตเวชสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ การพูดเพ้อเจ้อ การแยกตัวจากสังคม พฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย และการทำร้ายผู้อื่น

คำสำคัญ: สารเสพติด; อาการจิตเวช; ความชุก

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

Corresponding author: Phakarat Reawraeng Email: phakaratritwises@gmail.com

Received 09/01/2025

Revised 07/02/2025

Accepted 05/03/2025

PREVALENCE OF SUBSTANCE INDUCED PSYCHOSIS IN THAILAND

Poonrut Leyatikul, Phakarat Reawraeng***

ABSTRACT

Mental health problems arising from substance use have become increasingly evident in Thai society. This descriptive study aimed to assess the prevalence of psychiatric symptoms among individuals who use illicit substances. A cross-sectional household survey was conducted using a five-stage stratified sampling method. Thailand was divided into 10 regions, and systematic random sampling was performed at the provincial, sub-district, and community levels. Households were systematically selected based on the most recent updated community maps. Within each selected household, members were stratified by gender, and simple random sampling was applied using a random number table in each stratum.

A total of 34,410 individuals participated in the study. Data were collected from March to October 2024 using face-to-face structured interviews. Descriptive and inferential statistics were employed, including frequency distribution, percentage, odds ratio (OR), 95% confidence intervals (CI), point estimation, and chi-square test.

The findings revealed that approximately six million Thais aged 12–65 years, or 122.42 per 1,000 population, had used at least one type of illicit substance. The highest prevalence of substance use was observed among males and individuals aged 20–24 years. This group also exhibited the highest prevalence of substance-induced psychiatric symptoms, with statistically significant differences. The most commonly reported symptoms included delusional speech, social withdrawal, aggressive behavior, restlessness, and physical assault of others.

Keywords: Substance abuse; Psychiatric symptoms; Prevalence

* Faculty of Medicine, Vongchavalitkul University

** Thunyarak Udonrthani Hospital, Udonrthani

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) คาดประมาณว่าประชากรทั่วโลก 585,000 คน เสียชีวิตโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด¹

หลักฐานในอดีตที่ผ่านมา 50,000 ปี ก่อนคริสตกาล มีรายงานการใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตจากพืช² ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการใช้สารเสพติดมานานกว่า 15,000 ปี³ ต่อมาสารเสพติดกลายเป็นที่นิยมเพื่อนันทนาการ ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเสพติดมาช้านาน^{4,5} พืชเสพติดพื้นเมืองทั่วไป ได้แก่ฝิ่น กัญชา และพืชกระท่อม ยาสังเคราะห์ชนิดแรกที่ใช้ในประชากรคือ เฮโรอีน ซึ่งพบครั้งแรกในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2500 และต่อมาแพร่ระบาดอย่างมาก⁶ การใช้สารกระตุ้น (แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน) แพร่ระบาดในช่วงหลังปี พ.ศ. 2510 สารระเหย (เบนซีน แลคเกอร์ และกาว) ปรากฏขึ้นในช่วงหลังปี พ.ศ. 2520⁷ ในช่วงหลังปี พ.ศ. 2530 มีการใช้สารเสพติดชนิดใหม่ ซึ่งรวมถึงยาไอซ์ เคตามีน ไอซ์ (เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด) และโคเคน⁸ เมื่อไม่นานมานี้ การใช้ยารักษาโรคผิดแบบและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่⁹ อย่างไรก็ตาม สถิติอย่างเป็นทางการแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มผู้ยาที่ใหญ

ที่สุดที่เข้าถึงการรักษา เนื่องจากกัญชาและพืชกระท่อมมีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดอื่นๆ จึงมีผู้ใช้เพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ต้องได้รับการรักษา¹⁰

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปีที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณ 296 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.8 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ในจำนวนนี้ 219 ล้านคน ใช้กัญชา 36 ล้านคน ใช้แอมเฟตามีน 22 ล้านคน ใช้โคเคน และ 20 ล้านคน ใช้ยาไอซ์¹¹ ในช่วงเวลาเดียวกัน รายงานการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนระบุว่า มีประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนเข้ารับการรักษาเสพติดกว่า 614,000 คน หรือคิดเป็นอัตรา 92.0 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้กว่าสองในสาม เข้ารับการรักษาเสพติดในกลุ่ม Amphetamine Type Stimulant (ATS) ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น กัญชา และอื่นๆ¹² คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ดำเนินการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปีที่ผ่านมานี้ (ไม่นับบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จำนวนประมาณ 1,966,826 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.91 ของประชากรอายุ 12-65 ปี¹³ ในจำนวนนี้เข้ารับการ

บำบัดรักษาในระบบจำนวน 241,857 คน¹⁴ หรือคิดเป็นร้อยละ 8.13 ของผู้ช้ยา

สารเสพติดที่แพร่ระบาดอยู่ในประเทศไทยมีหลายชนิด ข้อมูลจากระบบ บสต. บ่งชี้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้ช้ยาบ้า และ ไอซ์ ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้เป็นยา กลุ่ม กระ ตุ้น ระ บบ ป ระ ส า ท Amphetamine-type stimulants (ATS) เป็นกลุ่มสารเสพติดสังเคราะห์ที่มีการออกฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสารเสพติดหลักในกลุ่มนี้ ได้แก่ amphetamine, methamphetamine, methcathinone, fenetylline, ephedrine, pseudoephedrine, methylphenidate และยาอี (ecstasy)¹⁵ ผลที่เกิดขึ้นจากการเสพยากลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อระบบประสาทและสมองของผู้เสพ ในระยะสั้น คือ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ความคิดสับสน และอาการประสาทหลอน นอกจากนี้ Ecstasy ยังทำให้สีกซึม ง่วง ไม่มีสมาธิ ในระยะยาว คือ เกิดโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ทำร้ายตัวเอง ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีอารมณ์แปรปรวน¹⁶ การศึกษาโดยทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในญี่ปุ่น ไต้หวัน ออสเตรเลีย และไทย¹⁷ พบว่าอาการป่วยทางจิตที่พบมาก คือ อาการประสาทหลอน หูแว่ว และอาการอื่นๆ ที่พบคือ เห็นภาพหลอน

การใช้สารเสพติดที่แตกต่างกันแต่ละชนิด อาจส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเวชแตกต่างกัน ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิตจากสารเสพติดที่ครบถ้วน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำความเข้าใจพฤติกรรมการแพร่ระบาดของเห็ดขี้ควายในสังคม ข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงแต่ทำหน้าที่เป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์เท่านั้น แต่ยังเอื้อประโยชน์ต่อการออกแบบและดำเนินกลยุทธ์การแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้คำแนะนำสำหรับการวิจัยเชิงลึกเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนและรอบด้านยิ่งขึ้นเกี่ยวกับ รูปแบบ แนวโน้ม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้มีอาการจิตเวชจากสารเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2567
2. เพื่อบ่งชี้ความชุกของผู้มีอาการจิตเวชจากสารเสพติด

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย
ในการศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย ออกแบบเป็นการสำรวจครัวเรือนชนิดภาคตัดขวางทั่วประเทศ เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ช้ยาเสพติดและแบบแผนการช้ยาในประเทศไทย พ.ศ. 2567

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมาย คือ คนไทยที่มีสัญชาติไทยในทะเบียนราษฎรทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2567 ประชากรกลางปีมีอยู่ทั้งสิ้นจำนวน 64,753,796 คน เป็นประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี จำนวน 49,055,591 คน อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและกรุงเทพมหานครจำนวน 16,652,219 คน และนอกเขตเทศบาลจำนวน 32,403,372 คน เป็นชาย 24,148,152 คน และเป็นหญิง 24,907,439 คน

ครัวเรือนทั่วประเทศมีทั้งสิ้น 28,906,005 ครัวเรือน คุณสมบัตินของครัวเรือนตัวอย่าง ต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่ปรับปรุงใหม่ โดยครัวเรือนนั้นต้องตั้งอยู่ในชุมชนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 6 เดือนที่ผ่านมานับจากวันที่สำรวจ

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทยที่มีอายุ 12-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 3 เดือนในปีที่ผ่านมาจากวันที่สำรวจ จำนวน 34,410 คน จาก 27 จังหวัดทั่วประเทศ

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่างๆ อยู่ระหว่าง 17.48-240.72 ต่อ 1,000 ประชากร ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่าผลจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนเท่ากับ 8

2.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกห้าขั้นตอน โดยแบ่งพื้นที่เป้าหมายออกตามพื้นที่ปฏิบัติงานภาค ปปส. เป็น 10 ชั้นภูมิย่อย คือ กรุงเทพมหานคร 50 เขต ภาค 1 รวม 9 จังหวัด ภาค 2 รวม 8 จังหวัด ภาค 3 รวม 8 จังหวัด ภาค 4 รวม 12 จังหวัด ภาค 5 รวม 8 จังหวัด ภาค 6 รวม 9 จังหวัด ภาค 7 รวม 8 จังหวัด ภาค 8 รวม 7 จังหวัด และภาค 9 รวม 7 จังหวัด

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง คือ สุ่มตัวอย่างจังหวัด/เขต ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีของกทม/ภาคนั้น รวม 27 จังหวัด (กทม. 17 เขต)

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สอง คือ สุ่มตัวอย่างตำบล/แขวง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีของจังหวัด/เขตนั้น รวม 533 ตำบล/แขวง

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สาม คือ สุ่มตัวอย่างชุมชน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีของตำบล/แขวงนั้น รวม 1,165 ชุมชน/หมู่บ้าน

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สี่ คือ สุ่มตัวอย่างครัวเรือน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วน

กับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีของชุมชนนั้น โดยใช้แผนที่ที่ปรับปรุงใหม่ และบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจุดในชุมชนนั้น รวม 17,205 ครัวเรือน

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่ห้า ในครัวเรือน ตัวอย่าง สมาชิกครัวเรือนที่มีอายุ 12-65 ปี จะถูกจำแนกออกเป็น 2 ชั้นภูมิชายและหญิง แต่ละชั้นภูมิทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจาก ตารางเลขสุ่ม ชายและหญิงชั้นภูมิละ 1 คน สัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่สามารถพูดจาสื่อสารได้ดี และยินยอมร่วมมือในการตอบแบบ สัมภาษณ์ครัวเรือนละ 2 คน (1 ชาย 1 หญิง) รวมทั้งสิ้น 34,410 ตัวอย่าง

แนวทางการสุ่มตัวอย่างที่มี ประสิทธิภาพนี้ช่วยให้มั่นใจได้ว่าจะมีการ รวบรวมข้อมูลที่เป็นตัวแทนประชากรเพื่อ คาดประมาณความชุกของการใช้สารเสพติด ได้อย่างแม่นยำในมิติคุณลักษณะประชากร และภูมิภาคที่หลากหลายของประเทศไทย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล สำหรับการศึกษานี้ดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์ แบบพบหน้ากันอย่างมีโครงสร้างกับสมาชิก ในครัวเรือนที่คัดเลือกแบบสุ่มที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี โดยใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูล มาตรฐาน ช่วงเวลาดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่ เดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 และการ สัมภาษณ์ดำเนินการโดยนักวิจัยภาคสนามที่ ผ่านการฝึกอบรมอย่างครอบคลุมเพื่อให้

แน่ใจว่ามีความสม่ำเสมอ ถูกต้อง และปฏิบัติ ตามจริยธรรม

3.1 ทีมงานการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็น นักศึกษาปริญญาโท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวช

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่พนักงาน สนาม ได้รับการอบรมอย่างรอบด้านและฝึก ปฏิบัติในการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินคัดกรอง จากนั้นได้รับการ ทดสอบจนผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำก่อน ปฏิบัติงาน

ในการเก็บข้อมูล จัดพนักงานสนาม เป็นทีมลงเก็บรวบรวมข้อมูลที่มละ 8 คน และมีหัวหน้าพนักงานสนาม 1 คน

พนักงานสนามชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง และขอคำยินยอมต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีลง นามคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่ม ตัวอย่างมีเวลาตัดสินใจ 1 วัน ในการลงนาม และนัดหมายรับคำยินยอมวันรุ่งขึ้น ในกรณี กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกจะนัดหมายใหม่ หาก การนัดหมายเกินกว่า 3 ครั้งจะประเมินว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้คำยินยอม

การสอบทานข้อมูล ในตอนเย็นของ การปฏิบัติงานภาคสนามแต่ละวัน หัวหน้า พนักงานสนามรวบรวมแบบสัมภาษณ์จาก พนักงานสนามแต่ละคน และมอบหมายให้ พนักงานสนามคนอื่นในทีมทำการตรวจทาน ความครบถ้วนของข้อมูล และให้หัวหน้า

พนักงานสนามตรวจสอบขั้นสุดท้ายก่อน
นำส่งผู้วิจัย

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์ จะนำ
ข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ค่าสถิติ
ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยกระบวนการ
ในขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วย

4.1 การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลเป็นการ
ตรวจสอบความสมบูรณ์ ข้อมูลขาดหาย
โดยเฉพาะในคำถามที่สำคัญ ความเป็นไปได้
ของข้อมูล ความชัดเจนของลายมือหรือ
คำตอบ (เขียนไม่ชัดเจนอ่านไม่ออก) ซึ่งจะทำ
ให้ทราบถึงข้อบกพร่องของข้อมูล และ
สามารถแก้ไขได้ทันเวลา ทำให้ข้อมูลที่ได้มี
ความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้น

4.2 การลงรหัส

การสร้างคู่มือลงรหัส เริ่มตั้งแต่การ
กำหนดรหัสจนถึงการลงรหัส ตัวแปรจาก
คำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิดจะถูก
กำหนดรหัสเป็นคู่มือลงรหัส ข้อมูลในระบบ
สัมภาษณ์ถูกลงรหัสตามคู่มือลงรหัสที่
กำหนดรหัสไว้ล่วงหน้า

4.3 การนำเข้าข้อมูล

ข้อมูลที่ลงรหัสแล้วถูกนำเข้าใน
เครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยวิธีสอบทาน (data
double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อน
ข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนที่เป็น
อิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อน

และความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล
และแก้ไขปรับปรุงจนแน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง

4.4 การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล

การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการ
ตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูง
ต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย
(Missing data) และแก้ไขปรับปรุงให้
เหมาะสม

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ หลังจากนำเข้า
และจัดทำฐานข้อมูลแล้ว นำมาวิเคราะห์โดย
ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ Odd ratio, 95% C.I.,
point estimation, chi square

5. จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองด้าน
จริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 050/2567
การยินยอมให้ข้อมูลต้องได้รับความยินยอม
เป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างทุก
ราย ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้เยาว์ จะได้รับ
ความยินยอมเพิ่มเติมจากผู้ปกครองตาม
กฎหมายด้วย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมได้รับการ
ปฏิบัติอย่างเป็นความลับสูงสุดและนำไปใช้
เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น
โดยเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมสำหรับ
การวิจัยในมนุษย์ กรอบจริยธรรมที่เข้มงวดนี้
ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้เข้าร่วมจะได้รับการ
คุ้มครอง มีความสมบูรณ์ของข้อมูล และ
ปฏิบัติตามแนวทางการวิจัยด้านจริยธรรม
ระหว่างประเทศ

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.1 เป็นเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 24 ปี) ร้อยละ 65.7 สถานภาพโสดร้อยละ 11.9 ว่างาน และร้อยละ 8.2 เป็นนักเรียน/นักศึกษา

ผลการสำรวจพบว่าประชากรอายุระหว่าง 12-65 ปี ประมาณ 6 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตรา 122.42 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิด สารเสพติดในบทความนี้ได้แก่ ยาบ้า (methamphetamine tablet) ไอซ์ (crystal methamphetamine) ยาอี (ecstasy) ยาเค (ketamine) โคเคน (cocaine) ฝิ่น (opium) เฮโรอีน (heroin) สารระเหย (volatile substances) กระท่อม กัญชา และสารผสม (เช่น happy water, เคนมผง ฯลฯ) ไม่นับรวม

บุหรี่ปุหรี่ไฟฟ้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยา รักษาโรคจิตแบบแผน

ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิต จำนวน 4 แสนคนคิดเป็นร้อยละ 6.75 ของผู้เสพยาฯ มีความชุก 8.27 ต่อประชากร 1,000 คน โดยความชุกของอาการพูดเพ้อเจ้อ (พูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อย ๆ พูดมาก พูดไม่เป็นคำ) 4.46 ต่อประชากร 1,000 คน อาการแยกตัวจากสังคม ไม่สูงสิ่งกับใคร เก็บตัวในห้อง 3.87 ต่อประชากร 1,000 คน อาการก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น 3.58 ต่อประชากร 1,000 คน รongลงมาเป็นอาการหวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล หูแว่ว/เห็นภาพหลอน แต่งกายที่มีลักษณะแปลก ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ คิดว่าตนเองมีความสามารถเหนือผู้อื่น และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดจากคนทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและความชุกผู้มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด

	จำนวน	ร้อยละ	ความชุก (ต่อพันประชากร)
ผู้ใช้สารฯ	6,005,450		122.42
ผู้มีอาการทางจิต	405,623	6.75	8.27
เพ้อเจ้อ	218,781	3.64	4.46
แต่งกายไม่เหมาะสม	69,920	1.16	1.43
ก้าวร้าว	175,435	2.92	3.58
แยกตัวจากสังคม	189,632	3.16	3.87
หวาดระแวง	114,622	1.91	2.34
คิดว่าเหนือผู้อื่น	47,399	0.79	0.97
หลอน	114,521	1.91	2.33
พฤติกรรมอื่น	73,048	1.22	1.49

ประชากรชายอายุระหว่าง 12-65 ปี ประมาณ 4.8 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตรา 199.33 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 7.39 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 14.74 คนต่อประชากร 1,000 คน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศหญิงซึ่งมีประมาณ 1.2 ล้านคนหรือคิดเป็นอัตรา 47.86 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 4.17 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 2.00 คนต่อประชากร 1,000 คน

กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 12-19 ปี) ประมาณ 5.4 แสนคนหรือคิดเป็นอัตรา 86.80 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 2.94 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 2.55 คนต่อประชากร 1,000 คน ในขณะที่กลุ่มวัยรุ่น

(อายุ 20-24 ปี) ประมาณ 7.2 แสนคนหรือคิดเป็นอัตรา 181.08 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 12.58 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 22.79 คนต่อประชากร 1,000 คน กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 25-44 ปี) ประมาณ 2.6 ล้านคนหรือคิดเป็นอัตรา 137.49 คนต่อประชากร 1,000 คนใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 6.38 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 8.77 คนต่อประชากร 1,000 คน และกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุ 45-65 ปี) ประมาณ 2.1 ล้านคนหรือคิดเป็นอัตรา 107.61 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 6.20 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 6.67 คนต่อประชากร 1,000 คน ทั้งนี้ความชุกในแต่ละกลุ่มอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ความชุกผู้มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

		จำนวน	ร้อยละ	ความชุก (ต่อพันประชากร)
เพศ P=<0.0001	ชาย			
	ผู้ใช้สารฯ	4,813,372		199.33
	ผู้มีอาการทางจิต	355,859	7.39	14.74
หญิง	ผู้ใช้สารฯ	1,192,078		47.86
	ผู้มีอาการทางจิต	49,764	4.17	2
อายุ P=<0.0328				
12-19	ผู้ใช้สารฯ	545,714		86.8
	ผู้มีอาการทางจิต	16,057	2.94	2.55

ตารางที่ 2 ความชุกผู้มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ (ต่อ)

		จำนวน	ร้อยละ	ความชุก (ต่อพันประชากร)
20-24	ผู้ใช้สารฯ	726,757		181.08
	ผู้มีอาการทางจิต	91,457	12.58	22.79
25-44	ผู้ใช้สารฯ	2,588,710		137.49
	ผู้มีอาการทางจิต	165,157	6.38	8.77
45-65	ผู้ใช้สารฯ	2,144,268		107.61
	ผู้มีอาการทางจิต	132,953	6.2	6.67

สารเสพติดแพร่ระบาดมากในกลุ่มวัยรุ่น (20-24 ปี) และมีความชุกของอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดสูงสุด เป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง

วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.1 เป็นเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 24 ปี) ร้อยละ 65.7 มีสถานภาพโสด และร้อยละ 20.1 อยู่ในสถานะว่างงานหรือนักเรียน/นักศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการใช้สารเสพติดเนื่องจากอยู่ในช่วงวัยของการค้นหาอัตลักษณ์และมีแนวโน้มทดลองสิ่งใหม่ตามแรงกดดันทางสังคมหรือเพื่อนร่วมวัย

ผลการสำรวจในกลุ่มประชากรอายุ 12-65 ปีทั่วประเทศประมาณ 6 ล้านคน หรือคิดเป็น 122.42 คนต่อประชากร 1,000 คน พบว่าใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด โดยมีความชุกของอาการทางจิตในกลุ่มนี้สูง

ถึง 6.75% ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงผลกระทบทางสุขภาพจิตของการใช้สารเสพติดที่มีได้จำกัดอยู่เพียงด้านร่างกาย

เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่าผู้ชายมีอัตราการใช้สารเสพติด (199.33 ต่อ 1,000 คน) และมีอาการทางจิต (14.74 ต่อ 1,000 คน) สูงกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าเพศชายมีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงและการเข้าถึงสารเสพติดสูงกว่าเพศหญิง จากปัจจัยทางสังคม บทบาทเพศ และค่านิยมเรื่อง “ความกล้าแสดงออก”¹⁸

นอกจากนี้ กลุ่มวัยรุ่นอายุ 20-24 ปี มีความชุกของการใช้สารเสพติดและอาการทางจิตสูงสุด (22.79 ต่อ 1,000 คน) สอดคล้องกับงานวิจัย วัยรุ่นตอนต้นและตอนปลายเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการพัฒนาอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะอาการหวาดระแวง เห็นภาพหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสัมพันธ์กับการกระตุ้นระบบ

ประสาทส่วนกลางที่ผิดปกติจากสารเสพติด
จำพวกแอมเฟตามีน (Amphetamine-type
stimulants)^{19,20}

จากข้อมูลนี้สามารถตั้งข้อสังเกตเชิง
วิจัยได้ว่า กลุ่มอายุ 20-24 ปี แม้จะมีจำนวน
ประชากรน้อยกว่ากลุ่มวัยทำงานหรือวัย
ผู้ใหญ่ แต่กลับมี **ความชุกของอาการทาง
จิตจากการใช้สารเสพติดสูงสุด** แสดงให้
เห็นถึงความรุนแรงของผลกระทบที่ต้องได้รับ
การเฝ้าระวังอย่างเข้มข้น ทั้งในระดับ
ครอบครัว ชุมชน และสถาบันการศึกษา

ข้อยุติ (Conclusions)

สารเสพติดแพร่ระบาดมากในเพศชาย
กลุ่มวัยรุ่น (20-24 ปี) มีความชุกของอาการ
ทางจิตจากการใช้สารเสพติดสูงสุด โดยพบ
ความชุกของอาการพูดเพ้อเจ้อ แยกตัวจาก
สังคม อาการก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น
เป็นกลุ่มอาการที่พบมาก

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 1) กำหนด
กลุ่มเป้าหมายหลักในการควบคุมสารเสพติด** โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นอายุ 20-24 ปี ซึ่งมี
อัตราการใช้สารเสพติดและความชุกของ
อาการทางจิตสูงสุด ควรได้รับการบำบัด
แบบบูรณาการระหว่างการเลิกยาและฟื้นฟู
สุขภาพจิต 2) พัฒนานโยบายสาธารณสุขเชิง
ป้องกัน ที่เน้นการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจใน
เด็กและเยาวชน ผ่านการเสริมสร้างทักษะ

ชีวิต (Life Skills Training) ในสถานศึกษา
โดยเฉพาะในระดับมัธยมและอุดมศึกษา
3) สนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการ
สุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ** โดยเฉพาะใน
พื้นที่ที่มีความชุกของการใช้สารเสพติดสูง
เช่น เขตเมืองชั้นใน เขตชุมชนแออัด หรือ
พื้นที่ที่มีอัตราการว่างงานสูง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ 1) จัดตั้งระบบ
คัดกรองอาการทางจิตในผู้ใช้สารเสพติดทุก
ประเภท โดยใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ได้รับการรับรอง เช่น MINI หรือ ASSIST ร่วมกับ
ระบบส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ 2) ผูกอบรม
เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับชุมชน
ให้มีความสามารถในการระบุอาการจิตเวช
เบื้องต้นที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เพื่อให้
สามารถวินิจฉัยและส่งต่อได้ทันทั่วทั้ง 3) จัด
กิจกรรมแนะแนวและกลุ่มบำบัดใน
สถานศึกษา เพื่อเป็นการเฝ้าระวังเชิงรุกใน
กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่เพิ่ง
เริ่มต้นพฤติกรรมเสี่ยงและยังสามารถป้องกัน
การเสพติดระยะยาวได้

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษานี้ต่อยอดความคิด
“Substance-induced Psychosis Pathway”
ที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดบางประเภท
โดยเฉพาะประเภทกระตุ้นประสาท มี
แนวโน้มสูงที่จะกระตุ้นภาวะทางจิต เช่น
ประสาทหลอน หวาดระแวง หรืออารมณ์
แปรปรวนอย่างรุนแรง สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่ม

วัยรุ่น และวัยต้นของผู้ใหญ่ควรเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของมาตรการควบคุมและบำบัดยาเสพติดในระยะยาว เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มพัฒนาอาการทางจิตได้

มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งให้เห็นถึงความจำเป็นในการประสานการควบคุมสารเสพติดเข้ากับการพัฒนาระบบสุขภาพจิตในระดับชุมชน ไม่ใช่เพียงมุ่งเน้นการลงโทษหรือกักกัน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2019.
2. Merlin MD. Archaeological evidence for the tradition of psychoactive plant use in the old world. **Economic Botany** 2003; 57(3): 295-323.
3. Sullivan RJ, Hagen EH. Psychotropic substance-seeking: Evolutionary pathology or adaptation? **Addiction** 2002; 97(4): 389-400. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00024.x>.
4. Department of Fine Arts. **The “Tra Sam Duang” Laws**. Bangkok: Veteran printing house; 1978.
5. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36.
6. Poshyachinda V. **Heroin in Thailand. in the 4th Anniversary of the Office of the Narcotics Control Board**. Bangkok: Office of the Prime Minister; 1980; 56–87.
7. Poshyachinda V, Srisurapanont M, Perngparn U. **Amphetamine type stimulants epidemic in Thailand: a country profile**. In WHO meeting on amphetamine, MDMA, and other psycho stimulants phase II. Bangkok, Thailand; 1999.pp. 22-26.
8. Poshyachinda V, Phittayanon P, Simasatitkul V, Perngparn U. **Stimulant use, abuse, and dependence in Thailand. Alcohol and drugs perspectives, prevention and Control-Asia Pacific region**. Sri Lanka: Alcohol and Drug Information Centre; 1998. 77-106.
9. Wonguppa R, Kanato M. The prevalence and associated factors of new psychoactive substance use: A 2016 Thailand national household survey. **Addict Behav Rep** 2018; 7: 111-115.

10. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Cannabis Situation among the Thai Youth after Law Amendment. **ONCB Journal** 2022; 36(2): 27-36.
11. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2023**. Vienna: United Nations publication; 2023.
12. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P, (Eds.). **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2022**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2023.
13. Kanato M, Leyatikul P. Size Estimation of Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
14. Office of Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. **Statistics on Addiction Treatment & Rehabilitation** [online] 2020 [cited 2024 March 7]. Available from: <https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash>
15. WHO. **Management of substance abuse** [online] 2021 [cited 2021 January 21]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/facts/ATS/en/
16. McCrady BS, Epstein EE. **Addictions: A comprehensive guidebook**. Oxford University Press; 2013.
17. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, Li M, Stoltenberg SF, Gendelman HE, et al. Methamphetamine-associated psychosis. **Journal of Neuroimmune Pharmacology** 2012; 7(1): 113-139.
18. Srisurapanont M, Ali R, Marsden J, Sunga A, Wada K, Monteiro M. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic inpatients. **International Journal of Neuropsychopharmacology** 2003; 6(4): 347-352.
19. Arunogiri S, Foulds JA, McKetin R, Lubman DI. A systematic review of risk factors for methamphetamine-associated psychosis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry** 2018; 52(6): 514-529.
20. Callaghan RC, Cunningham JK, Allebeck P, Arenovich T, Sajeev G, Remington G, et al. Methamphetamine use and schizophrenia: a population-based cohort study in California. **American Journal of Psychiatry** 2012; 169(4), 389-396.

ความชุกของการใช้เข็มฉีควายในประเทศไทย

สมเด็จ ก้วพิทักษ์*, สุภัทรวณฺฑ ทองจิตร**

บทคัดย่อ

ความเข้าใจในสถานการณ์การใช้เข็มเสพติดที่เป็นปัจจุบันถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนายุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดผลกระทบในวงกว้าง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคาดประมาณขนาดประชากรไทยที่ใช้เข็มฉีควายในปี พ.ศ. 2567 โดยใช้การศึกษาเชิงพรรณนาผ่านการสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวาง ดำเนินการด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิห้าขั้นตอนด้วยการแบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 เขตพื้นที่ จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบจังหวัด ตำบล และชุมชนตามลำดับอย่าง ครัวเรือนถูกสุ่มเลือกอย่างมีระบบโดยอ้างอิงจากแผนที่ชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงล่าสุด ภายในแต่ละครัวเรือนสมาชิกถูกจัดแบ่งตามเพศเป็นสองชั้นภูมิและสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากตารางเลขสุ่มในแต่ละชั้นภูมิ การศึกษานี้ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 34,410 คน การรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างชนิดต่อหน้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ Odd ratio, 95% C.I., point estimation, chi square, Fisher exact test, Multiple logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า มีประชากรไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี จำนวน 12,912 คน ที่รายงานว่าเคยใช้เข็มฉีควาย คิดเป็นความชุก 26.32 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยมีความชุกในเพศชายเท่ากับ 40.74 คนต่อแสนประชากร และในเพศหญิงเท่ากับ 12.35 คนต่อแสนประชากร กลุ่มวัยเด็กและเยาวชนมีความชุก 6.45 คนต่อแสนประชากร ขณะที่กลุ่มวัยผู้ใหญ่มีความชุก 32.16 คนต่อแสนประชากร นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ การใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้เข็มฉีควายมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดถึง 42.8 เท่า (AOR = 42.817, 95% CI = 16.508-111.055, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: เข็มฉีควาย; ความชุก; ประเทศไทย

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

**คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Corresponding author: SupattarayanThongjit Email: golfcolt@gmail.com

Received 14/01/2025

Revised 10/02/2025

Accepted 11/03/2025

PREVALENCE OF PSILOCYBE CUBENSIS USE IN THAILAND

Somdet Kuapitak, Supattarayan Thongjit***

ABSTRACT

An up-to-date understanding of psychoactive plant use is essential for developing effective strategies to mitigate its widespread impact. This descriptive study aimed to estimate the population size of Thai individuals using *Psilocybe cubensis* (commonly known as "magic mushrooms") in 2024. A cross-sectional household survey was conducted using a five-stage stratified sampling technique. Thailand was divided into 10 regions, and systematic random sampling was performed at the provincial, sub-district, and community levels. Households were selected systematically based on the most recent updated community maps. Within each selected household, members were stratified by gender and randomly sampled using random number tables. A total of 34,410 individuals participated in the study. Data were collected between March and October 2024 through structured face-to-face interviews. Data analysis employed both descriptive and inferential statistics, including frequency distribution, percentage, odds ratio (OR), 95% confidence intervals (CI), point estimation, chi-square test, Fisher's exact test, and multiple logistic regression.

The findings indicated that 12,912 Thais aged 12–65 years had used *Psilocybe cubensis*, corresponding to a prevalence rate of 26.32 per 100,000 populations. The prevalence was higher among males (40.74 per 100,000) compared to females (12.35 per 100,000). Among youth, the prevalence was 6.45 per 100,000, while in adults it was 32.16 per 100,000. A statistically significant association ($p < 0.05$) was observed between psilocybin mushroom use and concurrent use of other illicit substances. Individuals who used other drugs were 42.8 times more likely to engage in high-risk behaviors associated with psilocybin use (AOR = 42.817, 95% CI = 16.508–111.055, $p < 0.001$).

Keywords: Psilocybin mushrooms; Prevalence; Thailand

*Khaosuankwang District Health Office, Khon Kaen Province

**Faculty of Dentistry, Suranaree Technology University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การใช้สารเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่มีความเร่งด่วนและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ความมั่นคงทางสังคม ตลอดจนการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ จากข้อมูลของ สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรโลกอายุระหว่าง 15-64 ปี ประมาณ 292 ล้านคน มีการใช้สารเสพติดในรอบปีที่ผ่านมา¹ สถิติเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ ในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินมาตรการที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง หลักฐานทางประวัติศาสตร์บ่งชี้ว่า การใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ได้จากพืช มีมาตั้งแต่ประมาณ 50,000 ปีก่อนคริสตศักราช² ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีหลักฐานระบุว่า การใช้สารดังกล่าวมานานกว่า 15,000 ปีที่ผ่านมา³ ในยุคแรกเริ่ม สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเหล่านี้ถูกนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และในพิธีกรรมทางศาสนาเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไปรูปแบบการใช้สารดังกล่าวได้ขยายขอบเขตออกไปสู่การใช้เพื่อนันทนาการ

สาร Psilocybin พบในเห็ดเมาหรือเห็ดขี้ควาย (*Psilocybe* spp.) ส่งผลให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงการรับรู้และอารมณ์ และ Mescaline สกัดจากกระบองเพชร เช่น Peyote และ San Pedro ใช้ในพิธีกรรมทางศาสนา⁴ เห็ดขี้ควายเป็นพืชเสพติดธรรมชาติที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท

เห็ดเมา หรือเห็ดขี้ควายในประเทศไทย มีประวัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้ในวัฒนธรรมพื้นบ้านและประเพณีท้องถิ่น รวมถึงการศึกษาและการควบคุมในยุคปัจจุบัน เห็ดเหล่านี้มักมีสารออกฤทธิ์เช่น Psilocybin และ Psilocin ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้และจิตใจ ในประเทศไทย เห็ดเมาพบได้ตามธรรมชาติในพื้นที่เขตร้อน เช่น ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เห็ดเมาในประเทศไทยมักเรียกในชื่อที่แตกต่างกันตามภูมิภาค เช่น "เห็ดขี้ควาย" เนื่องจากพบได้ในมดลูกสัตว์ เช่น วัวและควาย สายพันธุ์ที่พบในประเทศไทย เช่น *Psilocybe cubensis* และ *Panaeolus cyanescens* ในยุคหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ช่วงกลางศตวรรษที่ 20 การค้นพบเห็ดเมาในประเทศไทยเริ่มได้รับความสนใจจากนักวิจัยต่างชาติ โดยเฉพาะหลังจากที่มีการศึกษาเห็ดหลอนประสาทในอเมริกาและยุโรป มีการเก็บตัวอย่างสายพันธุ์จากประเทศไทยเพื่อศึกษาสารออกฤทธิ์ เช่น Psilocybin และ Psilocin ในช่วงปี 1970s-1980s ประเทศไทย โดยเฉพาะในแหล่งท่องเที่ยว เช่น เกาะพะงัน และจังหวัดเชียงใหม่ เป็นที่รู้จักในหมู่นักท่องเที่ยวต่างชาติสำหรับ "ปาร์ตี้

เห็ดเมา" หรือ "Magic Mushroom Shakes" ซึ่งเสิร์ฟเห็ดเมาผสมในเครื่องดื่มหรืออาหาร⁵ สารหลอนประสาทที่พบในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดในต่างประเทศ เช่น LSD และ psilocybin ที่นำเข้ามาจากยุโรป หรืออเมริกา การใช้เห็ดขี้ควายในพื้นที่ชนบท มีการรายงานในบางชุมชน เนื่องจากหาได้ง่ายในธรรมชาติ และมีการใช้ในพิธีกรรมพื้นบ้านบางส่วน การใช้สารหลอนประสาทในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและคนรุ่นใหม่ในเขตเมือง LSD เป็นสารที่มักพบในงานปาร์ตี้หรือกิจกรรมบันเทิงในกลุ่มผู้มีฐานะทางสังคมปานกลางถึงสูง DMT และ psilocybin มีแนวโน้มใช้ในหมู่ที่สนใจการสำรวจจิตวิญญาณและสุขภาพจิต (psychedelic therapy) สารหลอนประสาทส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในสารเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. 2522 มีการควบคุมการจำหน่าย นำเข้า และใช้สารเหล่านี้อย่างเข้มงวด อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงสารหลอนประสาทผ่านตลาดมืดยังคงเป็นความท้าทายสำหรับการบังคับใช้กฎหมาย

แม้ว่าการแพร่ระบาดของสารหลอนประสาทในประเทศไทยจะยังไม่อยู่ในระดับสูง แต่แนวโน้มการใช้ในกลุ่มวัยรุ่นและคนรุ่นใหม่เป็นสิ่งที่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการให้ความรู้และการวิจัยเพิ่มเติมเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการปัญหานี้อย่าง

ยั่งยืน ข้อมูลจากระบบบำบัดยาเสพติด มีผู้เข้ารับการบำบัดเห็ดขี้ควายทั้งสิ้นเพียง 7 ราย ใน ช่วงปี พ.ศ. 2543-2566 (มานพ คณะโต และคณะ, 2567) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้เห็ดขี้ควายที่ครบถ้วน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำความเข้าใจพลวัตการแพร่ระบาดของเห็ดขี้ควายในสังคม ข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงแต่ทำหน้าที่เป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์เท่านั้น แต่ยังเอื้อประโยชน์ต่อการออกแบบและดำเนินกลยุทธ์การแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้คำแนะนำสำหรับการวิจัยเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนและรอบด้านยิ่งขึ้นเกี่ยวกับ รูปแบบ แนวโน้ม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้เห็ดขี้ควายในประเทศไทย พ.ศ. 2567
2. เพื่อบ่งชี้ความชุกของผู้ใช้เห็ดขี้ควาย

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย
ในการศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย ออกแบบเป็นการสำรวจครัวเรือนชนิดภาคตัดขวางทั่วประเทศ เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้เห็ดขี้ควายในประเทศไทย พ.ศ. 2567
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมาย คือ คนไทยที่มีสัญชาติไทยในทะเบียนราษฎรทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2567

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทยที่มีอายุ 12-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 3 เดือนในปีที่ผ่านมา จากวันที่สำรวจ จำนวน 34,410 คน จาก 27 จังหวัดทั่วประเทศ

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่างๆ อยู่ระหว่าง 17.48-240.72 ต่อ 1,000 ประชากร ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่าผลจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนเท่ากับ 8

2.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกห้าขั้นตอน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล สำหรับการศึกษานี้ดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์แบบพบหน้ากันอย่างมีโครงสร้างกับสมาชิกในครัวเรือนที่คัดเลือกแบบสุ่มที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี โดยใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลมาตรฐาน ช่วงเวลาดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 และการสัมภาษณ์ดำเนินการโดยนักวิจัยภาคสนามที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างครอบคลุมเพื่อให้แน่ใจว่ามีความสม่ำเสมอ ถูกต้อง และปฏิบัติตามจรรยาบรรณ

3.1 ทีมงานการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้ทีมงานทั้งสิ้น 6 ทีมรับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่พนักงานสนาม ได้รับการอบรมอย่างรอบด้านและฝึกปฏิบัติในการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินคัดกรอง จากนั้นได้รับการทดสอบจนผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำก่อนปฏิบัติงาน

ในการเก็บข้อมูล จัดพนักงานสนามเป็นทีมลงเก็บรวบรวมข้อมูลทีมละ 8 คน และมีหัวหน้าพนักงานสนาม 1 คน

พนักงานสนามชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและขอคำยินยอมต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีลงนามคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างมีเวลาตัดสินใจ 1 วัน ในการลงนามและนัดหมายรับคำยินยอมวันรุ่งขึ้น ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกจะนัดหมายใหม่ หากการนัดหมายเกินกว่า 3 ครั้งจะประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้คำยินยอม

การสอบทานข้อมูล ในตอนเย็นของการปฏิบัติงานภาคสนามแต่ละวัน หัวหน้าพนักงานสนามรวบรวมแบบสัมภาษณ์จากพนักงานสนามแต่ละคน และมอบหมายให้พนักงานสนามคนอื่นในทีมทำการตรวจทานความครบถ้วนของข้อมูล และให้หัวหน้าพนักงานสนามตรวจสอบขั้นสุดท้ายก่อนนำส่งผู้วิจัย

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์ จะนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ค่าสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยกระบวนการในขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วย

4.1 การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลเป็นการตรวจสอบความสมบูรณ์ ข้อมูลขาดหาย โดยเฉพาะในคำถามที่สำคัญ ความเป็นไปได้ของข้อมูล ความชัดเจนของลายมือหรือคำตอบ (เขียนไม่ชัดเจนอ่านไม่ออก) ซึ่งจะทำให้ทราบถึงข้อบกพร่องของข้อมูล และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้น

4.2 การลงรหัส

การสร้างคู่มือลงรหัส เริ่มตั้งแต่การกำหนดรหัสจนถึงการลงรหัส ตัวแปรจากคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิดจะถูกกำหนดรหัสเป็นคู่มือลงรหัส ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ถูกลงรหัสตามคู่มือลงรหัสที่กำหนดรหัสไว้ล่วงหน้า

4.3 การนำเข้าข้อมูล

ข้อมูลที่ลงรหัสแล้วถูกนำเข้าในเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยวิธีสอบทาน (data double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล และแก้ไขปรับปรุงจนแน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง

4.4 การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล

การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูงต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสม

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ หลังจากนำเข้าและจัดทำฐานข้อมูลแล้ว นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานเพื่อทำความเข้าใจการระบาดของการใช้สารเสพติดและรูปแบบต่าง ๆ ในประชากรเป้าหมายอย่างครอบคลุม

วิธีการที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ Odd ratio, 95% C.I., point estimation, chi square, Fisher exact test, Multiple logistic regression

5. จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 050/2567 การยินยอมให้ข้อมูลต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างทุกราย ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้เยาว์ จะได้รับความยินยอมเพิ่มเติมจากผู้ปกครองตามกฎหมายด้วย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นความลับสูงสุดและนำไปใช้เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น โดยเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมสำหรับการวิจัยในมนุษย์ ครอบคลุมจริยธรรมที่เข้มงวดนี้ ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้เข้าร่วมจะได้รับการ

คุ้มครอง มีความสมบูรณ์ของข้อมูล และปฏิบัติตามแนวทางการวิจัยด้านจริยธรรมระหว่างประเทศ

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.3 เป็นเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 25 ปี) ร้อยละ 24.7 สถานภาพโสดร้อยละ 32.5 จบการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า และร้อยละ 40.13 เป็นกรรมกร/เกษตรกร/แรงงานพื้นฐาน

ประชากรไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี ประมาณ 6 ล้านคน ใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิด ได้แก่ ยาบ้า (methamphetamine tablet) ไอซ์ (crystal methamphetamine) ยาอี (ecstasy) ยาเค (ketamine) โคเคน (cocaine) ฝิ่น (opium) เฮโรอีน (heroin) สารระเหย (volatile substances) กระทั่งอมกัญชา และสารผสม (เช่น happy water,

เคนมผง ฯลฯ) ไม่นับรวมบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยารักษาโรคจิตแบบแผน

ประชากร 48,161 คน เคยใช้เห็ดขี้ควายหรือคิดเป็นอัตรา 98.18 คนต่อประชากร 100,000 คน เพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ใหญ่มีจำนวนมากกว่าเด็กและเยาวชน และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในจำนวนนี้ 12,912 คน ยังคงใช้เห็ดขี้ควาย คิดเป็นความชุก 26.32 คนต่อแสนประชากร โดยมีความชุกในเพศชาย 40.74 คนต่อแสนประชากร เพศหญิง 12.35 คนต่อแสนประชากร แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ วัยเด็กและเยาวชน 6.45 คนต่อแสนประชากร วัยผู้ใหญ่ 32.16 คนต่อแสนประชากร ทั้งนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ใช้เห็ดขี้ควายและอัตราความชุก (ต่อพันประชากร)

	เคยใช้		P-value	ใช้		P-value
	จำนวน	อัตราต่อแสน		จำนวน	อัตราต่อแสน	
เพศ						
ชาย	29,507	122.19	0.2007	9,837	40.74	0.1908
หญิง	18,653	74.89		3,075	12.35	
อายุ						
12-25 ปี	719	6.45	0.3541*	719	6.45	0.7926*
26-65 ปี	47,442	125.13		12,193	32.16	
รวม	48,161	98.18		12,912	26.32	

*Fisher Exact Test

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ใช้เห็ดชี่ควายพบว่า เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา และการใช้สารเสพติดร่วม เมื่อควบคุมความผันแปรของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) พบว่าปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ที่ใช้สารเสพติดมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด 42.8 เท่า (AOR = 42.817, 95% CI = 16.508–111.055, $p < 0.001$) ส่วน เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย และ การศึกษา พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้เห็ดชี่ควาย

ปัจจัยเสี่ยง		COR	AOR	95% C.I.		P-value
				Lower	Upper	
อาชีพ	อ้างอิง:ไม่ใช้แรงงาน	1.492	1.212	0.497	2.952	0.673
การศึกษา	อ้างอิง:มัธยมต้นและต่ำกว่า	1.583	1.967	0.816	4.74	0.132
ใช้สารเสพติด	อ้างอิง:ไม่ใช้สารเสพติด	36.217	42.817	16.508	111.055	<.001
เพศ	อ้างอิง:เพศชาย	0.571	1.376	0.543	3.486	0.501
อายุ	อ้างอิง:เด็กและเยาวชน	3.509	0.21	0.028	1.582	0.13
ที่อยู่อาศัย	อ้างอิง:ในเขตเทศบาล	1.182	1.252	0.531	2.949	0.608

วิจารณ์ (Discussions)

สาร Psilocybin จากเห็ดในสกุล Psilocybe นิยมใช้เพื่อประสบการณ์ทางจิตวิญญาณและในพิธีกรรมทางศาสนา Psilocybin ถูกเปลี่ยนเป็น Psilocin ในร่างกาย ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ ผลระยะสั้นเกิดการเห็นภาพหลอน การรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่เข้มข้นขึ้น การใช้ในปริมาณสูงอาจกระตุ้นโรคจิตหรืออาการวิตกกังวล⁶ มีการทดลองใช้ Psilocybin ในการรักษาภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล⁷

เห็ดชี่ควาย เป็นเห็ดที่มีสารออกฤทธิ์ทางจิต เช่น psilocybin และ psilocin ซึ่งมีประวัติการใช้งานมายาวนานในด้านพิธีกรรมศาสนา และการแพทย์พื้นบ้านทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มชนพื้นเมืองในอเมริกาและยุโรป ภาพวาดและประติมากรรมที่เกี่ยวข้องกับเห็ดหลอนประสาทพบได้ในถ้ำและวัตถุโบราณในยุโรป แอฟริกา และอเมริกากลาง ย้อนหลังไปกว่า 6,000 ปี ตัวอย่างเช่น ในเม็กซิโกพบ "เห็ดศักดิ์สิทธิ์" (teonanácatl) ซึ่งหมายถึง "เนื้อของพระเจ้า" ในภาษา Nahuatl ของชาวแอซเท็ก ชนพื้นเมืองในอเมริกากลาง

เช่น ชาวมายาและแอซเท็ก ใช้เห็ดหลอนประสาทในพิธีกรรมเพื่อการสื่อสารกับเทพเจ้าและจิตวิญญาณ ในแอฟริกาและเอเชีย มีการใช้เห็ดที่มีฤทธิ์หลอนประสาทเพื่อวัตถุประสงค์ทางจิตวิญญาณและการรักษาโรค

เห็ดหลอนประสาทถูกกล่าวถึงครั้งแรกในงานเขียนของนักบวชชาวสเปนในศตวรรษที่ 16 ซึ่งอธิบายถึงการใช้เห็ดในพิธีกรรมของชาวแอซเท็ก ในปี ค.ศ. 1957 นักชาติพันธุ์วิทยาชาวอเมริกัน ได้เผยแพร่บทความในนิตยสาร Life เกี่ยวกับการใช้เห็ดหลอนประสาทในพิธีกรรมของชนพื้นเมืองเม็กซิโก ในปี ค.ศ. 1958 Hofmann ได้แยกสาร psilocybin และ psilocin ออกมาจากเห็ดหลอนประสาทเป็นครั้งแรก ในช่วงหลังปี ค.ศ. 1960 มีการศึกษาคุณสมบัติของ psilocybin ในการรักษาโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล การวิจัยพบว่า psilocybin สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับปัญหาทางจิตใจในเชิงบวกได้ ในปี 1970s รัฐบาลสหรัฐอเมริกาประกาศให้ psilocybin เป็นสารเสพติดผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้การวิจัยเกี่ยวกับเห็ดหลอนประสาทหยุดชะงักไปหลายทศวรรษ ในปี 2000s การวิจัยเกี่ยวกับ psilocybin กลับมาได้รับความสนใจ โดยมีการศึกษาผลกระทบต่อสมองและจิตใจ รวมถึงศักยภาพในการรักษาโรค เช่น โรคซึมเศร้าดื้อยา (Treatment-Resistant Depression)

ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorders) โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTSD) การศึกษาในมหาวิทยาลัย เช่น Johns Hopkins University และ Imperial College London ได้ยืนยันว่า psilocybin สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ยุค 1960s เห็ดหลอนประสาทกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมฮิปปี้ เช่นเดียวกับ LSD โดยถูกใช้เพื่อการค้นหาจิตวิญญาณและการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ปัจจุบันเห็ดหลอนประสาทยังคงเป็นที่นิยมในหมู่นักท่องเที่ยวในบางพื้นที่ เช่น เมืองอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งอนุญาตให้จำหน่าย "เห็ดทรัฟเฟิล" (magic truffles) ที่มี psilocybin ในปริมาณต่ำ ในปัจจุบัน มีการอนุญาตให้ใช้ psilocybin เพื่อการรักษาในบางประเทศและบางรัฐในสหรัฐอเมริกา เช่น โอเรกอน (Oregon) อนุมัติการใช้ psilocybin ในการบำบัดทางจิตเวช ประเทศสวิตเซอร์แลนด์และแคนาดาอนุญาตการใช้ในการวิจัยทางการแพทย์

สารหลอนประสาทส่วนใหญ่มีผลต่อสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะตัวรับของเซโรโทนิน (5-HT_{2A} receptors) และบางครั้งรวมถึงโดปามีนและนอร์อิพิเนฟริน การกระตุ้น 5-HT_{2A} receptors ในคอร์เทกซ์สมองส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและความคิด^๑ สาร

บางชนิด เช่น Phencyclidine (PCP) ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นตัวรับ NMDA ในสมอง ส่งผลต่อการประมวลผลข้อมูลในสมอง

สารหลอนประสาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ เช่น การเห็นภาพหลอน การขยายหรือบิดเบือนประสาทสัมผัส รวมทั้งการรับรู้เชิงจิตวิญญาณหรือการเปิดกว้างทางอารมณ์⁸ แต่อาจส่งผลให้เกิดอาการโรคจิตเฉียบพลัน เช่น อาการหวาดระแวงหรือหลอน และมีผลต่อระบบประสาท เช่น วิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมอารมณ์ หรือภาวะ "bad trip" อาจก่อให้เกิดภาวะ Hallucinogen Persisting Perception Disorder (HPPD) ซึ่งผู้ป่วยยังคงเห็นภาพหลอนหลังจากหยุดใช้สาร

สารหลอนประสาท (Hallucinogens) เป็นสารที่มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ความคิด และอารมณ์ แม้ว่าสารหลอนประสาทบางชนิดมีการศึกษาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ แต่การใช้ในปริมาณที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) สารหลอนประสาท เช่น LSD และ Psilocybin กระตุ้นตัวรับเซโรโทนิน (5-HT_{2A} receptors) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ เช่น การเห็นภาพหลอน การได้ยินเสียงที่ไม่มีอยู่จริง

และการเปลี่ยนแปลงของเวลา⁹ อาจกระตุ้นภาวะ "Mystical Experience" ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ในตนเองหรือการรู้สึกถึงการเชื่อมต่อกับสิ่งแวดลอม⁶ การใช้สารหลอนประสาทในปริมาณสูง เช่น PCP หรือ Ketamine อาจทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมชั่วคราว (Cognitive Impairment) หรือภาวะโรคจิต เช่น อาการหลอนและหวาดระแวง⁹ ในบางกรณี ผู้ใช้สารหลอนประสาทอาจประสบกับภาวะ Hallucinogen Persisting Perception Disorder (HPPD) ซึ่งยังคงเห็นภาพหลอนหรือการบิดเบือนทางประสาทสัมผัสเป็นระยะเวลาหลังจากการใช้¹⁰

ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System) สารหลอนประสาท เช่น MDMA (Ecstasy) และ LSD สามารถกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น¹¹ การใช้ในปริมาณสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmias) และความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน MDMA อาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemia) ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง¹²

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal System) สารหลอนประสาทบางชนิด เช่น LSD และ Psilocybin อาจกระตุ้นการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือปวดท้อง⁹ การใช้ DMT ในพิธีกรรม Ayahuasca

(พิธีกรรม Ayahuasca เป็นพิธีกรรมทางจิตวิญญาณและการรักษาแบบดั้งเดิมที่มีต้นกำเนิดจากชนพื้นเมืองในภูมิภาคแอมะซอน เช่น ประเทศเปรู โคลอมเบีย และบราซิล ผู้เข้าร่วมจะดื่ม Ayahuasca ซึ่งเป็นชาที่ปรุงจากพืชสองชนิดหลัก ได้แก่ Banisteriopsis caapi (เถาวัลย์หลัก) ที่มีสารออกฤทธิ์ที่ช่วยยับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีนออกซิเดส (MAO) ทำให้สารอื่น ๆ ในชาส่งผลกระทบต่อระบบประสาทได้ และ Psychotria viridis (ใบไม้) ที่มีสาร DMT (Dimethyltryptamine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความรู้สึกและจิตใจ อาจมีประสิทธิผลที่หลากหลาย เช่น ภาพหลอน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้แจ้งในตนเอง หรือการระลึกถึงอดีต) มักมีอาการข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้หรือท้องเสีย ซึ่งถูกมองว่าเป็นการล้างพิษในบริบททางวัฒนธรรม¹³

ผลต่อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) การใช้สารหลอนประสาท เช่น PCP หรือ Ketamine ในปริมาณสูง อาจทำให้เกิดภาวะกดการหายใจ (Respiratory Depression) ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้¹⁴ ในกรณีของการสูบสาร เช่น Salvia divinorum อาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ ผลต่อระบบฮอร์โมนและการสืบพันธุ์ (Endocrine and Reproductive System) MDMA ส่งผลกระทบต่อฮอร์โมน เช่น โดปามีน เซโรโทนิน และออกซิโทซิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างความผูกพันและการ

กระตุ้นอารมณ์¹¹ การใช้สารเหล่านี้ในระยะยาวอาจทำให้ระบบฮอร์โมนเสียสมดุล

การใช้สารหลอนประสาทอาจกระตุ้นโรคจิตในผู้ที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรม เช่น โรคจิตเภท¹⁴ ในบางกรณี การใช้สารหลอนประสาทโดยไม่มีการควบคุมอาจเพิ่มความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลหลังจากการใช้¹⁵

นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงและผลกระทบอื่น ๆ ผู้ใช้สารหลอนประสาทอาจแสดงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การก่ออุบัติเหตุหรือการทำร้ายตนเองเนื่องจากการรับรู้ผิดพลาด แม้ว่าสารหลอนประสาทส่วนใหญ่จะไม่ก่อให้เกิดการเสพติดทางกายภาพ แต่ผู้ใช้บางรายอาจพัฒนาการเสพติดทางจิตใจต่อความรู้สึกหลอนหรือผลทางจิตวิญญาณ⁸

ข้อยุติ (Conclusions)

ประชากรไทย จำนวน 12,912 คน ใช้เห็ดขี้ควาย คิดเป็นความชุก 26.32 คนต่อแสนประชากร โดยมีความชุกในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง วัยเด็กและเยาวชนต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ ผู้ที่ใช้สารเสพติดมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด 42.8 เท่า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ในเชิงนโยบาย 1) ควรจัดตั้งระบบเฝ้าระวังการใช้พืชเสพติดที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยเฉพาะเห็ดขี้ควาย (*Psilocybe cubensis*)

เพื่อใช้ติดตามแนวโน้มการบริโภคที่เปลี่ยนแปลง และรองรับการวางแผนมาตรการเชิงรุกได้อย่างทันท่วงที 2) พัฒนาโครงการป้องกันในกลุ่มเสี่ยง: ควรจัดทำแผนการป้องกันที่มุ่งเน้นไปยังกลุ่มประชากรเสี่ยงสูง โดยเฉพาะเพศชายในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด 3) ส่งเสริมความรู้ในระดับชุมชน: ควรมีการให้ความรู้เรื่องผลกระทบทางจิตใจและพฤติกรรมที่อาจเกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกิจกรรมหรือสื่อในระดับชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่เข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย 4) พัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการ: ควรพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาแบบบูรณาการที่ตอบสนองต่อการบริโภคสารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (polysubstance use) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและบำบัดฟื้นฟู

แนวโน้มนโยบายด้านสาธารณสุข: แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวที่เพิ่มสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสาธารณสุขที่ต้องการการตอบสนองอย่าง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World Drug Report 2024**. Vienna: United Nations publication; 2024.

เร่งด่วน ด้วยนโยบายเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

การทบทวนนโยบายยาเสพติด: ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณานโยบายเกี่ยวกับพืชเสพติดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งอาจยังไม่มีมาตรการกักตุนอย่างครอบคลุมเท่ากับยาเสพติดสังเคราะห์

การบูรณาการบริการสุขภาพจิต: จากความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางจิต ควรมีการบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาผู้ใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบ

การวิจัยระยะยาว: ควรส่งเสริมการวิจัยในระยะยาว (longitudinal studies) เพื่อศึกษาอิทธิพลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพจิตในระยะยาวของประชากรไทยอย่างต่อเนื่องและลึกซึ้ง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ไม่พบว่าเคยมีการศึกษาการแพร่ระบาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงการแพร่ระบาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรไทย

2. Merlin MD. Archaeological evidence for the tradition of psychoactive plant use in the old world. **Economic Botany** 2003; 57(3): 295-323.

3. Sullivan RJ, Hagen EH. Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation?. **Addiction** 2002; 97(4): 389-400.
4. Carhart-Harris RL, Goodwin GM. The therapeutic potential of psychedelic drugs: Past, present, and future. **Neuropsychopharmacology** 2017; 42(11): 2105-2113.
5. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. **The Synthesis of Illicit Drugs Situation in Thailand 2024**. Nakhonratchasima: Addiction Science Center, Vongchavalitkul University; 2024. [in Thai].
6. Griffiths RR, Richards WA, McCann U, Jesse R. Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. **Psychopharmacology** 2006; 187(3): 268-283.
7. Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Day CMJ, Rucker J, Watts R, Erritzoe DE, Kaelen M, et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up. **Psychopharmacology (Berl)** 2018; 235(2):399-408. doi: 10.1007/s00213-017-4771-x.
8. Nichols DE. Psychedelics. **Pharmacological Reviews** 2016. 68(2); 264-355.
9. Murray B, Harrison J, Kelly K. Phencyclidine (PCP) intoxication: Clinical effects and management. **Substance Abuse** 2013; 34(1): 39-46.
10. Halpern JH, Pope HG. Hallucinogen persisting perception disorder: What do we know? **Drug and Alcohol Dependence** 2003; 69(2): 109-119.
11. Parrott AC. MDMA, serotonergic neurotoxicity, and the diverse functional deficits of recreational 'Ecstasy' users. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews** 2013; 37(8): 1466-1484.
12. Couch R, Brown S, Smirk C. MDMA: A case of myocardial ischemia. **International Journal of Cardiology** 2019; 278: 134-136.
13. Domínguez-Clavé E, Soler J, Elices M, et al. Ayahuasca: Pharmacology, neuroscience and therapeutic potential. **Brain Research Bulletin** 2016; 126: 89-101.
14. Vollenweider FX, Kometer M. The neurobiology of psychedelic drugs: Implications for the treatment of mood

- disorders. **Nature Reviews Neuroscience** 2010; 11(9): 642-651.
15. Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Rucker J, Day CM, Erritzoe D, Kaelen, M, et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. **The Lancet Psychiatry** 2016; 3(7): 619-627.

ผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

ทนนศิลป์ ลิ้มพล*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังยางและอาศัยอยู่ในตำบลยอดขาด อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม จำนวน 35 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ทำการศึกษา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และ Paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.57 มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ร้อยละ 54.29 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 82.56 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.14 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อยู่ระหว่าง 7-10 ปี ร้อยละ 68.57 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานก่อนและหลังทดลอง พบว่าค่าคะแนนหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การป้องกันโรค; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยอดขาด

Corresponding author: Tanongsil Leephon Email: tanongsinleepon@gmail.com

Received 24/01/2025

Revised 21/02/2025

Accepted 20/03/2025

EFFECT OF THE MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM TO MOTIVATE HEALTH BELIEFS AND PREVENTIVE BEHAVIOR REGARDING COMPLICATIONS IN DIABETIC MELLITUS PATIENTS

*Tanongsil Leephon**

ABSTRACT

This quasi-experimental research aims to study the effects of a motivational interviewing program on health beliefs and diabetes complication prevention behaviors in diabetic patients. The study involved 35 diabetic patients from Wangyang Hospital, residing in Yodchat Subdistrict, Nakhon Phanom. Simple random sampling by lottery was used. The research tool included a motivational interviewing program to enhance health beliefs and complication prevention behaviors for diabetic patients, which was conducted over a period of 6 weeks. The data collection tool was a questionnaire, and the data were analyzed using frequency, percentage, and Paired Sample t-test. The results showed that the majority of the sample group were female (68.57%), aged between 18-60 years (54.29%), married (82.56%), had completed primary school education (60%), and worked in agriculture (44.14%). The duration of diabetes among the patients was between 7-10 years (68.57%). The comparison of knowledge regarding diabetes, health beliefs, and complication prevention behaviors before and after the intervention showed a significant increase in scores after the experiment ($p < 0.05$).

Keywords: health literacy; tuberculosis prevention; village health volunteers

* Yodchat Subdistrict Health Promotion Hospital, Nakornphanom province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

จากการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีทางการแพทย์ สภาพความเป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงของสังคม วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี ร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทำให้ประชากรมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง มากยิ่งขึ้น โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรัง ที่ประชากรโลกต้องเผชิญ ปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับอดีตและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2552-2563 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 21¹ สถานการณ์โรคเบาหวานปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่าประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดนครพนม อำเภอวังยาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยอดขาดมี อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.70 8.00 7.79 8.71 และ 9.80 ตามลำดับ² ส่วน อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวานสำหรับประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดนครพนม

อำเภอวังยาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยอดขาด พบร้อยละ 2.18 2.52 2.71 1.54 และ 0.80 ตามลำดับ³ ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ปีงบประมาณ 2566 ของประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดนครพนม อำเภอวังยาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยอดขาด พบร้อยละ 2.43 2.71 2.93 4.61 และ 3.01 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2)⁴

โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนสร้างภาระต่องบประมาณด้านการดูแลสุขภาพของประเทศเป็นอย่างมาก ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวทั้งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และมีเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ใช้จ่ายไปโดยตรงกับยารักษาเบาหวาน องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทย ถูกจัดสรรให้กับ การดูแลรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคและคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งทำให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า⁵ ร้อยละ 49 ของค่าใช้จ่ายตรงในการรักษาโรคเบาหวานเกิดจากค่ารักษาในโรงพยาบาล หรือจากการรักษาภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายจากยาคิดเป็นร้อยละ 14⁶ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานค่าใช้จ่าย

ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมักจะมากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่างจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 6.6 เท่า ขณะที่ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน 3 อย่างขึ้นไป จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 18.5 เท่า⁶ ดังนั้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญทั้งในด้านสาธารณสุขและการใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ [Motivational Interviewing : MI] เป็นเทคนิคการให้คำปรึกษาที่มีเป้าหมายผู้สนทนาจะผลักดันความตั้งใจโดยอาศัยความจริงใจ เป็นมิตร ใช้แรงจูงใจในบริบทของผู้สนทนา ให้ข้อมูลที่เป็นทางเลือกจนนำไปสู่การก้าวข้ามความลังเล มีแรงจูงใจ มีความตั้งใจและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้งนี้ Miller & Rollnick⁷ ได้พัฒนาแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจขึ้นใน เพื่อใช้ในการบำบัดผู้ติ่มสุรา โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดนี้เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีหลักการสำคัญ คือ การสร้างความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้า การดึงความต้องการและความตั้งใจจากผู้รับปรึกษามากกว่าการ

แนะนำสั่งสอน การสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเองมากกว่าความเชื่อฟังและทำตาม การสนทนาสร้างแรงจูงใจเป็นเครื่องมือการสนทนาและให้คำปรึกษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงนี้ การจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่นำไปสู่การลดความเสี่ยงควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรัง และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁸⁻¹² แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ออกแบบโดยใช้กรอบแนวคิดหลัก ได้แก่ การสร้างความร่วมมือร่วมใจ การค้นหาความต้องการจากผู้ป่วย การเสนอแนะแบบมีทางเลือกและการให้ความสำคัญกับความเข้าใจเห็นใจมีจิตเมตตาในการเปลี่ยนแปลงจากมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการให้คำแนะนำ มีทั้งแบบสั้นและแบบกลุ่ม โดยผู้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ คือ บุคลากรสาธารณสุข มีหน้าที่สนับสนุนให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดึงความต้องการ ความตั้งใจและสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ของผู้รับคำแนะนำด้วยรูปแบบการสนทนาสร้างแรงจูงใจให้คำปรึกษาที่เน้นผู้รับปรึกษาเป็นศูนย์กลางร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพอันดีมีประโยชน์ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดีได้

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสำคัญต่อการควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น ตาบอด โรคไต โรคหัวใจ และการตัดขา¹³ หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นเสียชีวิตหรือพิการ การดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน การให้สุขศึกษากับผู้ป่วยช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง แต่การให้สุขศึกษาแบบใหม่จะเพิ่มความสนใจและเข้าใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาดังต่อไปนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- 2) ความเชื่อด้านสุขภาพ
- 3) พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากโรคเบาหวาน

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนหลัง

วัสดุและวิธีการ

สิ่งทดลอง

โปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นใช้เวลา 15 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไขโดยใช้ทักษะ 3As คือ 1) Affirmation การชื่นชมในความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่ดี 2) Ask การใช้คำถามกระตุ้นหรือสร้างแรงจูงใจ และ 3) Advice การให้คำแนะนำ โดยมุ่งหวังกระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตและนำมาเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้ป่วยจะมีคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง คำพูดเหล่านี้เป็นสัญญาณที่จะบอกผู้วิจัยว่าได้บรรลุเป้าหมายเบื้องต้นแล้ว ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้นจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที ทุก 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนก่อนดำเนินการวิจัย (สัปดาห์ที่ 1)

แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการทําวิจัยและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัย หลังจากนั้นทำการเก็บตัวอย่างข้อมูลก่อนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรมสนทนาสร้างแรงจูงใจ

- สัปดาห์ที่ 1 กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ การเชื้อเชิญให้นั่ง การแนะนำตัว การพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อนเข้าสู่การสนทนาจากนั้นสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าในสิ่งที่เข้าใจเกี่ยวกับเบาหวาน จากนั้นใช้คำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไถ้าหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คุณคิดว่ามีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมากน้อยเพียงไร และวิธีการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนมีอะไรบ้าง เพราะอะไร และเมื่อเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นคุณคิดว่ามีความรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตหรือไม่ หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเสร็จ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พร้อมทั้ง

แนะนำวิธีการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน จากนั้นทำการสรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพร้อมทั้งเน้นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในระยะยาว หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณและนัดวัน เวลา ครั้งต่อไป

- สัปดาห์ที่ 2 กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ การเชื้อเชิญให้นั่ง การพูดคุยทบทวนประเด็นครั้งที่แล้วก่อนเข้าสู่การสนทนา จากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การสนทนาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยใช้คำถาม เช่น ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีอะไรบ้าง มีวิธีการจัดการกับอุปสรรคอย่างไร หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเสร็จ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจที่ถูกต้อง และเสริมแรงจูงใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ หลังจาก
นั้นกล่าวขอบคุณและนัดวัน เวลา ครั้งต่อไป

- สัปดาห์ที่ 3 กล่าวทักทายกลุ่ม
ตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ การเชื้อเชิญ
ให้หนึ่ง การพูดคุยทบทวนประเด็นครั้งที่แล้ว
ก่อนเข้าสู่การสนทนา จากนั้นนำกลุ่ม
ตัวอย่างเข้าสู่การสนทนาเกี่ยวกับ

- สัปดาห์ที่ 4 โทรศัพท์ติดตาม
ครั้งที่ 1 พูดคุยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำตาม
ปัญหาที่พบ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและ
อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ หลังจบ
การสนทนา กล่าวขอบคุณและนัดวัน เวลา
ครั้งต่อไป

- สัปดาห์ที่ 5 โทรศัพท์ติดตาม
ครั้งที่ 2 พูดคุยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำตาม
ปัญหาที่พบ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและ
อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ หลังจบ
การสนทนา กล่าวขอบคุณและนัดวัน เวลา
ครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนหลังดำเนิน
กิจกรรม (สัปดาห์ที่ 6)

- กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างเพื่อ
สร้างสัมพันธภาพ การเชื้อเชิญให้หนึ่ง การ
พูดคุยทบทวนประเด็นครั้งที่แล้วก่อนเข้าสู่
การสนทนา ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงสิ่งที่ทำได้
ดีหลังจากเข้าร่วม โปรแกรมการวิจัย การ
เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
สิ่งที่จะต้องปรับปรุงในอนาคตเพื่อให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัย
สรุปเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรค ที่เผชิญอยู่

และทางแก้ไข พร้อมทั้งเห็นว่าแรงจูงใจหรือ
พลังใจรวมทั้งเหตุผล ซึ่งจำเป็นในการ
เปลี่ยนแปลงจะได้มาจากสิ่งไหน หลังจากจบ
การสนทนาผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังการ
ทดลอง เมื่อรวบรวมข้อมูลเสร็จผู้วิจัยกล่าว
ขอบคุณและกล่าวยุติโครงการวิจัย

พื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยอด
ขาด ตำบลยอดขาด อำเภอวังยาง จังหวัด
นครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่
โรงพยาบาลวังยางและอาศัยอยู่ในตำบล
ยอดขาด อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม
จำนวน 365 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

- อายุ 20-70 ปี
- ผู้ป่วยมีการรับรู้สมบุรณ์และ
สื่อสารภาษาไทยได้
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน
- ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถ
ช่วยเหลือตัวเองได้

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power
Analysis ใช้ Test family เลือ ก t-tests,
Statistical test เลือ ก Means: Wilcoxon

signed-rank test (one-sample case) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่าการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 24 คน เพื่อป้องกันการตอบ ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์หรือการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30 ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างจากที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณเพิ่มเติมเอาไว้¹⁴ ดังนี้

$$N_{\text{new}} = n/1-L$$

$$L = \text{อัตราการมีข้อมูลขาด}$$

หายไป (0.3)

$$N_{\text{new}} = 24/1-0.3$$

$$= 34.28$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

เท่ากับ 35 ราย

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก (Lottery) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

- 1) กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยในประชากร
- 2) นำหมายเลขประจำตัวของสมาชิกมาจัดทำเป็นฉลาก
- 3) จับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลข จนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิดและไม่แน่ใจ

การแปลผลคะแนน 3 ระดับ

ความรู้ต่ำ คือ มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-9 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง คือ มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60 ถึง 79 (10-11 คะแนน)

ความรู้มาก คะแนน คะแนน คือ มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 คะแนน)

ตอนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ มี 40 ข้อ แบ่งเป็น 4 ตอน ๆ 10 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

ตอนที่ 3.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ตอนที่ 3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ตอนที่ 3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ตอนที่ 3.1-3.4 ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มาตราวัด 5 ระดับของ Likert¹⁵ มีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

การแปลผลคะแนน 3 ระดับ

คะแนนเฉลี่ย 3.68-4.00

หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67

หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีข้อคำถาม 24 ข้อแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มาตราวัด 4 ระดับ มีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง อำเภอธาดูปูนม จังหวัดนครพนม ได้ค่า IOC มากกว่า 0.67 แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วย และค่า KR 20 ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่า 0.82 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's

Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3.1-3.4 และส่วนที่ 4 ได้ค่าอยู่ที่ 0.93 0.92 0.93 0.90 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับกลุ่มเป้าหมาย โดยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่แนะนำตัวเองและกลุ่มเป้าหมายแนะนำตัวเอง

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้าร่วมกิจกรรม

3) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์แรกโดยการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

4) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

- วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

- เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานด้วยสถิติ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ
083/67

ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อยู่
ระหว่าง 7-10 ปี ร้อยละ 68.57 (ตารางที่ 1)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูงถึงร้อยละ 80 และในระดับปานกลางร้อยละ 20 แต่หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.57 มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ร้อยละ 54.29 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 82.56 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 44.14

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	11	31.43
	หญิง	24	68.57
อายุ	37-47 ปี	4	11.42
	48-60 ปี	19	54.29
	61 ปีขึ้นไป	12	34.29
สถานภาพ	โสด	3	8.57
	สมรส/คู่	29	82.56
	หม้าย/หย่า/แยก	3	8.57
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	21	60.00
	มัธยมศึกษาตอนต้น	11	31.43
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	8.57

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	27	77.14
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	8	22.86
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน		
4-6 ปี	5	14.29
7-10 ปี	24	68.57
11 ปีขึ้นไป	6	17.14

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n=35)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ก่อนการทดลอง (ร้อยละ)	หลังการทดลอง (ร้อยละ)
ระดับสูง	80.00	100.00
ระดับปานกลาง	20.00	0.00
ระดับต่ำ	0.00	0.00

3. ความเชื่อด้านสุขภาพต่อภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

ความเชื่อด้านสุขภาพต่อภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานก่อนการทดลองพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง การรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง อยู่ในระดับสูง

4. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนการทดลองอยู่ที่ 12.02±0.82 ส่วนหลังการทดลองอยู่ที่ 14.94±0.23 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองอยู่ที่ 40.88±0.86 ส่วนหลังการทดลองอยู่ที่ 49.82±0.51 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานก่อนการทดลองอยู่ที่ 36.28±1.50 ส่วนหลังการทดลองอยู่ที่ 49.08±1.06 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานก่อนการทดลองอยู่ที่ 41.25±0.82 ส่วนหลังการทดลองอยู่ที่ 48.45±1.22 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานก่อนการทดลองอยู่ที่ 29.68±1.27 ส่วนหลังการทดลองอยู่ที่ 43.94±1.32 พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานก่อนการทดลองอยู่ที่ 55.71±1.96 ส่วนหลังการทดลองอยู่ที่ 97.82±2.09

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (n=35)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	12.02	0.82	14.94	0.23		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน	40.88	.86	49.82	.51	58.42	0.00
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	36.28	1.50	49.08	1.06	50.12	0.00
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	41.25	1.50	48.45	1.22	20.17	0.00
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	29.68	1.27	43.94	1.32	40.60	0.00
พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	55.71	1.96	97.82	2.09	85.67	0.00

วิจารณ์ (Discussions)

ผลให้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างโดยก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูงเพียงร้อยละ 80 และระดับปานกลางร้อยละ 20 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ยังขาดความรู้ในระดับสูงเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังจากการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีความรู้ในระดับสูงเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการทดลองนี้สามารถเพิ่มพูนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่เพียงแต่การเพิ่มความรู้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับปานกลางเดิม แต่ยังรวมถึงการยกระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สูงอยู่แล้วให้เพิ่มขึ้นอย่างมีคุณภาพ ผลลัพธ์ของการศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ซึ่งอาจจะมาจากวิธีการนำเสนอข้อมูล เทคนิคการสอน หรือสื่อการเรียนรู้ที่ใช้ในการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเรียนการสอนในอนาคตได้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าค่าคะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนทนาระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมและ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้คำแนะนำสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งทำให้มีความเข้าใจที่ดีกว่าหลังจากโปรแกรมเสร็จสิ้น โปรแกรมนี้ไม่ได้เพียงแค่ให้ข้อมูล แต่ยังมุ่งเน้นในการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการจัดการโรคเบาหวาน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ในกลุ่มผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในโปรแกรมที่มุ่งเน้นการสนทนาและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับชีวิตจริงและมีความหมายมากขึ้น ซึ่งสามารถส่งผลให้ได้รับความรู้ที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น การทดลองนี้จึงสามารถยืนยันได้ว่า การให้ข้อมูลและการศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถช่วยเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจในโรคเบาหวานในระดับสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการเปลี่ยนวิธีการให้ศึกษาโดยใช้แนวทางใหม่ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจและเพิ่มระดับความรู้ในโรคนั้นๆ ได้⁶

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและ

ความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเกิดจากการสนทนาที่มีเป้าหมายในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มขึ้นของคะแนนนี้สามารถสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยใส่ใจสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นผลสำคัญในการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาว การส่งเสริมความรู้และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเกิดจากการที่โปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานผ่านการสนทนาและการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของคะแนนการรับรู้นี้แสดงว่าโปรแกรมสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น และส่งผลดีต่อการรับรู้และทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลสุขภาพภาวะเบาหวาน นอกจากนี้ การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลตัวเองและมีความมุ่งมั่นในการรักษาคุณภาพชีวิตจากการจัดการกับโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ มีความเข้าใจในการจัดการอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น ซึ่งอาจช่วย

ให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากการให้ข้อมูลโดยเน้นการสนทนาการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด¹⁷ นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการสนทนาและการสนับสนุนในรูปแบบนี้อาจช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและความตระหนักถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยอาจไม่ได้ให้ความสำคัญหรือรู้สึกว่าคุณเองมีความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ ประชุมพร กวีกรรม และประเสริฐ ประสมรักษ์¹⁸ พบว่าเมื่อมีการให้โปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจจึงอาจเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย และสามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคดังกล่าวในระยะยาว

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลของของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหลังการทดลองเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินระยะยาวของผลการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจะยังคงอยู่หรือไม่ และสามารถสร้างความยั่งยืนให้กับ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวได้หรือไม่

2. ควรมีการศึกษาต่อไปในระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบในระยะยาวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานส่งผลพฤติกรรมสุขภาพ ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ekphakorn W. Report on the Health Survey of Thai People through Physical Examinations, 6th Round, 2019-2020. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2021. [in Thai].

2. Ministry of Public Health. Diabetes incidence rate for the fiscal year 2023 [online] 2023a [cited 2024 Aug 28]. Available from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe

0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd [in Thai].

3. Ministry of Public Health. Mortality rate due to diabetes. [online] 2023b [cited 2024 Aug 28]. Available from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4 [in Thai].

4. Ministry of Public Health. Percentage of acute complications in diabetic

- patients. [online] 2023c [cited 2024 Aug 28]. Available from <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report> [in Thai].
5. Zhang P, Zhang x, Brown J, Vistisen D, Sicree R, Shaw J, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice** 2010; 87(3): 293-301.
 6. Chatterjee S, Riewpaiboon A, Piyauthakit P, Riewpaiboon W, Boupajit K, Panpuwong N, et al. Cost of diabetes and its complications in Thailand: a complete picture of economic burden. **Health Social Care Community** 2011; 19(3): 289-298. [in Thai].
 7. Miller WR, Rollnick S. **Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.)**. New York: Guilford Press. 2002
 8. Hinkhaw J, Loysak P, Nitirat P. Group motivational interviewing for behavior modification among uncontrolled diabetic patients. **Journal of Phrapokkiao Nursing College** 2020; 31(1): 205-212. [in Thai].
 9. Detkong T. Effects of Motivational Interviewing per loss Systolic in Hypertension Patients. **Krabi Medical Journal** 2020; 3(2): 19-26. [in Thai].
 10. Arunsangsod K, Songwathana P. Effects of a Brief Motivational Interviewing Program on Self-Care motivation, Self-Care Behaviors, and Glomerular Filtration Rate among Patients with Chronic Kidney Disease. **Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council** 2023; 38(1): 52-66. [in Thai].
 11. Kaewfong I, Wannapornsiri C, Naewbood S. Effective of motivational interviewing program on knowledge, attitude, behaviors and lipid levels among hypertensive Patients. **Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal** 2018; 10(2): 57-71. [in Thai].
 12. Jansook C, Jansook N, Railoy A. The effects of brief intervention on medication adherence behaviors of schizophrenic patients. **Journal of The Royal Thai Army Nurses** 2019; 20(2): 170-177. [in Thai].
 13. Siangdung S. Self - care behaviors of patients with uncontrolled dm. **The Southern College Network Journal of Nursing and Pubic Health** 2017; 4(1): 191-204. [in Thai].

14. Chaimay P. Sample size determination in descriptive study in public health. **Thaksin University Journal** 2013; 16(2): 9-18. [in Thai].
15. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology** 1932; 140: 1-55
16. Laohakote J, Yongyod R. The effects of drug use behavior modification program to drug use knowledge, medication safety behaviors and blood glucose level of elderly patients with diabetes mellitus in phu phan district, sakon nakhon province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 8(3): 389-400. [in Thai].
17. Jaisit J, Tajit P. Self-management supports in type II diabetes mellitus person: literature review. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2019; 7(1): 105-118. [in Thai].
18. Kaweeorn P, Prasomruk P. A model development of self - care behavior for blood sugar control among type 2 diabetic patients, in Loengnoktha crown prince hospital. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2016; 4(3): 307-324. [in Thai].

สัดส่วนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง : การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง

สุรวัจน์ กระแสร์เดชะหิรัญ*, กำพร ดานา**, อนุชา ไทยวงษ์**,
บุษกร กุณอก*, ปิยวรรณ ลารังสิทธิ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสังเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็ว และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง ในผู้ป่วย จำนวน 202 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Odds ratio และ 95% Confidence interval

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 202 คน มีผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็ว (Rapid Kidney Function Decline: RKFD) จำนวน 39 คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 19.31 (95% CI 14.43-25.33) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็ว ได้แก่ มีดัชนีมวลกายต่ำกว่ามาตรฐาน ($BMI < 18.5$) (OR_{adj} 2.44; 95%CI 1.91-6.54) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (OR_{adj} 2.21; 95%CI 1.69-7.05) มีระดับกรดยูริกสูง (OR_{adj} 4.52; 95%CI 1.46-13.96) มีระดับไขมัน Cholesterol สูง (OR_{adj} 3.59; 95%CI 1.09-11.86) และมีระดับไขมัน LDL สูง (OR_{adj} 1.25; 95%CI 1.07-3.87)

คำสำคัญ: ภาวะการทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็ว; ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง; ปัจจัย

* โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author: Kamthorn Dana, Email: kamthorn@smnc.ac.th

Received 27/01/2025

Revised 24/02/2025

Accepted 24/03/2025

PROPORTION AND FACTORS ASSOCIATED WITH RAPID KIDNEY FUNCTION DECLINE (RKFD) IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE: A RETROSPECTIVE STUDY

*Surawach Krasairtechahirun**, *Kamthorn Dana***, *Anucha Taiwong***,
*Busakorn Kunork**, *Piyawan Larangsit**

ABSTRACT

This analytical study aimed to determine the proportion of rapid kidney function decline and the factors associated with the rapid decline of patients with chronic kidney disease in a Chonnabot District, Khon Kaen province. Data from 202 patients in medical records were reviewed and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and inferential statistics, including odds ratio and 95% confidence interval.

The study found that 39 patients out of the 202 samples had a rapid kidney function decline, accounting for 19.31 percent (95% CI 14.43-25.33). Factors associated with rapid kidney function decline included low body mass index (BMI < 18.5) (OR_{adj} 2.44; 95%CI 1.91-6.54), alcohol consumption (OR_{adj} 2.21; 95%CI 1.69-7.05), high uric acid levels (OR_{adj} 4.52; 95%CI 1.46-13.96), high cholesterol levels (OR_{adj} 3.59; 95%CI 1.09-11.86), and high LDL levels (OR_{adj} 1.25; 95%CI 1.07-3.87).

Keywords: Rapid kidney function decline (RKFD); Chronic kidney disease patients; Factors

* Chonnabot Hospital, KhonKaen Province

** Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยพบความชุกของโรคไตเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 26.8 โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราความชุกสูงกว่าภูมิภาคอื่น ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 ร้อยละ 7.3, ระยะ 2 ร้อยละ 9.0, ระยะ 3a ร้อยละ 6.0, ระยะ 3b ร้อยละ 2.8, ระยะ 4 ร้อยละ 1.4 และระยะ 5 ร้อยละ 0.3¹ ผู้ป่วยโรคไตส่วนใหญ่มักถูกวินิจฉัยล่าช้าหรือพบในระยหายซึ่งการทำงานของไตได้เกิดปัญหาและหน้าที่ของไตลดลงอย่างมากแล้ว นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง^{2,3} ความจำเป็นในการบำบัดทดแทนไต⁴ และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ทำให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข⁵

การทำงานของไตที่แย่งลงอย่างรวดเร็ว (Rapid Kidney Function Decline: RKFD) เป็นภาวะที่อัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ลดลงมากกว่า 4 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ต่อปี ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงการดำเนินของโรคที่รุนแรงและความเสี่ยงต่อการเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย⁶ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับภาวะนี้ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยอายุที่

เพิ่มขึ้นส่งผลให้ไตเสื่อมลงในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 60.2 และเสื่อมลงในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 13.6^{7,8} ขนาดของไตและการทำงานของไตเมื่ออายุมากขึ้น โรคอ้วน รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดการบาดเจ็บของ mesangial และ epithelial cell ระดับกรดยูริกในเลือดสูงซึ่งส่งผลทำให้ไตเสื่อม ขณะเดียวกันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีชบวนการเผาผลาญไขมันที่ผิดปกติ โดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์ และไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL)⁹ โรคเบาหวานมีผลทำให้อัตราการกรองของไตลดลง 12-15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อปี และพบว่าในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เป็นเบาหวานร่วมจะมีปัจจัยที่ทำให้มีการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไต ได้แก่ การมีปริมาณโปรตีนที่ออกมา กับปัสสาวะในแต่ละวัน (Daily urine protein excretion) มีค่าโปรตีนในเลือด (Serum albumin) และระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น¹⁰ อย่างไรก็ตาม ยังมีความแตกต่างของปัจจัยเหล่านี้ในแต่ละพื้นที่การศึกษา ซึ่งอาจมีบริบททางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงนโยบายด้านการดูแลสุขภาพและการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของอัตราการกรองของไตมีความหลากหลาย ซึ่งการดูแลรักษาโรคนี้ที่สำคัญมีเป้าหมายหลัก คือ การชะลอการเสื่อมของไตเพื่อยืดระยะเวลาในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค

โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกของโรคซึ่งยังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ด้วยการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว (Rapid progression) การป้องกันไม่ให้เกิดโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคนั้นเป็นสิ่งสำคัญ¹¹ และพื้นที่อำเภอชนบทจังหวัดขอนแก่น มีลักษณะเฉพาะทางประชากรและสังคมที่อาจส่งผลต่อโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม การกินอาหารโซเดียมสูง และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีข้อจำกัด นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างในด้านคุณภาพของการดูแลรักษาและการติดตามผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำงานของไตที่แย่งลงอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตในพื้นที่

จากที่กล่าวมาเพื่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพในพื้นที่ จึงมีความจำเป็นเพื่อศึกษาให้รู้ถึงสัดส่วนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตที่แย่งลงอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและปัจจัยเฉพาะของพื้นที่ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างเหมาะสม รวมถึงการวางแผนมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังในระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การชะลอการเสื่อมของไต ลดภาวะแทรกซ้อน

และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตที่แย่งลงอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิธีการศึกษา (Method)

เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์ (Analytical study) โดยใช้รูปแบบการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล ดำเนินการ ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 ระยะเวลา 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 1-3b ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัย และมีรายชื่อมารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น จำนวน 560 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 1-3b โดยคัดเลือกผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป HosXp ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจประเมินผลการทำงานของไต ≥ 2 ครั้งขึ้นไป ใน 1 ปี แต่ละครั้งห่างกันไม่ต่ำกว่า 3 เดือน ผลการตรวจพบ Rapid

progression (GFR drop $\geq 4\%$) และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เวชระเบียนที่ขาดความสมบูรณ์ และผู้ที่เสียชีวิตหรือขาดนัดระหว่างการศึกษ

การศึกษาค้างนี้กำหนดนิยาม การลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว คือ ผู้ป่วยมีการลดลงของ eGFR ≥ 4 mL/min/1.73 m²/year โดยคำนวณค่าการลดลงจากสูตรตามตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR กระทั่ง สารารณสุข¹² ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ Creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่าย้อนหลัง 1 ปี โดยใช้สูตร Simple linear regression (y = mx + b) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร

$$m = \frac{[n(\Sigma xy) - (\Sigma x)(\Sigma y)] * 365}{n(\Sigma x^2) - (\Sigma x)^2}$$

เมื่อ n = จำนวนครั้งของผลตรวจ GFR

x = ระยะห่างของวันที่ตรวจ GFR จากวันแรกของการตรวจ GFR

y = ค่าของ GFR ณ เวลา x

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป WinPepi¹³ แทนค่าที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยไตเรื้อรังเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยจะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว¹⁴ กำหนดสัดส่วนการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วม เท่ากับ 0.23 Confidence

level ที่ 95%, Acceptable difference 0.05, Assumed proportion 0.23, Population size 560, Expected loss of subjects 10% ได้กลุ่มตัวอย่าง 202 คน

สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลชนบทระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 โดยมีช่วงของการเลือกตัวอย่าง คือ I = 2.77 (N/202) สุ่มจนครบจำนวน 202 รายชื่อ

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการเข้ายาสมุนไพ

2) แบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการรักษา ประกอบด้วย น้ำหนักส่วนสูง การมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลอดเลือดสมอง ระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต กลุ่มยาที่ได้รับ เช่น ACEI/ARB Statin NSAIDs และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hct, Uric Level, Triglyceride, LDL และ eGFRs เป็นต้น

การตรวจสุขภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยประยุกต์และพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่

เกี่ยวข้องและประสบการณ์เชิงวิชาชีพของ ทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผ่าน การทดสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า CVI 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดึง ข้อมูลจากฐานข้อมูลเริ่มดำเนินการโดยการ สร้างคู่มือการลงรหัสและแบบบันทึกข้อมูล ตามตัวแปรที่ศึกษา มีผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ คือนักเวชระเบียนเพื่อใช้ค้นหาข้อมูลผู้ป่วยตาม International Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-10) 1 คน และพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก 1 คน เพื่อกำหนดข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยโดยจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวม ข้อมูลการใช้เครื่องมือ ตลอดจนการรักษาสีทธิของผู้ป่วยเพื่อสร้างความเข้าใจและยึด หลักปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในขั้นตอนการ วิเคราะห์ตัวแปรพหุด้วย Multiple logistics regression คัดเลือกตัวแปรในการวิเคราะห์ที่ พิจารณาจากความสำคัญเชิงคลินิกและ

ตรวจสอบไม่พบภาวะ multicollinearity ของ ตัวแปรอิสระทั้งหมดในโมเดล กำหนดระดับ นัยสำคัญในการทดสอบเท่ากับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติ จริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวง สาธารณสุข เลขที่ COE 059/2567 และ REC 040/2567 เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจาก ตัวอย่าง จำนวน 202 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 61.88 มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 180 คน ร้อยละ 89.11 มีอายุเฉลี่ย 72.71 ปี (S.D. 1.08) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัว เป็นเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและ ไขมันในเลือดสูง จำนวน 71 ร้อยละ 35.15 รองลงมา คือ เป็นเบาหวานร่วมกับความดัน โลหิตสูง จำนวน 57 คน ร้อยละ 28.26 และ ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง จำนวน 26 คน ร้อยละ 12.87 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	38.12
หญิง	125	61.88
อายุ		
≤ 40 ปี	2	0.99
41-60 ปี	20	9.90
> 60 ปี	180	89.11
อายุเฉลี่ย 72.71 ปี, SD 1.08, อายุต่ำสุด 15 ปี, อายุสูงสุด 95 ปี		
โรคประจำตัว/โรคร่วม		
เบาหวาน	15	7.43
ความดันโลหิตสูง	12	5.94
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	57	28.26
ความดันโลหิตสูง/ไขมันฯ	26	12.87
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หัวใจ	10	4.95
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ไขมันฯ	71	35.15
ความดันโลหิตสูง/เกาต์/ไขมันฯ	11	5.40

2. การทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 202 คน มีผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็ว (Rapid Kidney Function Decline: RKFD) จำนวน 39 คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 19.31 (95% CI 14.43-25.33)

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็ว

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำงานของไตที่แย

ลงอย่างรวดเร็ว (Rapid Kidney Function Decline: RKFD) ได้แก่ มีดัชนีมวลกายต่ำกว่ามาตรฐาน (BMI < 18.5) (OR_{adj} 2.44; 95%CI 1.91-6.54) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (OR_{adj} 2.21; 95%CI 1.69-7.05) มีระดับกรดยูริกสูง (OR_{adj} 4.52; 95%CI 1.46-13.96) มีระดับไขมัน Cholesterol สูง (OR_{adj} 3.59; 95%CI 1.09-11.86) และมีระดับไขมัน LDL สูง (OR_{adj} 1.25; 95%CI 1.07-3.87) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตที่แย่งอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตัวแปร	การทำงานของไตที่แย่งอย่างรวดเร็ว		COR	AOR	95% CI	p-value
	RKFD (n/%)	Not RKFD (n/%)				
เพศ						
ชาย	21 (53.85)	56 (34.36)	2.23	1.76	0.64-4.88	0.277
หญิง	18 (46.15)	107 (65.64)	1*	1*		
อายุ						
< 40 ปี	1 (2.56)	1 (0.61)	1*	1*		
41 - 60 ปี	6 (15.38)	14 (8.59)	1.94	1.05	0.04-5.84	0.981
> 60 ปี	32 (82.05)	148 (90.80)	0.46	0.57	0.01-3.54	0.769
BMI						
18.5 - 22.99	16 (41.03)	49 (30.06)	1*	1*		
< 18.5	5 (12.82)	15 (9.20)	1.45	2.44	1.91-6.54	0.047
> 22.99	18 (46.15)	99 (60.74)	0.55	1.37	0.32-5.87	0.098
โรคเบาหวาน						
ใช่	22 (56.41)	98 (60.12)	0.86	1.57	0.26-9.51	0.624
ไม่ใช่	17 (43.59)	65 (39.88)	1*	1*		
โรคความดันโลหิตสูง						
ใช่	13 (33.33)	50 (30.67)	1.13	1.62	0.24-11.27	0.622
ไม่ใช่	26 (66.67)	113 (69.33)	1*	1*		
การมีโรคประจำตัว						
≤ 2 โรค	22 (56.41)	90 (55.21)	1*	1*		
> 2 โรค	17 (43.59)	73 (44.79)	1.05	0.75	0.30-1.84	0.528
การสูบบุหรี่						
สูบ	11 (28.21)	25 (15.34)	2.17	1.69	0.19-2.48	0.565
ไม่สูบ	28 (71.79)	138 (84.66)	1*	1*		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ต่อ)

ตัวแปร	การทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็ว		COR	AOR	95% CI	p-value
	RKFD (n/%)	Not RKFD (n/%)				
ตีมนแอลกอฮอล์						
ดื่ม	16 (41.03)	34 (20.86)	2.64	2.21	1.69-7.05	0.009
ไม่ดื่ม	23 (58.97)	129 (79.14)	1*	1*		
การใช้ยาสมุนไพรร						
ใช้	6 (15.38)	32 (19.63)	0.74	0.95	0.29-3.12	0.928
ไม่ใช้	33 (84.62)	131 (80.37)	1*	1*		
การออกกำลังกาย						
ใช้	19 (48.72)	84 (54.53)	0.89	0.92	0.37-2.26	0.851
ไม่ใช้	20 (51.28)	79 (48.47)	1*	1*		
ยาที่ได้รับประจำ						
ACEI/ARB						
ใช้	18 (46.15)	96 (58.89)	0.59	0.69	0.28-1.71	0.420
ไม่ใช้	21 (53.85)	67 (41.10)	1*	1*		
Statin						
ใช้	31 (79.49)	2 (87.12)	0.57	0.37	0.10-1.33	0.128
ไม่ใช้	8 (20.51)	21 (12.88)	1*	1*		
NSAID						
ใช้	3 (7.69)	13 (7.98)	0.96	1.25	0.24-6.38	0.791
ไม่ใช้	36 (92.31)	150 (92.32)	1*	1*		
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด						
ควบคุมได้	19 (48.72)	81 (49.69)	1*	1*		
ควบคุมไม่ได้	20 (51.28)	82 (50.31)	1.04	2.26	0.84-6.04	0.105

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตที่แย่งอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ต่อ)

ตัวแปร	การทำงานของไตที่แย่งอย่างรวดเร็ว		COR	AOR	95% CI	p-value
	RKFD (n%)	Not RKFD (n%)				
การควบคุมระดับความดันโลหิต						
ควบคุมได้	12 (30.77)	68 (41.72)	1*	1*		
ควบคุมไม่ได้	27 (69.23)	95 (58.28)	1.61	1.87	0.73-4.78	0.189
ระดับกรด Uric						
ต่ำ	27 (69.23)	149 (91.41)	1*	1*		
สูง	12 (30.77)	14 (8.59)	4.73	4.52	1.46-13.96	0.009
ไขมัน Cholesterol						
ต่ำ	23 (58.97)	116 (71.17)	1*	1*		
สูง	16 (41.03)	47 (28.83)	1.72	3.59	1.09-11.86	0.036
ไขมัน Triglyceride						
ต่ำ	22 (56.41)	84 (51.53)	1*	1*		
สูง	17 (43.59)	79 (48.47)	0.82	1.15	0.41-3.19	0.796
ไขมัน LDL						
ต่ำ	28 (71.79)	89 (54.60)	1*	1*		
สูง	11 (28.21)	74 (45.40)	1.47	1.25	1.07-3.87	0.029
Hematocrit						
ปกติ	32 (82.05)	114 (88.34)	1*	1*		
ผิดปกติ	7 (17.95)	19 (11.66)	1.66	1.93	0.56-6.70	0.300
Albuminuria						
ใช่	19 (48.72)	36 (22.09)	3.35	2.03	0.69-5.92	0.193
ไม่ใช่	20 (51.28)	127 (77.91)	1*	1*		
Hematuria						
ใช่	13 (33.33)	19 (11.66)	3.79	2.57	0.81-8.19	0.111
ไม่ใช่	26 (66.67)	144 (88.34)	1*	1*		

1* หมายถึง Reference group

วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.88) และมีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 89.11) โดยมีอายุเฉลี่ย 72.71 ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมสภาพของไตตามอายุที่เพิ่มขึ้น ประเด็นสำคัญ คือ การพบความซับซ้อนของโรคร่วม โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม 3 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 35.15) ตามด้วยกลุ่มที่มีเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 28.26) ลักษณะการมีโรคร่วมหลายโรค (multimorbidity) นี้ มักส่งผลเสียต่อไตเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากเบาหวานทำให้เกิดการทำลายหลอดเลือดฝอยในไต ความดันโลหิตสูงเพิ่มแรงดันในหลอดเลือดไต และไขมันในเลือดสูงเร่งกระบวนการอักเสบในหลอดเลือดไต¹⁵

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในอำเภอชนบทจังหวัดขอนแก่น มีสัดส่วนของผู้ที่มีภาวะการทำงานของไตแยลงอย่างรวดเร็ว (RKFD) คิดเป็นร้อยละ 19.31 ซึ่งนับว่าเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบอัตราการเกิด RKFD อยู่ที่ร้อยละ 10-15¹⁶ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยเฉพาะของประชากรในพื้นที่ชนบทของไทยที่อาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม หรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการบริโภค

อาหารที่มีโซเดียมสูง การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว¹⁷ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อย่างใกล้ชิด รวมถึงการพัฒนาแนวทางการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

การศึกษานี้พบปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำงานของไตที่แยลงอย่างรวดเร็ว (RKFD) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ดัชนีมวลกายต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งเพิ่มความเสียหายถึง 2.44 เท่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสียหาย 2.21 เท่า ระดับกรดยูริกสูงเพิ่มความเสียหายมากถึง 4.52 เท่า ระดับคอเลสเตอรอลสูงเพิ่มความเสียหาย 3.59 เท่า และระดับ LDL สูงเพิ่มความเสียหาย 1.25 เท่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าภาวะทุพโภชนาการที่สะท้อนจาก BMI ต่ำมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของไตที่เร็วขึ้น เนื่องจากร่างกายขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการซ่อมแซมเนื้อเยื่อไต¹ ขณะที่การดื่มแอลกอฮอล์อาจเพิ่มความเสียหายผ่านกลไกการเพิ่มความดันโลหิตและการเกิดพิษต่อเซลล์ไตโดยตรง¹⁸ และที่น่าสนใจจากผลการศึกษาครั้งนี้ คือ การพบว่าระดับกรดยูริกสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีค่า OR สูงที่สุด (4.52) แสดงถึงความเสียหายที่

สำคัญของภาวะกรดไขมันสูงในการเร่งการเสื่อมของไต ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่ากรดไขมันที่สูงส่งผลให้เกิดการอักเสบ การเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว และการกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน นำไปสู่ความเสียหายต่อไตอย่างต่อเนื่อง¹⁹ ส่วนความผิดปกติของไขมันในเลือด ทั้งระดับคอเลสเตอรอลและ LDL ที่สูง ยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไขมันกับการเสื่อมของไต โดยไขมันที่สูงอาจทำให้เกิดการสะสมในหลอดเลือดไต เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง และลดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงไตด้วย⁹

ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญทางคลินิกอย่างยิ่ง เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่พบส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองและจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมระดับกรดไขมัน และการจัดการกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ข้อค้นพบเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ในการพัฒนาแนวทางการจัดการผู้ป่วยเรื้อรังแบบบูรณาการ²⁰ ที่มุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเข้มงวดและการคัดกรองโรคไตเรื้อรังเชิงรุกในประชากรสูงอายุที่มีโรคร่วมดังกล่าว เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ

อาจนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อลดภาระทางสุขภาพและเศรษฐกิจที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ข้อยุติ (Conclusions)

จากการศึกษาพบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตแย่งอย่างรวดเร็วกว่า (RKFD) ร้อยละ 19.31 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดภาวะ RKFD ได้แก่ ดัชนีมวลกายต่ำ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับกรดไขมันสูง ระดับไขมันคอเลสเตอรอลและไขมัน LDL สูง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นการคัดกรองเชิงรุก การให้โภชนาการที่เหมาะสม การควบคุมระดับกรดไขมันและไขมันในเลือด รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีโรคร่วม

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. พัฒนาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังเชิงรุก โดยเฉพาะการตรวจระดับกรดไขมันคอเลสเตอรอล และการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมหลายโรค เนื่องจากพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเสื่อมของไตอย่างรวดเร็ว

2. จัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมแบบบูรณาการ โดยทีมสหวิชาชีพที่มุ่งเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการติดตามประเมินความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเดิมทราบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคไตเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้เพิ่มองค์ความรู้ใหม่โดยพบว่าร้อยละ 19.31 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีภาวะการทำงานของไตที่แย่งลงอย่างรวดเร็ว โดยปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ดัชนีมวลกายต่ำ (BMI < 18.5) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับกรดยูริกสูง ระดับไขมัน Cholesterol และ LDL สูง ซึ่งชี้ให้เห็นว่านอกจากภาวะอ้วนแล้ว ภาวะน้ำหนักน้อยก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และความสำคัญของการควบคุมระดับกรดยูริกและไขมันในเลือดเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Cha'on U, Tippayawat P, Sae-ung N, et al. High prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in rural areas of Northeast Thailand. *Sci Rep* 2022; 12: 18188.
2. Tangri N, Peach EJ, Franzén S, Barone S, Kushner PR. Patient Management and Clinical Outcomes Associated with a Recorded Diagnosis of Stage 3 Chronic Kidney Disease: The REVEAL-CKD Study. *Adv Ther* 2023; 40(6): 2869-2885. doi:

10.1007/s12325-023-02482-5.3. Nie S, Shiyu Z, Claudia C, Shan C, Mengyun J, Shiyu Z, et al. Characteristics of patients with undiagnosed stage 3 chronic kidney disease: results from an observational study (REVEAL-CKD) in China. *The Lancet Regional Health Western Pacific* 2025; 54: 101275.- 4. Chanchairujira T, Kanjanabuch T, Pongskul C, Sumethkul V, Supaporn T. Dialysis and kidney transplant

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้

- practices and challenges in Thailand. **Nephrology** 2023; 28 (Suppl. 1): 8-13.
5. Wong G, Bernier-Jean A, Rovin B, Ronco P, Editors of **Kidney International**. Time for action: recognizing chronic kidney disease as a major noncommunicable disease driver of premature mortality. **Kidney international** 2024; 105(6): 1144–1146.
 6. Lee WV, Song Y, Chun JS, Ko M, Jang HY, Kim IW, et al. Development of a machine learning model for precision prognosis of rapid kidney function decline in people with diabetes and chronic kidney disease. **Diabetes research and clinical practice** 2024; 217: 111897.
 7. Dutra MC, Uliano EJ, Machado DF, Martins T, Schuelter-Trevisol F, Trevisol DJ. Assessment of kidney function in the elderly: a population-based study. **J Bras Nefrol** 2014; 36(3): 297-303. doi: 10.5935/0101-2800.20140043. PMID: 25317611.
 8. Wang M, Sun X, Zhang W, Zhang Q, Qian J, Chen W, et al. Frailty and the risk of kidney function decline in the elderly population: The Rugao Longevity and Ageing Study. **Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association** 2021; 36(12): 2274–2281.
 9. Suresh K, Charan N, Moneshaa SS. Cardiovascular morbidity and dyslipidemia in chronic kidney disease: a cross-sectional study. **International Journal of Advances in Medicine** 2018; 5(2): 245-248.
 10. Xing J, Huang L, Ren W, Mei X. Risk factors for rapid kidney function decline in diabetes patients. **Renal failure** 2024; 46(2): 2398188.
 11. Theeranut A, Methakanjanasak N, Lertsinudom S, Surit P, Panyaek N, Leeladapattarakul S, et al. Integrated Care Model by the Village Health Volunteers to Prevent and Slow Down Progression of Chronic Kidney Disease in a Rural Community, Thailand. **Journal of primary care & community health** 2024; 15: 1-11.
 12. Boontakanon J. Factors associated with Rapid decline of Renal function in Patients with CKD stage 3-4 at Kasetsomboon Hospital, Chaiyaphum. **Regional Health Promotion Center 9 Journal** 2023; 17(1): 13-27. [in Thai].

13. Abramson JH, WinPepi updated: Computer programs for epidemiologists and their teaching potential. **Epidemiologic Perspectives & Innovations** 2011; 8(1): 1-9.
14. Yoshida Y, Kashiwabara K, Hirakawa Y, Tanaka T, Noso S, Ikegami H, et al. Conditions, pathogenesis, and progression of diabetic kidney disease and early decliner in Japan. **BMJ open diabetes research & care** 2020; 8(1): e000902.
15. Hawthorne G, Lightfoot CJ, Smith AC, Khunti K, Wilkinson TJ. Multimorbidity prevalence and patterns in chronic kidney disease: findings from an observational multicentre UK cohort study. **International urology and nephrology** 2023; 55(8): 2047–2057.
16. Singh K, Kondal D, Jagannathan R, Ali MK, Prabhakaran D, Narayan KM, et al. Rate and risk factors of kidney function decline among South Asians with type 2 diabetes: analysis of the CARRS Trial. **BMJ open diabetes research & care** 2024; 12(4): e004218.
17. Chanpitakkul M, Praveen D, John R, Ghosh A, Lekagul S, Kaewhiran M, et al. Rationale, Design, and Intervention Development of a Mobile Health-Led Primary Care Program for Management of Type 2 Diabetes in Rural Thailand: Protocol for a SMARThealth Diabetes Study. **JMIR research protocols** 2024; 13: e59266.
18. Park S, Lee S, Kim Y, Lee Y, Kang MW, Kim K, et al. Causal effect of alcohol use on the risk of end-stage kidney disease and related comorbidities: a Mendelian randomization study. **Kidney research and clinical practice** 2021; 40(2): 282–293.
19. Cimmino G, Natale F, Franzese R, Morello M, Titolo G, Mollo N, et al. Uric acid in atherosclerosis and cardiovascular diseases: innocent bystander or ruthless killer?. **Explor Musculoskeletal Dis** 2024; 2(3): 189 - 207.
20. Dana K, Suriyo S, Kumsiriruk N. A systematic review: Family support to glycemic control among type II diabetes mellitus patients. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2023; 11(2): 235-249. [in Thai].

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ต่อคุณภาพชีวิตประชาชน ประเทศไทย

อัจฉรา วิลัยกุลยง*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่าง เดือนมกราคมถึงธันวาคม 2566 ในพื้นที่ 4 ภูมิภาค ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก กาฬสินธุ์ ระยอง และระนอง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคคลในครอบครัว จำนวน 206 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือใน 3 มิติ และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (แบบย่อ) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยในครอบครัว (ร้อยละ 68.00) อายุเฉลี่ย 50.36 ปี มีความต้องการความช่วยเหลือด้านการศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 75.20) รองลงมา คือ ด้านอาชีพ (ร้อยละ 40.80) และด้านที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 40.30) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 78.60) และเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 68.00) หลังการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ($Z = 3.00, p < 0.001$) ด้านจิตใจ ($Z = 5.488, p < 0.001$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($Z = -2.646, p = 0.004$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($Z = 1.155, p < 0.001$) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($Z = 2.50, p = 0.006$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การบูรณาการการช่วยเหลือครอบครัวใน 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ จิตอาสา และผู้นำชุมชน สามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ครอบครัว; คุณภาพชีวิต; การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

*กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author: Achara Wilaisakoolyong Email: acharawi@gmail.com

Received 29/01/2025

Revised 26/02/2025

Accepted 26/03/2025

DEVELOPMENT OF A THREE-DIMENSIONAL FAMILY STRENGTHENING MODEL (SOCIAL, HEALTH, ECONOMIC) ON THE QUALITY OF LIFE OF CITIZENS IN THAILAND

*Achara Wilaisakoolyong**

ABSTRACT

This research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a three-dimensional family strengthening model (social, health, and economic dimensions) on the quality of life of Thai citizens. This participatory action research was conducted from January to December 2023 in four regions of Thailand: Phitsanulok, Kalasin, Rayong, and Ranong provinces. The sample consisted of 206 households. Research instruments included a general information questionnaire, a three-dimensional needs assessment form, and the WHOQOL-BREF-THAI. The results revealed that most participants were family members (68.00%) with an average age of 50.36 years. Their greatest needs were for educational support (75.20%), followed by occupational assistance (40.80%), and housing support (40.30%). The majority had never received annual health check-ups (78.60%) and primarily used sub-district health promoting hospitals (68.00%) for healthcare services. After implementing the developed model, participants' quality of life significantly improved across all dimensions: physical health ($Z = 3.00$, $p < 0.001$), psychological well-being ($Z = 5.488$, $p < 0.001$), social relationships ($Z = -2.646$, $p = 0.004$), environment ($Z = 1.155$, $p < 0.001$), and overall quality of life ($Z = 2.50$, $p = 0.006$). This study demonstrates that integrating family assistance across three dimensions (social, health, and economic) through the participation of networks including government agencies, volunteers, and community leaders effectively strengthens families and enhances the quality of life of Thai families.

Keywords: Family Strength; Quality of Life; Three-Dimensional Integration; Action Research

*Health Administration Division

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สถาบันครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่สำคัญของสังคม ทำหน้าที่หล่อหลอมและขัดเกลาสมาชิกให้เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ¹ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและความสัมพันธ์ของครอบครัวไทย ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวโดยรวม²

สถานการณ์ครอบครัวไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มของครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น ครอบครัวข้ามรุ่น และครอบครัวเปราะบางมีจำนวนมากขึ้น³ นอกจากนี้ยังพบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้าง และการละเลยการดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม⁴ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวที่มีความเข้มแข็งจะสามารถรับมือกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ⁵ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน⁶

ประเทศไทยได้มีนโยบายและมาตรการต่างๆ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว⁷ แต่การดำเนินงานที่ผ่านมา

ขาดการบูรณาการและความต่อเนื่อง รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวที่มีอยู่ยังไม่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของครอบครัวไทยในปัจจุบัน⁸ การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี รวมถึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม⁹ การพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบครัวต้องดำเนินการอย่างเป็นองค์รวมและมีความยั่งยืน¹⁰

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดมิติของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเข้มแข็งของครอบครัว การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวใน 3 มิติ คือ สังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวไทยในทุกด้าน ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่นำไปสู่การพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตต้องดำเนินการครอบคลุมทุกมิติ และต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน¹³ โดยผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาครอบครัวใน

ระดับประเทศ รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวไทยอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ยังจะเป็นองค์ความรู้สำคัญในการพัฒนารูปแบบการทำงานแบบบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาครอบครัว ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม¹⁴

จากสถานการณ์และความสำคัญดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยมุ่งเน้นการบูรณาการองค์ความรู้และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวไทยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ของประชาชน ในประเทศไทย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ)

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Action Research)¹⁵ ในพื้นที่ 4 จังหวัด ใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ดำเนินการระหว่าง มกราคม 2566 - ธันวาคม 2566

สิ่งทดลอง

การออกแบบการช่วยเหลือครอบครัวใน 3 มิติ ด้านสังคม ด้านสุขภาพ และด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปกครอง เจ้าหน้าที่กระทรวงแรงงาน เจ้าหน้าที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ ในจังหวัดพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง จังหวัดละ 20 คน โดยการระดมสมอง ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้รูปแบบการดูแล 3 มิติ ดังนี้ 1) ด้านสังคม ความปลอดภัยในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ปกครอง แหล่งประโยชน์และสวัสดิการโดยเจ้าหน้าที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2) ด้านสุขภาพ จัดชุดตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับบุคคลในครัวเรือน การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การให้การปรึกษาด้านสุขภาพ สถานบริการสิทธิการรักษา แหล่งประโยชน์ด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข 3) ด้านเศรษฐกิจ การให้การวางแผนการเงิน การงาน อาชีพ การศึกษา แหล่งทุนการศึกษา โดยเจ้าหน้าที่แรงงานจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เจ้าหน้าที่ศึกษาธิการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในประชากรไทย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยแบ่งประเทศไทย ออกเป็น 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ สุ่มอย่างง่าย เลือกภาคละ 1 จังหวัด

ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาค กลาง จังหวัดระยอง ภาคใต้ จังหวัดระนอง สุ่มเลือกอย่างง่ายในจังหวัดละ 1 อำเภอ สุ่ม อย่างง่าย อำเภอละ 1 ตำบล สุ่มอย่างง่าย เลือกตำบลละ 1 หมู่บ้าน ใน 1 คร้วเรือน เรียงลำดับตามอายุจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด สุ่มอย่างง่ายได้บุคคลลำดับที่ 2 เป็นผู้ตอบ แบบสอบถามประเมินความต้องการของ ครอบครัวใน 3 มิติ: สังคม สุขภาพ และ เศรษฐกิจ จำนวนกลุ่มตัวอย่างสมัครใจทั้งสิ้น 206 คร้วเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถานะ ในครอบครัว เพศ อายุ อาชีพ การศึกษาสูงสุด รายได้ รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน หนี้สิน เงินฝาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบตอบ ด้วยตนเอง เพื่อประเมินตนเองและการ ต้องการความช่วยเหลือของครอบครัว 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านเศรษฐกิจ จำนวน 5 ข้อ เพื่อ ประเมินความต้องการความช่วยเหลือ ด้าน การเงิน ด้านอาชีพ ด้านการศึกษา มิติ ด้าน สุขภาพ จำนวน 4 ข้อ เพื่อประเมินภาวะ สุขภาพ แหล่งบริการการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านสุขภาพ สหิตตามหลักประกันสุขภาพ มิติ ด้านสังคม จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินความ เกื้อกูลจากชุมชน โดยตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน IOC 0.86

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบตอบ ด้วยตนเอง เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัด คุณภาพชีวิตที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต มีข้อ คำถาม 26 ข้อ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และ สิ่งแวดล้อม การทดสอบความเที่ยงตรงและ ความเชื่อมั่นมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 และมีค่า ความเที่ยงตรงเชิงจำแนกและความเที่ยงตรง เชิงโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ดี การให้คะแนน ของแบบวัดใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และมีการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (26-60 คะแนน) ปานกลาง (61-95 คะแนน) และ ดี (96-130 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดย แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง โดยผู้ช่วย นักวิจัยเป็นผู้คัดเลือกบุคคลอายุมากเป็น อันดับที่ 2 ในคร้วเรือนในการตอบ แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองใน ส่วนข้อมูลทั่วไป ความต้องการการช่วยเหลือ และคุณภาพชีวิต และภายหลังการทดลอง 3 เดือน ตอบแบบสอบถามเพื่อวัดคุณภาพชีวิต นำเข้าข้อมูลในคอมพิวเตอร์ด้วย Double Data Entry และตรวจสอบความสมบูรณ์ ข้อมูล และทวนสอบในกรณีที่มีผิดปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ 95% Confident interval และ McNemar Test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดำเนินงาน

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 13/2566 (10 มกราคม 2566 - 9 มกราคม 2567)

ผลการศึกษา (Results)

1. คุณลักษณะทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะเป็นผู้อาศัยในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 68.00 และเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 32.00 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.30 เพศชาย ร้อยละ 44.70 ด้านอายุ มีอายุเฉลี่ย 50.36 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 12 ปี และอายุสูงสุด 93 ปี ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.00

รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 21-40 ปี ร้อยละ 24.30 และช่วงอายุ 12-20 ปี ร้อยละ 13.60 ตามลำดับ ด้านรายได้ครัวเรือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ประจำ คิดเป็นร้อยละ 53.90 รองลงมา มีรายได้บางครั้งคราว ร้อยละ 44.20 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 1.90 ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 62.60 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 17.30 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 10.20 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 9.70 ตามลำดับ ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 3,789.32 บาท โดยมีรายได้ต่ำสุด 600 บาท และสูงสุด 30,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 600-1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.20 รองลงมา มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 24.80 และมีรายได้ 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 19.90 ตามลำดับ การมีเงินฝาก พบว่าส่วนใหญ่มีเงินฝาก คิดเป็นร้อยละ 78.20 และไม่มีเงินฝาก ร้อยละ 21.80 ส่วนด้านการมีหนี้สิน พบว่าส่วนใหญ่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 80.10 และไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 19.90

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไป

รายการ (n=206)	จำนวน	ร้อยละ
สถานะในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	66	32.00
ผู้อาศัย	140	68.00
เพศ		
ชาย	92	44.70
หญิง	114	55.30
อายุ Minimum 12, Maximum 93, Mean 50.36 Std. deviation 23.07		
12-20 ปี	28	13.60
21-40 ปี	50	24.30
41-60 ปี	56	27.20
มากกว่า 60 ปี	72	35.00
รายได้ครัวเรือน		
มีรายได้ประจำ	111	53.90
มีรายได้บางครั้งคราว	91	44.20
ไม่มีรายได้	4	1.90
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	36	17.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	129	62.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย	21	10.20
ปริญญาตรี	20	9.70
รายได้เฉลี่ย/เดือน Minimum 600, Maximum 30,000, Mean 3789.32 Std deviation 3699.67		
600-1,000 บาท	56	27.2
1,001-2,000 บาท	41	19.9
2,001-3,000 บาท	20	9.7
3,001-4,000 บาท	16	7.8
4,001-5,000 บาท	22	10.7
มากกว่า 5,000 บาท	51	24.8
การมีเงินฝาก		
มี	161	78.20
ไม่มี	45	21.80
การมีหนี้สิน		
มี	165	80.10
ไม่มี	41	19.90

2. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม ด้านความต้องการการช่วยเหลือ

ด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการช่วยเหลือด้านการศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.20 รองลงมา คือ การช่วยเหลือด้านอาชีพ ร้อยละ 40.80 และด้านที่อยู่อาศัย ร้อยละ 40.30 ขณะที่ความต้องการการช่วยเหลือด้านครอบครัวและด้านการเงินมีค่าร้อยละ 30.60 และ 16.00 ตามลำดับ **ด้านสุขภาพ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 78.60 และมีเพียงร้อยละ 21.40 เท่านั้นที่เคยได้รับการตรวจสำหรับความผิดปกติด้านสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 37.40 รองลงมา คือ อาการไอ ร้อยละ 22.80 อาการปวดท้อง ร้อยละ 13.10 และอาการท้องเสีย ร้อยละ 2.40 **การเข้าถึงบริการสุขภาพ** ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ร้อยละ 68.00

รองลงมา คือ โรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 5.58 คลินิกเอกชน ร้อยละ 6.30 และโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 1.00 เหตุผลหลักในการเลือกสถานบริการสาธารณสุข คือ การเดินทางที่สะดวก ร้อยละ 57.30 ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือราคาถูก ร้อยละ 53.90 ตามลิตทิบัติร ร้อยละ 47.10 มีความสะดวกและรวดเร็ว ร้อยละ 34.50 มีความเชื่อมั่นในการรักษา ร้อยละ 26.70 และมียาและเครื่องมือพร้อม ร้อยละ 10.70 **ด้านสังคม** การจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กในชุมชน ซึ่งมีผู้ตอบสูงถึงร้อยละ 96.12 ในขณะเดียวกัน การมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในชุมชนคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ (ร้อยละ 83.50) และการช่วยเหลือผู้พิการ (ร้อยละ 80.10) ในขณะที่การมีสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.28) รวมถึงความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออยู่ในชุมชน (ร้อยละ 54.37) และการส่งเสริมดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ (ร้อยละ 52.43)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ด้านเศรษฐกิจ		
ต้องการการช่วยเหลือด้านการเงิน	33	16.00
ต้องการการช่วยเหลือด้านครอบครัว	63	30.60
ต้องการการช่วยเหลือด้านอาชีพ	84	40.80
ต้องการการช่วยเหลือด้านการศึกษา	155	75.20
ต้องการการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย	83	40.30

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	
ด้านสุขภาพ			
การตรวจสุขภาพประจำปี	เคย	44	21.40
	ไม่เคย	162	78.60
ความผิดปกติด้านสุขภาพที่พบ			
	ไอ	47	22.80
	ท้องเสีย	5	2.40
	ปวดท้อง	27	13.10
	ปวดกล้ามเนื้อ	77	37.40
สถานบริการสาธารณสุขที่เลือกใช้ประจำ			
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	140	68.00
	โรงพยาบาลรัฐ	115	5.58
	โรงพยาบาลเอกชน	2	1.00
	คลินิกเอกชน	13	6.30
เหตุผลในการเลือกสถานบริการสาธารณสุข			
	เดินทางสะดวก	118	57.30
	ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือราคาถูก	111	53.90
	มีความเชื่อมั่นในการรักษา	55	26.70
	สะดวก/รวดเร็ว	71	34.50
	มียาและเครื่องมือ	22	10.70
	ตามสิทธิบัตร	97	47.10
ด้านสังคม (การเกื้อกูลจากชุมชน)			
	มีเพื่อนหรือคนอื่นๆในชุมชนคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ	172	83.50
	มั่นใจว่าชุมชนที่อาศัยอยู่มีความปลอดภัย	96	46.60
	รู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออยู่ในชุมชนนี้	112	54.37
	มีกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการทางสังคมเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง	99	48.06
	มีการส่งเสริมอาชีพในชุมชน	87	42.23
	จัดตั้งศูนย์เด็กเล็กในชุมชน	198	96.12
	มีสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ	118	57.28
	มีสวัสดิการช่วยเหลือกลุ่มไร้บ้าน และผู้ด้อยโอกาส	102	49.51
	มีการช่วยเหลือผู้พิการ	165	80.10
	มีการส่งเสริมดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่	108	52.43

3. **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย** คะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพกายเพิ่มขึ้นจาก 15.09 (SD = 3.87) เป็น 19.93 (SD = 3.75) หลังการทดลอง โดยมีค่า $Z = 3.00$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ที่ 0.019-0.074 **ด้านจิตใจ** คะแนนเฉลี่ยด้านจิตใจเพิ่มขึ้นจาก 14.09 (SD = 3.52) เป็น 16.98 (SD = 1.56) หลังการทดลอง โดยมีค่า $Z = 5.488$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ที่ 0.101-0.206 **ด้านสัมพันธภาพทางสังคม** คะแนนเฉลี่ยด้านสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้นจาก 5.83 (SD = 1.50) เป็น 7.00 (SD = 0.72) หลังการทดลอง โดยมีค่า $Z = -2.646$ และมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ $p = 0.004$ ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ที่ -0.062 ถึง -0.006 แม้ว่าค่า Z จะเป็นลบ **ด้านสิ่งแวดล้อม** คะแนนเฉลี่ยด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นจาก 17.39 (SD = 4.47) เป็น 20.72 (SD = 3.19) หลังการทดลอง โดยมีค่า $Z = 1.155$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ที่ -0.016 ถึง 0.055 **คุณภาพชีวิตโดยรวม** คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 56.57 (SD = 14.35) เป็น 68.34 (SD = 11.25) หลังการทดลอง โดยมีค่า $Z = 2.50$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.006$ ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ที่ 0.009-0.088

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	95% CI	Z
	Mean (SD)	Mean (SD)		p-value
ด้านสุขภาพกาย	15.09 (3.87)	19.93 (3.75)	0.019-0.074	3.00 <0.001
ด้านจิตใจ	14.09 (3.52)	16.98 (1.56)	0.101-0.206	5.488 <0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	5.83 (1.50)	7.00 (0.72)	-0.062- -0.006	-2.646 0.004
ด้านสิ่งแวดล้อม	17.39 (4.47)	20.72 (3.19)	-0.016 – 0.055	1.155 <0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	56.57 (14.35)	68.34 (11.25)	0.009-0.088	2.50 0.006*

*P-value<0.05

วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในประเทศไทย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านลักษณะทางประชากรและความต้องการการช่วยเหลือข้อค้นพบที่สำคัญของการศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยในครอบครัว (ร้อยละ 68.00) ที่มีอายุเฉลี่ย 50.36 ปี และมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 35.00 สะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างประชากรของสังคมไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹⁵ พบว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วซึ่งส่งผลต่อความต้องการการดูแลและการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม

ความต้องการการช่วยเหลือด้านการศึกษาที่สูงถึงร้อยละ 75.20 สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักในความสำคัญของการศึกษาต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 62.60) แต่ยังมีความต้องการได้รับการสนับสนุนด้านการศึกษาเพิ่มเติม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาต่อการประกอบอาชีพและการมีรายได้ที่มั่นคง ซึ่ง

สอดคล้องกับความต้องการการช่วยเหลือด้านอาชีพ (ร้อยละ 40.80) และด้านที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 40.30) เช่นกัน ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาวดี คำเหลือง และคณะ¹⁶ ที่พบว่าการศึกษาและการมีอาชีพที่มั่นคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวไทย

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างมีความน่าสนใจ โดยพบว่าแม้ส่วนใหญ่จะมีรายได้ประจำ (ร้อยละ 53.90) และมีเงินฝาก (ร้อยละ 78.20) แต่กลับมีหนี้สินในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 80.10 สะท้อนให้เห็นถึงภาวะความเปราะบางทางการเงินของครัวเรือนไทย ที่แม้จะมีรายได้แต่ยังไม่เพียงพอต่อรายจ่าย จนต้องก่อหนี้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานภาวะเศรษฐกิจครัวเรือนไทยของธนาคารแห่งประเทศไทย¹⁷ ที่พบว่าครัวเรือนไทยมีแนวโน้มของการก่อหนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง

2. ด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อค้นพบที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.60) ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งอาจส่งผลต่อการป้องกันและการรักษาโรคในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาร่วมกับความผิดปกติด้านสุขภาพที่พบ เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 37.40) และอาการไอ (ร้อยละ 22.80) ซึ่งอาจเป็นอาการ

เริ่มต้นของโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้หากมีการตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข¹⁸ ที่พบว่าประชาชนในพื้นที่ชนบทยังมีอัตราการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีต่ำ แม้จะมีนโยบายส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปีฟรีภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (ร้อยละ 68.00) โดยให้เหตุผลว่าเดินทางสะดวก (ร้อยละ 57.30) และไม่มีค่าใช้จ่ายหรือราคาถูก (ร้อยละ 53.90) แสดงให้เห็นว่านโยบายการกระจายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยประสบความสำเร็จในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกัน การที่มีผู้ให้เหตุผลด้านความเชื่อมั่นในการรักษาเพียงร้อยละ 26.70 อาจสะท้อนถึงความท้าทายในการยกระดับคุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข¹⁹ ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการควบคู่ไปกับการเพิ่มการเข้าถึง

3. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติต่อคุณภาพชีวิต

การศึกษานี้พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจที่มีค่า Z สูงถึง 5.488 ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านสังคมและเศรษฐกิจอาจเป็นกุญแจสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมขององค์การอนามัยโลก²⁰ ที่เน้นความสำคัญของการดูแลสุขภาพทั้งสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

การเพิ่มขึ้นของคะแนนด้านสิ่งแวดล้อมจาก 17.39 เป็น 20.72 ($p < 0.001$) อาจเป็นผลมาจากการที่รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวได้ให้ความสำคัญกับการปรับสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านและชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของนางลักษณีย์ พรหมจันทร์ และคณะ²¹ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของครอบครัว

คุณภาพชีวิตโดยรวมที่เพิ่มขึ้นจาก 56.57 เป็น 68.34 คะแนน ($p = 0.006$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาจากค่า 95% CI (0.009-0.088) สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ วันเพ็ญ และคณะ²² ที่พบว่าการบูรณาการความช่วยเหลือหลายมิติสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของครอบครัวได้

อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความช่วยเหลือเพียงมิติเดียว

ผลการวิจัยนี้มีนัยสำคัญทางนโยบายที่ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจำเป็นต้องมีการบูรณาการความช่วยเหลือใน 3 มิติ คือ สังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ อย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ จิตอาสา ผู้นำชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ²³ ที่เน้นการบูรณาการการพัฒนาในทุกมิติ

ข้อยุติ (Conclusions)

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในประเทศไทย สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะด้านจิตใจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

การดำเนินงานในลักษณะบูรณาการทั้ง 3 มิติ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ จิตอาสา ผู้นำตามโครงสร้างและผู้นำโดยธรรมชาติ รวมถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในทุกมิติ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมี

ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ มีหนี้สิน และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แต่การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและยกระดับคุณภาพชีวิตได้

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความต้องการช่วยเหลือของครอบครัวมีความหลากหลาย โดยเฉพาะด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และด้านที่อยู่อาศัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบการช่วยเหลือที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละครอบครัว

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ ไปพิจารณาบรรจุในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคอร์ปอร์ระดับชาติ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง
2. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุก โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพประจำปีที่พบว่ามีอัตราต่ำ (ร้อยละ 21.40) รวมถึงเพิ่มการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐานและสร้างความเชื่อมั่นในการรักษา
3. หน่วยงานระดับท้องถิ่นควรจัดทำฐานข้อมูลครอบครัวเปราะบางในพื้นที่ และสนับสนุนการพัฒนาอาชีพและการศึกษา ซึ่ง

เป็นความต้องการหลักของประชาชน โดย
บูรณาการความร่วมมือกับภาคเอกชนและ
ชุมชน

4. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษา
ขั้นพื้นฐานควรส่งเสริมการเข้าถึงการศึกษา
ตลอดชีวิต ซึ่งจะตอบสนองต่อความต้องการ
ด้านการศึกษาที่พบในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
และหน่วยบริการปฐมภูมิควรบูรณาการการ
ดูแลสุขภาพกับการส่งเสริมด้านสังคมและ
เศรษฐกิจ ผ่านการประสานงานกับหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2. สถาบันการศึกษาควรส่งเสริมให้
นักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและ
สังคมศาสตร์ได้เรียนรู้และเข้าใจแนวคิดการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม เพื่อเตรียม
ความพร้อมในการทำงานกับครอบครัวอย่าง
มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลการพัฒนา
คุณภาพชีวิตในระยะยาว (Longitudinal
study) และขยายการศึกษาให้ครอบคลุม
พื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและ
บริบททางสังคมมากขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ
ความสำเร็จและความล้มเหลวในการนำ
รูปแบบไปใช้ในพื้นที่ต่างๆ เพื่อนำมาปรับปรุง
รูปแบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาความคุ้มค่าทาง
เศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness) ของ
รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ
ครอบครัว 3 มิติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุน
การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

งานวิจัยนี้ได้พัฒนาองค์ความรู้ใหม่
เกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็ง
ของครอบครัวที่บูรณาการ 3 มิติสำคัญ
(สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) อย่างเป็นองค์รวม
ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่มักแยก
ส่วนตามมิติใดมิติหนึ่ง ผลการวิจัยแสดงให้เห็น
ว่าการดำเนินงานแบบบูรณาการโดยการ
มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถยกระดับ
คุณภาพชีวิตของครอบครัวได้อย่างมี
นัยสำคัญในทุกด้าน ทั้งนี้ ข้อค้นพบเกี่ยวกับ
ความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวไทย
โดยเฉพาะด้านการศึกษา อาชีพ และที่อยู่
อาศัย รวมถึงข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ
ที่ยังมีข้อจำกัด สามารถนำไปใช้ในการ
พัฒนานโยบายและระบบบริการที่ตอบสนอง
ความต้องการของครอบครัวไทยได้อย่างมี
ประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้ประสานงานโครงการใน
ทุกภูมิภาคของประเทศไทย บุคลากร
ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในทุกจังหวัด คณะ
ผู้บริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Chiangkul W. **Family Institution: Roles and Functions in Thai Society**. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. [in Thai].
2. Sirisuntorn W, Wimolwattawetee T, Nilpraphan A. The Impact of Social and Economic Changes on Thai Families. **Journal of Social Sciences and Humanities** 2021; 47(1): 127-146. [in Thai].
3. Department of Women's Affairs and Family Institution. **Report on the Situation of Thai Families 2021**. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2021. [in Thai].
4. Nintajun P, Nilpat P, Satyavivat W. Violence in Thai Families: Situations, Causes and Prevention Guidelines. **Journal of Public Health Nursing** 2020; 34(3): 1-18. [in Thai].
5. Phupaiboon R, Piasue N, Phuwararavutipanich W. Factors Affecting Thai Family Strength. **Journal of Health Science Research** 2021; 15(2): 42-57. [in Thai].
6. Punpeung S, Tangchitpi boon K, Sanphuwan M. **Strategies for Promoting Thai Family Well-being in the Digital Era**. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2020. [in Thai].
7. Ministry of Social Development and Human Security. **Policies and Strategies for Family Institution Development 2017-2021**. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2017. [in Thai].
8. Pananakonsap W, Tiantavorn W, Chantrapornsri W. Evaluation of Policy Implementation and Strategic Development of Family Institutions. **Journal of Social Science and Buddhist Anthropology** 2020; 5(9): 357-371. [in Thai].
9. Kesboonchoo Mead J, Lertratana P, Amnajsatitsue K. Development of a Participatory Family Strengthening Model. **Journal of Nursing Science** 2021; 39(2): 152-165. [in Thai].
10. Potiwetchakul S, Pariyatruek P, Hormsinthu P. Sustainable Family Quality of Life Development: Concepts and Applications. **Journal of Public Health, Burapha University** 2020; 15(1): 211-222. [in Thai].

11. World Health Organization. **WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.** Geneva: World Health Organization; 2016.
12. Chungsatiansap K, Saengthongkham P, Suwannawat B. **Participatory Action Research for Community Well-being Development.** Nonthaburi: Society and Health Research Institute; 2020. [in Thai].
13. Khamhom R, Sombat L, Yodkamonsat S. Family and Community Participation in Quality of Life Development: A Case Study of Communities in Northeastern Thailand. **Journal of Social Work** 2020; 28(2): 67-88. [in Thai].
14. Somboonburana S, Tangsukruthai P, Wiriyaattakorn S. Integrated Work for Family Quality of Life Development: Lessons from Pilot Projects. **Journal of Social Development** 2021; 23(2): 119-138. [in Thai].
15. Office of the National Economic and Social Development Council. **Report on the Situation of Thai Population 2020.** Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2020. [in Thai].
16. Kamlueang S, Tansirikongkol W, Rujiranukul P. Factors Affecting Thai Family Strength in the Digital Era. **KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences** 2021; 41(1): 59-76. [in Thai].
17. Bank of Thailand. **Report on Thai Household Economic Conditions 2022.** Bangkok: Bank of Thailand; 2022. [in Thai].
18. Ministry of Public Health. **Report on the Situation of Annual Health Check-ups among Thai Population 2021.** Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. [in Thai].
19. Health Systems Research Institute. **Access to Primary Health Care Services in Thailand: Situation and Policy Recommendations.** Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. [in Thai].
20. World Health Organization. Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med** 2020; 41(10): 1403-1409.
21. Promchan N, Kasemkitwattana S, Sukprangprom S. The Relationship between Housing Environment and Quality of Life of Thai Families. **Journal**

- of Public Health 2020; 29(4): 744-757. [in Thai].
22. Wanpen W, Thaweechip N, Pakdee A. Integration of Multi-dimensional Assistance for Family Quality of Life Development in Communities: A Case Study of Samut Sakhon Province. *Journal of Public Health Nursing* 2021; 35(2): 90-107. [in Thai].
23. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [online] 2022 [cited 2023 Dec 15]. Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>

ความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ภายในมหาวิทยาลัย

ตั้งใจ นิลวรรณ*, วริศรา ลูวีระ**, พรพรช โนนจ้อย**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายในมหาวิทยาลัย โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของนักศึกษาที่รับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยเป็นการเข้ารับคำปรึกษาครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566 จำนวนทั้งหมด 157 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ด้วยสถิติ Chi-square test, Odd ratio, และ Binary logistic regression ผลการศึกษาพบว่าโรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์มากที่สุด คือ ภาวะการปรับตัวผิดปกติร้อยละ 63.1 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.9 ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, การมีโรคประจำตัว, การมียาเดิมรับประทาน, การรู้สึกลดคุณค่า, อាកการเศร้า, การพยายามทำร้ายตนเอง, การพยายามฆ่าตัวตาย และมีปัญหาเรื่องครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value น้อยกว่า 0.05

คำสำคัญ: นักศึกษา; มหาวิทยาลัย; สุขภาพใจ

*โรงพยาบาลลำปลายมาศ อ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์

**สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author: Thangjai Ninlawan, Email: thangjai.n@kkumail.com

Received 10/02/2025

Revised 28/02/2025

Accepted 14/03/2025

THE MENTAL HEALTH DISORDERS OF UNIVERSITY STUDENTS IN THE NORTHEASTERN REGION WHO ARE RECEIVING TREATMENT AT THE PRIMARY CARE UNIT WITHIN THE UNIVERSITY

*Thangjai Ninlawan**, *Varisara Luvira***, *Pat Nonjui***

ABSTRACT

This retrospective descriptive research aimed to examine mental health disorders and factors potentially associated to depressive disorder among university students in the Northeastern region who received treatment at the university's primary care unit. Data were gathered from the medical records of students utilizing services at the primary care counseling clinic of a university located in the Northeastern region. The initial consultation took place from January 3, 2023, to December 28, 2023, with a total of 157 participants. Data was collected using medical record form. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics, including Chi-square test, odds ratio, and binary logistic regression. The study found that the mental health disorders most frequently diagnosed by physicians were adjustment disorder at 63.1% and depressive disorder at 29.9%. Factors potentially associated with depression include not domicile from the northeastern region, having an underlying disease, being on existing medications, experiencing feelings of worthlessness, feeling sad, having thoughts of self-harm, contemplating suicide, and experience familial issues with a statistical significance of less than 0.05.

Keywords: Students; University; Mental health

*Lamplaimat Hospital, Buriram

**Department of Community, Family and Occupational medicine Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

จากรายงานของ WHO พบว่าในปี ค.ศ. 2019 พบคนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต 970 ล้านคนทั่วโลก พบในอัตรา 1 ใน 8 ของคนทั่วไป โดยเป็นผู้หญิง 52.4% ผู้ชาย 47.6% โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ ภาวะเครียด 31% รองลงมา คือ ภาวะซึมเศร้า 28.9%¹ และข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตของไทยพบว่า การประเมินสุขภาพจิตของคนไทยในปี พ.ศ. 2565 มีอัตราการเครียดสูง 4.35% มีโอกาสเสี่ยงซึมเศร้า 5.45% และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 2.95%² โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดมักจะเริ่มมีอาการในตอนอายุที่ใกล้เคียงกันและจะเริ่มที่อายุวัยรุ่นตอนต้นจนถึงวัยกลางคน³ ปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางกายที่มากขึ้น⁴ รวมถึงยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียน การทำงาน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆทางสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ดังนั้นปัญหาสุขภาพจิต จึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการจัดการที่เหมาะสม WHO แนะนำให้มีการบูรณาการบริการด้านสุขภาพเฉพาะทางเกิดขึ้น โดยผลงานบริการด้านสุขภาพจิตเข้ากับการให้บริการผู้ป่วยในหน่วยปฐมภูมิ ซึ่งถือเป็นหนึ่งในคำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน⁵ มีข้อมูลพบว่าอัตราการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวเป็นผู้ทำการรักษามากกว่าจิตแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล⁶ ทำให้ในปัจจุบันแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการด้านสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประชากรที่เป็นนักศึกษามีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าและโรคเครียดสูงในสองอันดับแรกและมีลักษณะเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย⁷⁻⁹ ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ แตกต่างกับการศึกษาในมหาวิทยาลัยของประเทศไทยที่พบอัตราความชุกสองอันดับแรกเป็นโรคซึมเศร้าและโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ¹⁰ ปัญหาที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าหรือความเครียด ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัญหาการเรียน ปัญหาสุขภาพทางกาย ปัญหาการปรับตัวในรั้วมหาวิทยาลัย ปัญหาการเงิน และปัญหาความสัมพันธ์กับแฟน¹¹ โดยนักศึกษาหญิงส่วนใหญ่จะมารับบริการคลินิกสุขภาพจิตด้วยตนเอง และมาด้วยปัญหาด้านการเรียนหรือการสอบมากกว่านักศึกษาชายอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่นักศึกษาชายมักมาด้วยปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่านักศึกษาหญิง¹⁰ โดยอาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์พบว่านักศึกษาหญิงมาด้วยอาการซึมเศร้าหรือท้อแท้ รู้สึกผิดหรือไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย มากกว่านักศึกษาชายอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ โดยนักศึกษาที่ทำร้ายตัวเองส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจที่จะทำและไม่เคยคิดจะฆ่าตัวตายอย่าง

จริงจัง¹² พบว่านักศึกษาที่มารับบริการรักษา ปัญหาสุขภาพจิตที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งหนึ่งต้องได้รับการรักษาหลายรูปแบบทั้ง การปรึกษากับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การกินยา หรือการส่งตัวไปพบจิตแพทย์แต่ อีกครั้งสามารถรักษาโดยการปรึกษากับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเดียวได้¹¹

จากข้อมูลดังกล่าวมาพบว่าการศึกษาในประเทศไทยด้านการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพจิตในนักศึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมียังมีอยู่จำกัด ทำให้ผู้วิจัยสนใจจะศึกษา ความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายในมหาวิทยาลัย ในประเด็นด้านการคัดกรองเบื้องต้น การวินิจฉัยรวมถึงการรักษาที่ได้รับ และศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อปรับรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษาโดยเฉพาะปัญหาด้านจิตใจให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

วัตถุประสงค์หลัก

ความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายในมหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายในมหาวิทยาลัย

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของนักศึกษาที่รับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเป็นการเข้ารับคำปรึกษาครั้งแรกตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566 จำนวนทั้งหมด 157 คน

ประชากร

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ นักศึกษาที่มารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเป็นการเข้ารับคำปรึกษาครั้งแรกตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566

เกณฑ์การคัดเลือก คือ นักศึกษาที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยเป็นนักศึกษาที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้มารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิใน

มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566

เกณฑ์การคัดออก คือ เวชระเบียน ผู้รับบริการสูญหายหรือขาด

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา (Study population) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาที่มารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566 โดยเก็บข้อมูลทุกรายเป็นจำนวน 157 คน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

นักศึกษา หมายถึง นักศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี ปริญญาโท หรือปริญญาเอก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ โดยเป็นการเก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย แบ่งข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว สถานที่พักอาศัย และยาเดิมที่รับประทาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย ระดับการศึกษา คณะที่ศึกษา และชั้นปีที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลรูปแบบการเข้ารับการรักษา ซึ่งประกอบด้วย วิธีการเข้ารับบริการและจำนวนครั้งที่มารับการรักษา

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ผลจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q อาการที่นำมาพบแพทย์ ปัญหาที่มาปรึกษาแพทย์ โรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์ ยาที่ได้รับหลังการเข้ารับคำปรึกษา และสถานะหลังจากการให้คำปรึกษาครั้งแรก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ศึกษาข้อมูลเพื่อการวิจัยจากเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2) ยื่นขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3) ดำเนินการทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อขอเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของนักศึกษาที่รับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566

4) ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการทบทวนเวชระเบียนทุกครั้ง แล้วนำข้อมูลที่

ได้มาทำเป็นฐานข้อมูล โดยผู้วิจัยลงข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excel 2 ครั้ง อย่างเป็นอิสระต่อกัน (Double data entry)

5) ทำการตรวจสอบความคลาดเคลื่อนของการป้อนข้อมูล (Validation) โดยใช้โปรแกรม Epi info for dos เพื่อแก้ไขให้ข้อมูลถูกต้อง

6) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบฐานข้อมูล Missing data และค่าที่เป็นไปไม่ได้ด้วยโปรแกรม SPSS 28.0 for window และ Excel

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS (version 28) โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาเข้ารับบริการที่คลินิก ให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย ด้วยสถิติ Chi-square test, Odd ratio, และ Binary logistic regression

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยผู้วิจัย

เก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยซึ่งข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยถือเป็นความลับ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ทั้งที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และกระดาษจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย มีการใส่รหัสคอมพิวเตอร์และไฟล์ข้อมูล และเก็บเอกสารไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อกอย่างหนาแน่น มีการจำกัดจำนวนบุคคลที่เข้าถึงข้อมูล และทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น นอกจากนี้การวิเคราะห์ผลการวิจัยจะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น การเผยแพร่ผลการวิจัยจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวอาสาสมัครได้

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หนังสือรับรองเลขที่ HE671109

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

นักศึกษามาใช้บริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566 ทั้งหมด 157 คน เป็นเพศชาย 29 คน ร้อยละ 18.47 เพศหญิง 128 คน ร้อยละ 81.53 โดยมีอายุมากที่สุด 33 ปีอายุน้อยที่สุด 18 ปี มีอายุเฉลี่ยทั้งหมด 21.06 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดไม่มีแฟน ร้อยละ 74.5 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง ร้อยละ 94.3 ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 89.2 สถานที่พักในปัจจุบันอาศัยพบว่าอยู่หอพักนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 64.3 หอพักในมหาวิทยาลัยร้อยละ 23.6 และบ้านพักส่วนตัว ร้อยละ 7.6 นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.4 มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 5.1 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ ภาวะไทรอยด์สูง (Hyperthyroidism) มีโรคประจำตัวทางจิตเวช ร้อยละ 8.9 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า

(Depressive disorder) ข้อมูลเกี่ยวกับยาเดิมที่รับประทานพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มียาเดิมที่รับประทาน ร้อยละ 89.8 มียาเดิมที่รับประทานรักษาอาการทางกาย ร้อยละ 3.2 โดยยาที่พบมากที่สุด คือ Methimazole มียาเดิมที่รับประทานรักษาอาการทางจิตเวช ร้อยละ 4.5 โดยยาที่พบมากที่สุด คือ Sertraline และนักศึกษากลุ่มใหญ่ไม่ได้มีสุราและไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 79 และ ร้อยละ 95 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย	เพศหญิง	รวม(%)
		(N=29)	(N=128)	
		18.47	81.53	
อายุเฉลี่ย(ปี)	Min =18 Max =33 S.D. = 1.98	21.24	21.02	21.06
สถานภาพ	โสดไม่มีแฟน	23	94	117(74.5)
	โสดมีแฟน	6	32	38(24.2)
	Missing data	0	2	2(1.3)
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	29	119	148(94.3)
	เบิกจ่ายตรง	0	5	5(3.2)
	ชำระเงินเอง	0	3	3(1.9)
	ประกันสังคม	0	1	1(0.6)
ภูมิลำเนา	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	25	115	140(89.2)
	ภาคกลาง	2	4	6(3.8)
	ภาคเหนือ	1	2	3(1.9)
	ภาคตะวันออก	1	4	5(3.2)
	อินเดีย	0	1	1(0.6)
	พม่า	0	2	2(1.3)
ที่พักในปัจจุบัน	หอพักนอกมหาวิทยาลัย	14	87	101(64.3)
	หอพักในมหาวิทยาลัย	12	25	37(23.6)
	บ้านพักส่วนตัว	3	9	12(7.6)
	Missing data	0	7	7(4.5)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N= 157) (ต่อ)

ข้อมูล		เพศชาย	เพศหญิง	รวม(%)
		(N=29)	(N=128)	
		18.47	81.53	
โรคประจำตัว	ไม่มี	24	107	131(83.4)
	โรคประจำตัวทางกาย (Mode : Hyperthyroidism)	3	5	8(5.1)
	โรคประจำตัวทางจิตเวช (Mode : MDD)	2	12	14(8.9)
	Missing data	0	4	4(2.5)
ยาเดิมที่ รับประทาน	ไม่มี	26	115	141(89.8)
	ยารักษาอาการทางกาย (Mode : Methimazole)	3	2	5(3.2)
	ยารักษาอาการทางจิตเวช (Mode : Sertraline)	0	7	7(4.5)
	Missing data	0	4	4(2.5)
ดื่มสุรา	ไม่ดื่ม	24	100	124(79)
	ดื่ม	5	24	29(18.5)
	Missing data	0	4	4(2.5)
สูบบุหรี่	ไม่สูบ	29	120	149(95)
	สูบ	0	4	4(2.5)
	Missing data	0	4	4(2.5)

นักศึกษาที่เข้ารับบริการมากที่สุดอยู่ใน
ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 31.8 รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 3
ร้อยละ 23.6 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 20.4 ชั้นปีที่ 1
ร้อยละ 15.3 ชั้นปีที่ 6 ร้อยละ 1.9 ชั้นปีที่ 5
ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ใน
ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.3 ปริญญาโท
ร้อยละ 4.5 ปริญญาเอก ร้อยละ 1.3 ข้อมูล
คนที่ศึกษาพบว่า 3 อันดับแรก คือ คณะ

มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์เข้ารับบริการ
มากที่สุด ร้อยละ 15.9 รองลงมา คณะ
วิทยาศาสตร์ ร้อยละ 14 คณะนิติศาสตร์
ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ และน้อยที่สุด มี 2
คณะ คือ คณะแพทยศาสตร์ ร้อยละ 0.6 และ
คณะสัตวแพทยศาสตร์ ร้อยละ 0.6 โดยถ้า
แบ่งเป็นคณะสายวิทยาศาสตร์สุขภาพจะมี
จำนวน 26 คน ร้อยละ 16.56 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการศึกษา (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย	เพศหญิง	รวม(%)
		(N=29)	(N=128)	
ชั้นปีที่ศึกษา	1	0	24	24(15.3)
	2	7	25	32(20.4)
	3	10	27	37(23.6)
	4	11	39	50(31.8)
	5	0	2	2(1.3)
	6	1	2	3(1.9)
	Postgraduate	0	9	9(5.8)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	29	119	148(94.3)
	ปริญญาโท	0	7	7(4.5)
	ปริญญาเอก	0	2	2(1.3)
คณะที่ศึกษา	คณะเกษตรศาสตร์	2	6	8(5.1)
	คณะทันตแพทยศาสตร์*	1	3	4(2.5)
	คณะเทคนิคการแพทย์*	1	5	6(3.8)
	คณะเทคโนโลยี	1	4	5(3.2)
	คณะนิติศาสตร์	3	12	15(9.6)
	คณะบริหารธุรกิจและการบัญชี	0	9	9(5.7)
	คณะพยาบาลศาสตร์*	0	3	3(1.9)
	คณะแพทยศาสตร์*	1	0	1(0.6)
	คณะเภสัชศาสตร์*	0	4	4(2.5)
	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	4	21	25(15.9)
	คณะวิทยาศาสตร์	6	16	22(14)
	คณะวิศวกรรมศาสตร์	3	9	12(7.6)
	คณะศิลปกรรมศาสตร์	1	1	2(1.3)
	คณะศึกษาศาสตร์	4	8	12(7.6)
	คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์	0	3	3(1.9)
	คณะสัตวแพทยศาสตร์*	0	1	1(0.6)
	คณะสาธารณสุขศาสตร์*	0	7	7(4.5)
	บัณฑิตวิทยาลัย	0	8	8(5.1)
	วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น	1	4	5(3.2)
	วิทยาลัยนานาชาติ	1	4	5(3.2)

* คณะสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2. ข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพจิต

ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q นักศึกษาทุกคนที่เก็บข้อมูลได้ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 93.6 ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 33.1 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 27.4 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 26.1 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7

ตามลำดับ ผลจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 36.3 รองลงมา คือ มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย ร้อยละ 34.4 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.8 และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลจากการคัดกรองด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย (N=29)	เพศหญิง (N=128)	รวม (%)
ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q (บันทึกข้อมูลจากครั้งแรกที่มาใช้บริการ)	ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	0	0	0
	มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	29	117	147(93.6)
	Missing data	0	10	10(6.4)
ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q (บันทึกข้อมูลจากครั้งแรกที่มาใช้บริการ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	4	7	11(7.0)
	มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	7	34	41(26.1)
	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	9	34	43(27.4)
	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	9	43	52(33.1)
	Missing data	0	10	10(6.4)
ผลจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q (บันทึกข้อมูลจากครั้งแรกที่มาใช้บริการ)	ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	12	45	57(36.3)
	มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย	11	43	54(34.4)
	มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง	4	15	19(12.1)
	มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง	2	15	17(10.8)
	Missing data	0	10	10(6.4)

โรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์ที่พบบ่อย คือ
ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment
Disorder) ร้อยละ 63.1 และภาวะซึมเศร้า

(Depressive disorder) ร้อยละ 29.9 (ตาราง
ที่ 4)

ตารางที่ 4 โรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์ (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย (N=29)	เพศหญิง (N=128)	รวม(%)
ปัญหาที่มารับรักษาแพทย์ (บันทึกข้อมูลจากทุกครั้งที่มารับบริการ และสามารถตอบได้หลายข้อ)	Adjustment disorder	18	81	99(63.1)
	Depressive disorder	10	37	47(29.9)
โรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์ (บันทึกข้อมูลจากทุกครั้งที่มารับบริการ และสามารถตอบได้หลายข้อ)	Dysthymia	1	13	14(8.9)
	Anxiety	5	9	14(8.9)
	Bipolar	2	3	5(3.2)
	Acute stress	1	2	3(1.9)
	Drugs problem	0	1	1(0.6)
	Panic disorder	3	7	10(6.4)
	Personal disorder	1	3	4(2.5)
	Post-traumatic stress disorder	0	1	1(0.6)
	Attention deficit hyperactivity disorder	1	1	2(1.3)
	Insomnia	2	8	10(6.4)
	Palpitation	1	0	1(0.6)
	Dyspepsia	1	2	3(1.9)
	Peripheral neuropathy	1	0	1(0.6)
	Migraine	0	4	4(2.5)
	Trichotillomania	0	1	1(0.6)
Muscle strain	1	0	1(0.6)	

ยาที่ได้รับหลังการเข้ารับคำปรึกษา 3
อันดับแรก คือ Lorazepam ร้อยละ 59.9

Fluoxetine ร้อยละ 43.9 และ Sertraline
ร้อยละ 24.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ยาที่ได้รับ (N= 157)

ข้อมูล	เพศชาย (N=29)	เพศหญิง (N=128)	รวม(%)	
ยาที่ได้รับหลังการเข้ารับคำปรึกษา (บันทึกข้อมูลจากทุกครั้งที่มาใช้บริการและสามารถ ตอบได้หลายข้อ)	ไม่ได้รับยา	5	21	26(16.6)
	Fluoxetine	10	59	69(43.9)
	Sertraline	9	30	39(24.8)
	Lorazepam	16	78	94(59.9)
	Amitriptyline	0	13	13(8.3)
	Propranolol	5	11	16(10.2)
	Clonazepam	0	3	3(1.9)
	Domperidone	1	2	3(1.9)
	Gabapentin	1	0	1(0.6)
	Vitamin B1-6-12	1	0	1(0.6)
	Trazodone	0	2	2(1.3)
	Escitalopram	0	1	1(0.6)
	Vitamin B6	0	1	1(0.6)
	Dimenhydrinate	0	1	1(0.6)
	Omeprazole	1	1	2(1.3)
	Risperidone	0	2	2(1.3)
	Lithium	0	1	1(0.6)
	Vitamin B co	0	1	1(0.6)
	Ibuprofen	0	1	1(0.6)
	Paracetamol	1	1	2(1.3)
	Diazepam	1	0	1(0.6)
	Ergotamine	0	2	2(1.3)

สถานะหลังจากการให้คำปรึกษาครั้งแรก พบว่าส่วนใหญ่ติดตามการรักษาต่อที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 68.2 รองลงมา

ขาดนัดติดตามการรักษา ร้อยละ 14.6 ส่งตัวไปรักษาต่อกับจิตแพทย์ ร้อยละ 14 และสิ้นสุดการรักษาแล้ว ร้อยละ 3.2 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 สถานะหลังจากการให้คำปรึกษาครั้งแรก (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย (N=29)	เพศหญิง (N=128)	รวม(%)
สถานะหลังจากการให้ คำปรึกษาครั้งแรก	สิ้นสุดการรักษาแล้ว	2	3	5(3.2)
	ติดตามการรักษาต่อที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	24	83	107(68.2)
	ส่งตัวไปรักษาต่อกับจิตแพทย์	1	21	22(14.0)
	ขาดนัดติดตามการรักษา	2	21	23(14.6)

3. ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามี โอกาส มี ภู มิ ล ำ เ น า อ ยู่ ภ า ค ตะวันออกเฉียงเหนือลดลงร้อยละ 75 เมื่อเทียบกับมีภูมิลำเนาอื่น ๆ

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น 5.41 เท่า เมื่อเทียบกับไม่มีโรคประจำตัว

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมียาเดิมรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมียาเดิมรับประทานเพิ่มขึ้น 5.42 เท่า เมื่อเทียบกับไม่มียาเดิมรับประทาน

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการรู้สึกตนเองไม่มี

คุณค่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีอาการรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น 2.29 เท่า เมื่อเทียบกับอาการรู้สึกตนเองมีคุณค่า

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีอาการเศร้าเพิ่มขึ้น 3.18 เท่า เมื่อเทียบกับอาการไม่เศร้า

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการพยายามทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีอาการพยายามทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น 3.44 เท่า เมื่อเทียบกับไม่มีอาการพยายามทำร้ายตนเอง

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีอาการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 10 เท่า เมื่อเทียบกับไม่มีอาการพยายามฆ่าตัวตาย

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัญหาเรื่องครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่

มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีปัญหาเรื่องครอบครัวเพิ่มขึ้น 2.21 เท่า เมื่อเทียบกับไม่มีปัญหาเรื่องครอบครัว (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า (Depressive disorder)

ข้อมูล	นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า		Chi-square	p-value	Odd ratio (95% CI)
	ไม่ใช่	ใช่			
ข้อมูลส่วนบุคคล					
ภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	103	37	7.59	0.006*	0.25(0.09-0.71)
ภูมิลำเนาอื่นๆ	7	10			
มีโรคประจำตัว	8	14	13.77	<0.001*	5.41(2.08-14.08)
ไม่มีโรคประจำตัว	99	32			
มียาเดิมรับประทาน	4	8	8.3	0.007*	5.42(1.54-19.05)
ไม่มียาเดิมรับประทาน	103	38			
หอพักในมหาวิทยาลัย	27	10	0.13	0.72	0.86(0.38-1.97)
หอพักนอกมหาวิทยาลัยและบ้านพักส่วนตัว	79	34			
โสดมีแฟน	28	10	0.27	0.6	0.80(0.35-1.82)
โสดไม่มีแฟน	81	36			
อาการที่นำมาพบแพทย์					
รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า	20	16	4.5	0.03*	2.29(1.05-4.99)
ไม่มีอาการ	86	30			
เศร้า	53	35	8.96	0.003*	3.18(1.46-6.92)
ไม่มีอาการ	53	11			
พยายามทำร้ายตนเอง	7	9	5.72	0.02*	3.44(1.20-9.90)
ไม่มีอาการ	99	37			
พยายามฆ่าตัวตาย	1	4	6.06	0.03*	10(1.09-92.10)
ไม่มีอาการ	105	42			

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า (Depressive disorder) (ต่อ)

ข้อมูล	นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า		Chi-square	p-value	Odd ratio (95% CI)
	ไม่ใช่	ใช่			
ปัญหาที่มาปรึกษาแพทย์					
ปัญหาเรื่องครอบครัว	62	35	4.04	0.04*	2.21(1.01-4.82)
ไม่มี	43	11			
ปัญหาเรื่องการเรียนรู้	81	39	1.14	0.29	1.65(0.66-4.16)
ไม่มี	24	7			
ปัญหาเรื่องความรัก	40	18	0.01	0.9	1.04(0.51-2.13)
ไม่มี	65	28			
ปัญหาเรื่องการเงิน	20	10	0.15	0.7	1.18(0.50-2.77)
ไม่มี	85	36			
ปัญหาเรื่องเพื่อน	44	22	0.46	0.5	1.27(0.63-2.55)
ไม่มี	61	24			

วิจารณ์ (Discussions)

ความชุกของโรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์พบว่าโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยก่อนหน้า⁷⁻¹⁰ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ให้บริการ จึงสามารถวินิจฉัยโรคได้เหมาะสมมากกว่าการเก็บข้อมูลจากการทำแบบประเมินสุขภาพจิต และเนื่องจากเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิจึงทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงการรักษาได้สะดวกกว่าการรับบริการจากแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชในหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ทำให้เมื่อนักศึกษาเริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระยะเริ่มต้น นักศึกษาจึง

สามารถเข้ารับคำปรึกษาได้อย่างสะดวก ทำให้พบโรคภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติได้มากกว่าโรคอื่น ๆ ที่มีความซับซ้อนและความรุนแรงของตัวโรคที่สูงกว่า และโรคที่พบต่อมาลำดับที่สอง คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ WHO¹ ที่ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถพบได้มากในประชากรทั่วไปของโลก ซึ่งครอบคลุมไปถึงกลุ่มประชากรนักศึกษาที่เราได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ และเพราะมีประชากรนักศึกษาบางส่วนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ซับซ้อนหรือมีโรคประจำตัวเป็นโรคซึมเศร้าอยู่เดิมเลือกที่จะเข้ารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

ความชุกของยาที่ได้รับหลังการเข้ารับคำปรึกษา พบว่า ยาที่ได้รับมากที่สุด คือ Lorazepam โดยนักศึกษาส่วนใหญ่จะได้รับการให้คำปรึกษาร่วมกับใช้ยาเพื่อช่วยในการบรรเทาอาการ และมีบางส่วนไม่ต้องใช้ยาบรรเทาอาการ แคร้รับคำปรึกษาจากแพทย์ก็สามารถบรรเทาอาการได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Luvira V¹¹ เนื่องจากสถานที่เก็บข้อมูล คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยที่มารักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะไม่ได้มีอาการมาก

ความชุกของสถานะหลังจากการให้คำปรึกษาครั้งแรก พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และบางส่วนที่เมื่อรับคำปรึกษาเพียงครั้งแรกจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแล้วก็ไม่ต้องมาติดตามการรักษาต่อ เนื่องจากอาการดีขึ้นหรือหายแล้ว โดยไม่จำเป็นต้องพบจิตแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Xierali IM⁶ และ Luvira V¹¹ เพราะประชากรกลุ่มนักศึกษาที่ศึกษาในครั้งนี้นี้ สามารถเข้ารับคำปรึกษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ตั้งแต่ช่วงที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพจิตในช่วงแรกทำให้ตัวโรคอาจจะยังไม่มีควมซับซ้อนมาก และส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว ส่วนใหญ่อาการมักจะดีขึ้นตามลำดับ และมีบางส่วนที่ต้องส่งตัวไปรักษาต่อกับจิตแพทย์ เนื่องจากอาจจะมี

อาการรุนแรง มีโรคประจำตัวทางจิตเวชเดิม หรือมีความจำเป็นที่ต้องพบจิตแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Luvira V¹¹ เพราะประชากรกลุ่มนักศึกษาที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีความแตกต่างด้านปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ทำให้ส่งผลถึงความหลายหลายของตัวโรคด้านจิตเวช และความรุนแรงของตัวโรค ทำให้มีความแตกต่างกันในการรักษาในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ

การศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลายปัจจัย คือ

1) การไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพบว่านักศึกษาที่ไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Fatima N¹³ และ Rosner R¹⁴ ที่พบว่าภาวะคิดถึงบ้านส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษานี้นักศึกษาส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงทำให้สามารถสามารถปรับตัวกับสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้ง่ายกว่า

2) การมีโรคประจำตัว โดยพบว่านักศึกษาที่มีโรคประจำตัว อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Seo J¹⁵ และ Wu Y¹⁶ ที่พบว่าในประชากรวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยผู้สูงอายุที่มี

โรคประจำตัวต่างๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ที่แม้จะศึกษาในประชากรที่ช่วงวัยแตกต่างกัน แต่ก็อาจมีความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัวกับภาวะซึมเศร้าเหมือนกัน

3) การมียาเดิมรับประทาน โดยพบว่านักศึกษาที่มียาเดิมรับประทานอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของ Patten SB¹⁷ และ Rogers D¹⁸ ที่พบว่ายาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาเป็นการศึกษาในคลินิกให้คำปรึกษาซึ่งผู้เข้ารับบริการเป็นผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตทั้งหมดและในบางรายมีโรคทางกายร่วมด้วย จึงพบความหลากหลายในการใช้ยาในผู้รับบริการในคลินิกนี้

4) การรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า โดยพบว่านักศึกษาที่รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nguyen DT¹⁹ ที่พบว่าความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการมีปัญหาคอขวดเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการรู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า โดยการศึกษาในครั้งนี้พบว่านักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีปัญหาด้านคอขวดทำให้ส่งผลต่อเนื่องถึงความภาคภูมิใจในตนเอง

5) อาการเศร้า โดยพบว่านักศึกษาที่มีอาการเศร้าอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tolentino JC²⁰ ที่พบว่าอาการเศร้าเป็น

อาการสำคัญของผู้ที่มีการซึมเศร้า โดยจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่านักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาการเศร้า

6) การพยายามทำร้ายตนเอง โดยพบว่า นักศึกษาที่มีการพยายามทำร้ายตนเองอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Az-Zahra F²¹ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการพยายามทำร้ายตนเองในวัยรุ่น ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันทำให้ผลที่ได้จึงสอดคล้องกัน

7) การพยายามฆ่าตัวตาย โดยพบว่านักศึกษาที่มีการพยายามฆ่าตัวตายอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Srivastava AS²² ที่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี หรือเป็นนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมักจะมีการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งการศึกษานี้ก็เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ทำให้ผลที่ได้จึงสอดคล้องกัน

8) ปัญหาเรื่องครอบครัว โดยพบว่านักศึกษาที่มีปัญหาเรื่องครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Luvira V¹¹ และ Siripongpan A²³ ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับเรื่องครอบครัว โดยสามารถอธิบายได้จากงานวิจัยของ Bezerra H²⁴ ที่พบว่าความผิดปกติทางจิตจำนวนมากเริ่มต้นในวัยเด็ก

หรือวัยรุ่น ดังนั้นครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษาที่มีภาวะซีมเศร่าส่วนใหญ่มีปัญหาด้านครอบครัว

จุดแข็งของการศึกษาวิจัยนี้คืองานวิจัยนี้จัดทำโดยการเก็บข้อมูลจากคลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นสถานที่ที่นักศึกษาส่วนใหญ่เลือกที่จะเข้ารับบริการเป็นที่แรก เนื่องจากเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว และมีการดูแลโดยแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีความชำนาญในการให้การคำปรึกษา ทำให้งานวิจัยนี้สะท้อนถึงปัญหาที่แท้จริงของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาต่อยอดได้จริง ทั้งในแง่การพัฒนาระบบการรักษา การคัดกรองโรค การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา ซึ่งถือว่ามีประโยชน์อย่างยิ่ง และงานวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมียังมีข้อมูลจำกัด งานวิจัยนี้จึงเป็นสิ่งที่สามารถนำไปอ้างอิงและปรับใช้กับมหาวิทยาลัยอื่นได้

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากงานวิจัยขึ้นเป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังทำให้ข้อมูลบางส่วนมีการสูญหายหรือมีการกรอกข้อมูลไม่ครบ ทำให้เมื่อนำข้อมูลมาแปลผลอาจจะมีการคลาดเคลื่อนได้ รวมถึงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิของมหาวิทยาลัยเพียงแห่ง

เดียวเท่านั้น ผลการวิจัยอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอื่นได้

สำหรับผลการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงปัญหาความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายในมหาวิทยาลัย ในประเด็นด้านการคัดกรองเบื้องต้น การวินิจฉัย รวมถึงการรักษาที่ได้รับ และศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่า ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อใช้เพื่อปรับรูปแบบการดูแลนักศึกษาโดยเฉพาะปัญหาด้านจิตใจให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาต่อไป

ข้อยุติ (Conclusions)

ในนักศึกษาที่เข้ารับบริการที่คลินิกพบว่าโรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์มากที่สุด คือ ภาวะการปรับตัวผิดปกติ รองลงมา คือ ภาวะซีมเศร่า และปัญหาเรื่องครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการจัดโครงการอบรม คัดกรองปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในนักศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงหรือมีความชุกของปัญหาที่มากกว่ากลุ่มอื่น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลของนักศึกษาที่เข้ารับบริการที่ของหน่วย

บริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัยกับเข้ารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลที่อยู่ภายในมหาวิทยาลัย เพื่อหาความชุกของข้อมูลด้านต่าง เช่น ปัญหาที่พบอาการที่มาพบแพทย์ โรคที่วินิจฉัย และแนวทางในการรักษา รวมถึงปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการ เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่สะท้อนภาพรวมของปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาทั้งหมดในมหาวิทยาลัย และสามารถนำมาปรับปรุง

รูปแบบ แนวทางในการดูแลเรื่องสุขภาพจิตของนักศึกษาให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ ข้อมูลในเวชระเบียนจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่บันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาคั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. **World mental health report: transforming mental health for all** [online]. Geneva: World Health Organization; [cited 2023 Dec 18] . Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>.
2. Department of Mental Health. **Mental Health Assessment Data of Thai People** [online]. [cited 2023 Dec 18]. Available from: <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>. [in Thai].
3. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age- of- onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. **World Psychiatry** 2007; 6(3): 168-176.
4. Dragioti E, Radua J, Solmi M, Gosling CJ, Oliver D, Lascialfari F, et al. Impact of mental disorders on clinical outcomes of physical diseases: an umbrella review assessing population attributable fraction and generalized impact fraction. **World Psychiatry** 2023; 22(1): 86-104.
5. World Health Organization (WHO) and World Organization of Family Doctors (WONCA) Working Party on Mental Health. **What is Primary Care Mental Health?** [online]. U.S. National Library of Medicine; 2008 [cited 2023 Dec 19]. Available from: <https://www>

- .ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777553/.
6. Xierali IM, Tong ST, Petterson SM, Puffer JC, Phillips RL, Bazemore AW. Family physicians are essential for mental health care delivery. **J Am Board Fam Med** 2013; 26(2): 114-115.
 7. Dessauvagie AS, Dang HM, Nguyen TA, Groen G. Mental health of university students in Southeastern Asia: a systematic review. **Asia Pac J Public Health** 2021; 34(2-3): 172-181.
 8. Teh CK, Ngo CW, Zulkifli RA, Vellasamy R, Suresh K. Depression, anxiety and stress among undergraduate students: a cross sectional study. **Open J Epidemiol** 2015; 5(4): 260-268.
 9. Shamsuddin K, Fadzil F, Ismail WS, Shah SA, Omar K, Muhammad NA, et al. Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. **Asian J Psychiatr** 2013; 6(4): 318-323.
 10. Jiranukool J, Kotputorn N, Sirisanokaeo T. Prevalence of psychiatric disorders, gender differences, and a comparison between depressive or anxiety disorders and adjustment disorder among Mahasarakham University students at psychiatric clinic. **J Psychiatr Assoc Thai** 2018; 63(3): 271-284
 11. Luvira V, Nonjui P, Butsathon N, Deenok P, Aunruean W. Family background issues as predictors of mental health problems for university students. **Healthcare (Basel)** 2023; 11(3): 316.
 12. Wyatt TJ, Oswalt SB, Ochoa Y. Mental health and academic success of first-year college students. **Int J High Educ** 2017; 6(3):178.
 13. Fatima N, Munir MF, Majeed S. Homesickness, physical and psychological health in undergraduate students. **IJCIS** 2024; 3(3): 1679-1688.
 14. Rosner R, Hagl M, Bücheler L, Comtesse H. Homesickness in asylum seekers: The role of mental health and migration-related factors. **Front Psychiatry** 2022; 3: 1-11. doi: 10.3389/fpsy.2022.1034370.
 15. Seo J, Choi B, Kim S, Lee H, Oh D. The relationship between multiple chronic diseases and depressive symptoms among middle-aged and

- elderly populations: results of a 2009 Korean community health survey of 156,747 participants. **BMC Public Health** 2017; 17(1) : 844. doi: 10.1186/s12889-017-4798-2.
16. Wu Y, Su B, Zhong P, Zhao Y, Chen C, Zheng X. Association between chronic disease status and transitions in depressive symptoms among middle- aged and older Chinese population: Insights from a Markov model-based cohort study. **J Affect Disord** 2024; 363: 445-455.
17. Patten SB, Love EJ. Can drugs cause depression? A review of the evidence. **J Psychiatry Neurosci** 1993; 18(3): 92-102.
18. Rogers D, Pies R. General medical drugs associated with depression. **Psychiatry (Edgmont)** 2008; 5(12): 28-41.
19. Nguyen DT, Wright EP, Dedding C, Pham TT, Bunders J. Low self-esteem and its association with anxiety, depression, and suicidal ideation in Vietnamese secondary school students: A cross- sectional study. **Front Psychiatry** 2019; 10: 698.
20. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM- 5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. **Front Psychiatry** 2018; 9: 450. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00450
21. Az-Zahra F, Setiawati Y, Umijati S. The correlation between depression and self- harm behavior in teenagers: a systematic narrative review. **International Journal of Creative Research Thoughts (IJCRT)** 2021; 9(8): 688-694
22. Srivastava AS, Kumar R. Suicidal ideation and attempts in patients with major depression: sociodemographic and clinical variables. **Indian J Psychiatry** 2005; 47(4): 225-228.
23. Siripongpan A, Phattaramarut K, Namvichaisirikul N, Poochaya S, Horkaew P. Prevalence of depression and stress among the first year students in Suranaree University of Technology, Thailand. **Health Psychol Res** 2022; 10(3) : 35464. doi: 10.52965/001c.35464.
24. Bezerra HS, Alves RM, Nunes ADD, Barbosa IR. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. **Public Health Rev** 2021; 42:1604234. doi: 10.3389/phrs. 2021.1604234.

ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขคนทำงานด้านการงานดีกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

สุนิต สร้อยทอง*, ไพฑูรย์ สอนทน*, กาญจน์ คุ้มทรัพย์*, เจษฎาพร ปาคำวัง*,
อิสระ ตั้งสุวรรณ*, มงคล นราศรี*, นฤมล จันทร์มา*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานด้านการงานดีกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสุขในการทำงาน กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผูกพันต่อองค์กร กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ จำนวน 330 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Pearson's Correlation และ Chi-Square Test ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านจิตวิญญาณดี มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรสูงสุด ($r = 0.722, p < 0.001$), รองลงมา คือ ใฝ่รู้ดี ($r = 0.675, p < 0.05$) และน้ำใจดี ($r = 0.645, p < 0.05$) ขณะที่ปัจจัยด้านสุขภาพกายดีและความสมดุลชีวิตกับงานมีความสัมพันธ์ต่ำกับความผูกพันต่อองค์กร ($r < 0.50$) นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร ($p > 0.05$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านจิตวิญญาณดีและการพัฒนาในงานมีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรมากกว่าปัจจัยทางกายภาพหรือประชากรศาสตร์

คำสำคัญ: ความสุขในการทำงาน; ความผูกพันต่อองค์กร; จิตวิญญาณดี

* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

Corresponding author: Narumon Janma Email: narumon.jan@pcru.ac.th

Received 07/02/2025

Revised 07/03/2025

Accepted 31/03/2025

ASSOCIATION BETWEEN HAPPINOMETER IN HAPPY WORK LIFE AND ORGANIZATION ENGAGEMENT AMONG PERSONNEL OF PHETCHABUN RAJABHAT UNIVERSITY

Sunit Soyotong, Paitoon Sonthon*, Kan Koomsab*, Jetsadaporn Pakamwang*,
Itsara Tangsuwan*, Mongkhon Narasri*, Naruemon Janma**

ABSTRACT

This study aims to analyze the relationship between happy work life and organizational commitment among personnel, examining and Well-being. The study also investigates the correlation between personal demographic factors and organizational commitment. The sample consists of 330 personnel from Phetchabun Rajabhat University, with data collected through questionnaires and analyzed using Pearson's Correlation and Chi-Square Test. The findings reveal that spiritual well-being (*Happy Soul*) has the highest correlation with organizational commitment ($r = 0.722, p < 0.001$), followed by intellectual engagement (*Happy Brain*) ($r = 0.675, p < 0.05$) and happy heart (*Happy Heart*) ($r = 0.645, p < 0.05$). In contrast, physical well-being and work-life balance exhibit low correlations with organizational commitment ($r < 0.50$). Additionally, no significant correlation was found between personal demographic factors and organizational commitment ($p > 0.05$). These findings suggest that spiritual and intellectual aspects of work have a stronger influence on organizational commitment compared to physical factors or demographic attributes.

Keywords: Work happiness; Organizational commitment; Spiritual well-being

* Faculty of Science and Technology Phetchabun Rajabhat University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ความสุขในการทำงาน (Happiness at Work) ได้รับความสนใจมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงาน และความสำเร็จขององค์กร^{1,2} ความสุขของบุคลากรยังส่งผลต่อ ความพึงพอใจในงาน ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยลดความเครียด และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{3,4} การที่พนักงานมีความสุขในการทำงานยังช่วยเพิ่ม ความผูกพันต่อองค์กร (Organizational Commitment) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาบุคลากรในระยะยาว องค์กรที่สามารถสร้างความสุขให้พนักงานได้จะช่วยลดอัตราการลาออก และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน^{5,6}

ในบริบทของมหาวิทยาลัย ความสุขในการทำงานของบุคลากรมีความสำคัญต่อคุณภาพของการให้บริการทางการศึกษา บุคลากรที่มีความสุขจะมีแรงจูงใจในการพัฒนาและเสริมสร้างประสิทธิภาพของตนเอง ซึ่งจะส่งผลเสริมผลสัมฤทธิ์ขององค์กรทางการศึกษา^{7,8} ความสุขในการทำงานยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี และช่วยกระตุ้นให้บุคลากรมีความคิดสร้างสรรค์ รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของมหาวิทยาลัย^{9,10} องค์กรที่สามารถรักษา

บุคลากรไว้ได้จะช่วยลดต้นทุนในการสรรหาบุคลากรใหม่ และช่วยให้เกิด ความต่อเนื่องในการดำเนินงานทางการศึกษา^{11,12}

องค์ประกอบของความสุขในการทำงาน มีหลายด้าน เช่น การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ความมั่นคงในงาน และโอกาสในการพัฒนาอาชีพ ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลโดยตรงต่อระดับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร^{13,14} บุคลากรที่ได้รับโอกาสในการพัฒนาทางอาชีพมักมี ความผูกพันต่อองค์กรสูงขึ้น เนื่องจากพวกเขา รู้สึกว่าองค์กรให้ความสำคัญกับศักยภาพของตนเอง นอกจากนี้ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร^{15,16}

งานวิจัยหลายชิ้นยังระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และประเภทของตำแหน่งงาน อาจมีอิทธิพลต่อระดับความผูกพันต่อองค์กร¹⁷ แต่อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางชิ้นพบว่าความสัมพันธ์นี้อาจขึ้นอยู่กับโครงสร้างองค์กรและวัฒนธรรมการทำงานในแต่ละที่^{18,19}

แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาคธุรกิจและภาครัฐ ยังมีงานวิจัยไม่มากนักที่ศึกษาประเด็นนี้ในสถาบันการศึกษา โดยเฉพาะมหาวิทยาลัย

ราชภัฏที่เป็นสถาบันที่มีลักษณะเฉพาะในแง่ของ ภารกิจด้านการศึกษาและการพัฒนาชุมชน ทำให้โครงสร้างองค์กรและลักษณะการทำงานของบุคลากรมีความแตกต่างจากองค์กรประเภทอื่น

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานด้านการงานดี กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเชิงลึก และสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการบริหารบุคลากรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขคนทำงานด้านการงานดีกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสุขในการทำงาน ได้แก่ สังคมดี น้ำใจดี ความสมดุลชีวิตกับงาน ใฝ่รู้ดี สุขภาพกายดี การผ่อนคลายดี จิตวิญญาณดี และความอยู่ดีมีสุข กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร

3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การพักอาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ประเภทบุคลากร และระดับตำแหน่งกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ที่ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2568 จำนวนทั้งสิ้น 717 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี และเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่ยินดีตอบแบบสอบถามหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และสัดส่วนความผูกพันต่อองค์กร 0.70 (อ้างอิงจากการศึกษาของพรชนก กุลยะ, 2020) ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 323 คน และในการศึกษานี้เก็บข้อมูลได้จริง 330 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) แบ่งหน่วยงานออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สายวิชาการและสายสนับสนุน

2) สุ่มหน่วยงานในแต่ละกลุ่ม และเก็บข้อมูลจากบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงานที่สุ่มได้จนครบจำนวน 330 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพัฒนาจากแนวคิด

Happinometer ซึ่งเป็นมาตรวัดความสุขในการทำงาน แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (10 ข้อ)
- 2) ระดับความสุขในการทำงาน (45 ข้อ)
- 3) ระดับความผูกพันต่อองค์กร (10 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (Reliability and Validity Testing)

- ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

- ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบโดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ได้มากกว่า 0.7

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เริ่มจากการขอ อนุญาตมหาวิทยาลัยเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล โดยจัดทำหนังสือผ่านระบบ e-document PCRU เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามในรูปแบบเอกสาร ด้วยตนเองให้กับบุคลากรในหน่วยงานที่สุ่มได้ ทั้งสายวิชาการและสายสนับสนุน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม โดยกำหนดเวลาส่งคืนภายใน

1 สัปดาห์ หลังจากนั้น ผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองตามหน่วยงานที่สุ่มได้ ในระหว่างการเก็บข้อมูลมีการติดตามและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และใช้ Unique ID เพื่อป้องกันการตอบซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

1) การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), และ ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2) การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรและใช้ Chi-Square Test และ Monte Carlo Method เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผูกพันต่อองค์กร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ตามเลขที่โครงการ HE-RDI-NRRU.012/2568

ผลการศึกษา (Results)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงาน ด้านการงานดี และความผูกพันต่อองค์กร ของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ซึ่งเป็นบุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้แสดงไว้ดังตารางที่ 1 จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=330)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	25
หญิง	248	75
อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	25	8
31-40 ปี	143	43
41-50 ปี	114	35
51-59 ปี	48	15
ที่อยู่อาศัย		
บ้านตนเอง	270	82
บ้านเช่า/หอพัก	54	16
อาศัยผู้อื่น	5	2
อื่น ๆ ระบุ	1	0
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	13	4
ปริญญาตรี	168	51
ปริญญาโท	109	33
ปริญญาเอก	40	12

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=330) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	146	44
สมรส	167	51
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	17	5
ลักษณะงาน		
สายวิชาการ	86	26
สายสนับสนุน	244	74
ประเภทตำแหน่ง		
ข้าราชการ	10	3
พนักงานมหาวิทยาลัย	305	92
ลูกจ้างประจำ	10	3
พนักงานประจำมหาวิทยาลัย	5	2
ระดับตำแหน่ง		
ผู้บริหาร	15	5
อาจารย์	63	19
หัวหน้างาน	24	7
ผู้ปฏิบัติงาน	228	69
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในองค์กร		
1-5 ปี	78	24
6-10 ปี	70	21
11-15 ปี	106	32
16-20 ปี	48	15
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	28	8
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 15,000 บาท	24	7
15,001 – 25,000 บาท	48	15
25,001 – 35,000 บาท	42	13
35,001 – 45,000 บาท	137	42
45,001 บาท ขึ้นไป	79	24

2. ความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กร

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสุขในการทำงานด้านการงานดี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ความผูกพันต่อองค์กร โดยมีค่า *Pearson's Correlation* เท่ากับ 0.622 ($p < 0.05$) ซึ่งบ่งชี้ว่า ยิ่งบุคลากรมีความสุขในการทำงานสูงเท่าใด ก็ยิ่งมีความผูกพันต่อองค์กรสูงขึ้นเท่านั้น

เมื่อวิเคราะห์หองค์ประกอบของความความสุขในการทำงาน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขสูงสุด ได้แก่

- ความมั่นคงในอาชีพ (*Job Stability*)

- โอกาสในการเติบโตในสายงาน (*Career Growth Opportunities*)

- ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม (*Fair Compensation and Benefits*)

- การได้รับการปฏิบัติที่เป็นธรรมจากองค์กร (*Organizational Fairness*)

2. ปัจจัยด้านความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กร

ผลการศึกษาพบว่า ทุกมิติของความความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสามารถจัดลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อยดังนี้

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างมิติของความความสุขในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร (n = 330)

มิติของความความสุขในการทำงาน	ค่าความสัมพันธ์ (r)
จิตวิญญาณดี (<i>Happy Soul</i>)	0.722
ใฝ่รู้ดี (<i>Happy Brain</i>)	0.675
น้ำใจดี (<i>Happy Heart</i>)	0.645
การงานดี (<i>Happy Work Life</i>)	0.622
สังคมดี (<i>Happy Society</i>)	0.519
ความอยู่ดีมีสุข (<i>Well-being</i>)	0.569
สุขภาพกายดี (<i>Happy Body</i>)	0.497
การผ่อนคลายดี (<i>Happy Relax</i>)	0.467
สมดุลชีวิตกับงาน (<i>Work-Life Balance</i>)	0.434

จากตารางที่ 2 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านความสุขในการทำงาน และ ความผูกพันต่อองค์กร

- ค่าความสัมพันธ์สูงสุดพบใน "จิตวิญญาณดี" ($r = 0.722$)

- ค่าความสัมพันธ์ต่ำสุดอยู่ที่ "สมดุลชีวิตกับงาน" ($r = 0.434$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ และการส่งเสริมการเรียนรู้ มีอิทธิพลสูงสุดต่อความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Algarni & Alemeri (2023) ที่ระบุว่า บุคลากรที่รู้สึกว่า

งานของตนเองมีคุณค่าและได้รับโอกาสพัฒนาตนเอง จะมีแนวโน้มสูงที่จะผูกพันกับองค์กร²

3. ปัจจัยส่วนบุคคลและความผูกพันต่อองค์กร

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความผูกพันต่อองค์กร (n = 330)

ปัจจัย	Chi-Square Value	df	Sig. (Monte Carlo Method)
เพศ	28.307	24	0.242
อายุ	52.365	72	0.969
การพักอาศัย	75.751	72	0.317
ระดับการศึกษา	70.972	72	0.486
สถานภาพสมรส	52.101	48	0.316
ลักษณะงาน	31.747	24	0.123
ประเภทตำแหน่ง	65.280	72	0.565
ระดับตำแหน่ง	73.631	72	0.423
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในองค์กร	79.994	96	0.902
รายได้ต่อเดือน	108.001	96	0.192

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์ *Chi-Square Test* และ *Monte Carlo Method* พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัย ไม่มีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความผูกพันต่อองค์กร ($p > 0.05$) ซึ่งหมายความว่าระดับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการทำงานมากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

ความผูกพันต่อองค์กร โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณดี (Happy Soul) ที่มีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.722, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Preciado และคณะ ที่พบว่าความสุขในการทำงานสามารถเพิ่มความภาคภูมิใจและการมีส่วนร่วมของพนักงาน¹ งานวิจัยของ Algarni และ Alemeri ยังระบุว่าความพึงพอใจในงานและการมีส่วนร่วมของพนักงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความผูกพันต่อองค์กร²

ด้านใฝ่รู้ดี (Happy Brain) ซึ่งเกี่ยวข้องกับโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนา มี

ความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความผูกพันต่อองค์กร ($r = 0.675, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chotivanich³ ที่พบว่า การได้รับโอกาสพัฒนาตนเองช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานของ Pannavadee และคณะ⁴ ที่ระบุว่าบุคลากรที่มีโอกาสเติบโตและได้รับการสนับสนุนด้านอาชีพจะมีความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง

ด้านน้ำใจดี (Happy Heart) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความผูกพันต่อองค์กร ($r = 0.645, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Singh และ Banerji⁵ ที่เน้นว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานและการให้ความช่วยเหลือกันในองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความผูกพันงานวิจัยของ Chandna และ Krishnan⁶ ยังยืนยันว่าความร่วมมือกันในที่ทำงานช่วยเพิ่มความจงรักภักดีต่อองค์กร

ด้านสังคมดี (Happy Society) และสุขภาพกายดี (Happy Body) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและต่ำกับความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ Chambel และ Carvalho⁷ ที่พบว่าปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในองค์กรและการดูแลสุขภาพของพนักงานมีผลต่อความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ Oyelakin และคณะ⁸ ระบุว่าความสอดคล้องของค่านิยมระหว่างพนักงานและองค์กรเป็น

ปัจจัยสำคัญในการเพิ่มระดับความผูกพัน ผลการศึกษานี้ยังพบว่า Work-Life Balance มีความสัมพันธ์ต่ำที่สุดกับความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งแตกต่างจากงานของ Komarapim และ Rattanaset⁹ ที่พบว่าความสามารถในการจัดสรรเวลาทำงานอย่างสมดุลมีผลกระทบต่อความพึงพอใจและความผูกพันของพนักงาน ขณะที่งานของ Jantananon¹⁰ ระบุว่าองค์กรที่มีการสนับสนุน Work-Life Balance สามารถลดความเครียดและเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร

ข้อค้นพบสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร ($p > 0.05$) ซึ่งหมายความว่าระดับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการทำงานมากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Sriyam¹⁸ ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรอาจแตกต่างกันไปตามบริบทองค์กร แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะมีความแตกต่างกัน

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อองค์กร โดยเฉพาะปัจจัยด้านจิตวิญญาณในการทำงาน และการพัฒนาอาชีพซึ่งมีอิทธิพลสูงสุด ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า สุขภาพภายในของบุคลากร

และโอกาสในการเติบโตในองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กร นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าปัจจัยด้าน สภาพแวดล้อมการทำงานและแนวทางการบริหารองค์กร มีผลมากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ จึงไม่สามารถสรุปผลไปยังมหาวิทยาลัยอื่นหรือองค์กรที่มีลักษณะการทำงานแตกต่างกันได้ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาต่อไปเกี่ยวกับ ผลกระทบของปัจจัยด้านเศรษฐกิจและนโยบายขององค์กร ที่อาจส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

องค์กรควรส่งเสริมความสุขในการทำงานของบุคลากร โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณดีและใฝ่รู้ดี ผ่านการพัฒนาเส้นทางความก้าวหน้า สนับสนุนการศึกษาต่อ และ

ส่งเสริมสมคูลชีวิตกับงาน เพื่อเพิ่มความผูกพันต่อองค์กรอย่างยั่งยืน การวิจัยในอนาคตควรขยายไปยังมหาวิทยาลัยอื่น และใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันในเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความสุขในการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร โดยเฉพาะด้านความพึงพอใจในงาน ความสัมพันธ์ในที่ และความหมายของงาน แม้มีงานวิจัยสนับสนุนในหลายบริบท แต่งานศึกษาที่ใช้กรอบ Happinometer อย่างครอบคลุมในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏยังมีจำกัด งานวิจัยนี้พบว่า 9 มิติ แห่งความสุขมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณดีและใฝ่รู้ดี ซึ่งเสนอแนวทางในการส่งเสริมความผูกพันผ่านการพัฒนาความสุขในที่ทำงานอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Preciado MAC, Semaqué MAC, Huayta- Meza FT, Zavaleta MIA, Llanos JFS, Centeno XLA, et al. Happiness and organizational commitment in the workers of the fishing sector of the city of Chimbote - 2023. *Period Eng Nat Sci* 2023; 11(4): 116-122.
2. Algarni MA, Alemeri M. The Role of Employee Engagement, Job Satisfaction, and Organizational Commitment on Happiness at Work at

- a Saudi Organization. **Int J Bus Manag** 2023; 18(2): 27-38.
3. Chotivanich P. Quality of Work Life and Organizational Commitment that Affect Happiness at Work of University Lecturer. **Executive J** 2017; 37(1): 83-84. [in Thai].
 4. Pannavadee M, Kuha T, Thanakijpaiboon P, Ittichaiwatana J. Analysis of happiness levels, organizational commitment, and related factors among doctors, dentists, pharmacists, and nurses under the Ministry of Public Health in 2017. **J Health Sci** 2020; 29(4): 690. [in Thai].
 5. Singh A, Banerji R. Happiness at work, organizational citizenship behaviour and workplace diversity: a study on Indian private sector bank employees. **Ind Commer Train** 2022; 54(3): 460-475.
 6. Chandna P, Krishnan VR. Organizational commitment of Information Technology professionals: Role of transformational leadership and work-related beliefs. **Tecnia J Manage Stud** 2009; 4(1): 1-3.
 7. Chambel MJ, Carvalho VS. Commitment and wellbeing: The relationship dilemma in a two-wave study. **Front Psychol** 2022; 13: 816240.
 8. Oyelakin O, Shodeinde AD, Arandong IJ. Value congruence and organizational commitment: Does work happiness matter? **Bus Perspect Rev** 2022; 3(2): 36-47.
 9. Komarapim N, Rattanaset W. Organizational commitment of personnel of the Marketing and Sales Management Office, the Welfare Promotion Office of Teachers and Educational Personnel. **J Roi Kaensarn Acad** 2019; 4(1): 33-34. [in Thai].
 10. Jantananon N. **Employee engagement and work happiness of employees in a pharmaceutical company** [master's independent study]. Bangkok: Mahidol University; 2023. [in Thai].
 11. Kaewchaiysa N, Hemrungron S, Buathong N. Work happiness and organizational commitment in an import and distribution company. **Chula Med J** 2018; 62(6): 987-999. [in Thai]
 12. Thanchaikon A. The close-relation in organizational according. **J Roi Kaensarn Acad** 2019; 4(1): 33-34. [in Thai]

13. Thongkham P, Srinual W, Kumfang N, Cherdchaiyaphum T, Waiprom N. The relationship between happiness at work and organizational commitment of special income employees at Rajamangala University of Technology Thanyaburi. *J Roi Kaensarn Acad* 2024; 9(11): 1154-1155. [in Thai].
14. Intongsuk M, Chansom N. The Goal of Creating a Relationship Between Quality of Work Life and Organizational Commitment of Employees in Organization. *J Manage Sci Rev* 2021; 23(2): 236-237. [in Thai].
15. Keesoon K. Quality of life and happiness at work related to employee engagement of Phuket provincial health office's personnel. *Sci Tech Northern J* 2023; 4(3): 78-79. [in Thai].
16. Auanwijit K. **Motivation Factors and Happiness at Work Affecting Organizational Commitment of Medical Device Representatives** [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2023. [in Thai].
17. Punjamawat Y. **Working happiness and employee engagement in Jamsai Publishing Co. , Ltd.** [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. [in Thai]
18. Sriyam K. **Relationship between happy workplace and organizational commitment in generation Y: A case study of a power plant in the eastern region** [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2020. [in Thai].
19. Leao W, Wisitnitthikitcha C. Relationship between happiness at work and organizational commitment of Assumption University personnel. *J Kasem Bundit Univ* 2019; 20(1):228-230. [in Thai].

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาทบทวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง และคำแนะนำสำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 ประเภท คือ ไม่ระบุ, *น่าสนใจ (*of special interest), และ **น่าสนใจเป็นพิเศษ (**of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกประเภทของเอกสารอ้างอิงในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น ๆ ความยาวของบทความปริทัศน์ทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

2. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 18 ตัวเข้ม สำหรับภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด โดยชื่อเรื่องต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ หรือไม่ควรเกิน 20 คำ ชื่อเรื่องต้องไม่สโลวล์ที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 โดยให้ชื่อเต็ม ไม่ระบุคำนำหน้าชื่อ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้พิมพ์ไม่เกิน 7 คน

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้พิมพ์ปฏิบัติงาน อยู่ในขณะนั้น ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.1.4 Corresponding author ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12 ตัวเอน

2.1.5 ชื่อแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 300 คำ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และข้อสรุป ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคที่ดี ไม่ควรมีคำย่อ

2.3 คำสำคัญ (Keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 5 คำ

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keywords index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medic US โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง

2.4 ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เป็นส่วนของบทความบอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

2.5 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective) ใช้การบรรยาย หรือระบุเป็นข้อ

2.6 วิธีการศึกษา (Method) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

2.6.1 วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งแทรกแซง (intervention) เช่น หลักสูตร โปรแกรม ตัวแบบ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ เป็นต้น รวมถึงตั้งแต่กระบวนการได้มา/พัฒนา การดำเนินการ/หัตถการ (maneuver) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซงโดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ต่อได้ รวมทั้งการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.6.2 วิธีการศึกษา ประกอบด้วย

แบบการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment เป็นต้น

ประชากรศึกษา เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก เป็นต้น ต้องบอกถึงการยินยอมจากตัวอย่างที่ศึกษา การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต

ตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ (sample size) วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling) เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น

การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถาม แบบบันทึก เป็นต้น รวมทั้งมาตรฐานของเครื่องมือ ความถูกต้อง (validity) ความน่าเชื่อถือ (reliability)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ/ปริมาณ ให้ชัดเจนและกระชับ

วิธีการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

2.7 ผลการศึกษา (Results)

นำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ ลำดับหัวข้ออย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ควรบรรยายเนื้อเรื่องเป็นร้อยแก้ว ใช้ตารางหรือแผนภูมิ ภาพ กรองข้อความประกอบ โดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงในเนื้อเรื่อง

2.8 วิจารณ์ (Discussions)

การวิพากษ์/วิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของข้อค้นพบ วิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นหรือข้อมูลที่ตีตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ รวมทั้งการวิพากษ์ระเบียบวิธีการศึกษา และข้อจำกัดในการศึกษาด้วย

2.9 ข้อยุติ (Conclusions)

สรุปข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยย่อ

2.10 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ความยาวไม่เกิน 200 คำ โดยให้ระบุข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์/ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะต้องมีรากฐานมาจากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัย

2.11 สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความยาวไม่เกิน 100 คำ โดยให้ระบุองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก่อนทำการศึกษาวิจัย และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากทำการศึกษาวิจัย

2.12 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ให้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่ง ๆ ควรมีตารางหรือภาพหรือแผนภูมิ หรือกล่องข้อความ หรือผสมกัน ไม่เกิน 5 ตาราง/แผนภูมิ/ภาพ/กล่องข้อความ

3.1 ตาราง (Tables)

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรถือตารางเป็นภาพถ่าย

ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ เพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายแทน

3.2 ภาพ และแผนภูมิ (Figures and Charts)

ภาพ และแผนภูมิ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ

ต้องคมชัด และเป็นภาพขาว-ดำ เท่านั้น

ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels

3.3 กล่องข้อความ (Box)

กล่องข้อความ ใช้กับคำพูด (quote) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

คำพูดต้องเป็นคำพูดสำคัญ ภาษาถิ่น ที่สื่อความหมายเฉพาะชัดเจนลุ่มลึก ความยาวแต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ” และต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”

แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้อง อยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงให้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทาง internet โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลังหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โพลล์มาใช้อ้างอิง การอ้างอิงจาก internet ให้อ้างอิงเฉพาะ website ของทางราชการและองค์กรที่น่าเชื่อถือเท่านั้น โดยเน้นข้อมูลสถิติที่เป็นทางการ แนวนโยบาย และข้อมูลสำคัญมาก

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.gov/tsd/serials/liji.html>

เอกสารอ้างอิงในวารสาร ต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประเภท white paper และ gray paper เท่านั้น ประกอบด้วย

- 4.1 บทความในวารสารวิชาการ
- 4.2 หนังสือ/ตำรา
- 4.3 รายงาน/เอกสารเผยแพร่ของทางราชการ
- 4.4 รายงานการวิจัยที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ
- 4.5 วิทยานิพนธ์
- 4.6 สารระทาง internet จาก website ที่น่าเชื่อถือ

ทุกรายการต้องสามารถระบุที่มา วันเวลา

วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความที่อ้างอิง โพลล์, หนังสือพิมพ์, ความคิดเห็น ฯลฯ

5. การส่งต้นฉบับ

ให้ประสานงานกับฝ่ายจัดการ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของฝ่ายจัดการโดยเคร่งครัด

5.1 การตรวจสอบสถานะบทความ

สอบถามที่กองบรรณาธิการ โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: chdkku2560@gmail.com

เมื่อฝ่ายจัดการได้รับต้นฉบับแล้ว จะตรวจสอบคุณลักษณะและความสมบูรณ์ครบถ้วนของบทความ จากนั้นจึงส่งให้บรรณาธิการได้พิจารณาดำเนินการตามขั้นตอน และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบว่าต้องแก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์ หรือตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 1 เล่ม

5.2 สถานะบทความ

การตรวจสอบสถานะบทความ สามารถตรวจสอบได้ที่ฝ่ายจัดการ โดยสถานะบทความมีดังนี้

5.2.1 ฝ่ายจัดการได้รับบทความต้นฉบับ และอยู่ระหว่างกระบวนการ SUBMISSION (ตรวจสอบคุณลักษณะ ความครบถ้วน/ถูกต้อง)

5.2.2 บทความต้นฉบับอยู่ระหว่างกระบวนการ REVIEW (การพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ)

5.2.3 บทความต้นฉบับที่ได้รับการแก้ไข อยู่ระหว่างกระบวนการ COPYEDITING (จัดเตรียมต้นฉบับ)

5.2.4 บทความต้นฉบับได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ และอยู่ระหว่างกระบวนการ PUBLICATION ตีพิมพ์ในวารสารปีที่... ฉบับที่...

เมื่อบทความได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์สามารถขอรับหนังสือรับรองสถานการณืตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading)

ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Recieved, Revised, Accepted ด้านล่าง

หมายเหตุ หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ ฝ่ายจัดการขอสงวนสิทธิในการ ไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์