

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2564

ชื่อหนังสือ	วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจ้าของ	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ISSN	2287-0075
พิมพ์ที่	บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2564

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัย เพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
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 จินดาวงค์

นายนิพิฐพนธ์ สีอุปถัด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ถนนมิตรภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: chdkku2560@gmail.com

Website: <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

หมายเหตุ

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

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คงะโต	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ. วริสรา ลูวีระ	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิ่มสุนทร	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร. ชนิษฐา พума	คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร
ดร. ดวงใจ วิชัย	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธนิษฐา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ดร. นฤกร อิตุพร	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
ดร. นฤมล จันทร์มา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ. ธีรานุช วรโธสง	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ผศ.ดร. นุชรัตน์ มังคละศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

นางรชยา ยุกต์สังข์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. วรวิทย์ ชมพูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรณา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรพล หนู่นุ่น	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตนวิชัย	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ศิราณี ศรีหาคาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผศ.ดร. สุณิรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร. อุมพร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ดร. ศิราณี ศรีหาคาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผศ. ธีรนุช วรโธสง	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ดร. อุมพร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรวิทย์ ชมพูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชนิษฐา สุนาคราช	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์
ดร.ณัฐกฤตดา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
ผศ.ดร. วรณา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี
ดร. กาญจนา นิมสนุท	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ดร.สุกัญญา กาญจนบัตร	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
ผศ.ดร. สุณิรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. วรุณี ชมพูปาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. ดวงใจ วิชัย	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2564 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาดังความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม	1
สวรรณ ธิติสุทธิ, วิพา ชูปวา, วิลาวัลย์ ชาดา, วิศิษฐ์ ทองคำ, ทองสุข เป้งไชยโม, สุภาพร กรมจันทร์, ศุภลักษณ์ พุดสี	
ผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังคาง อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์	15
ทัศพร ชูศักดิ์, นัชชา ยันติ, กำชัย อุดมการเกษตร	
ความเครียด การเผชิญความเครียด และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ	27
เกศมณี หมองหลอด, ณัฐญาดา ไชยชาติ, ประเสริฐ ประสมรักษ์, วาณิชยา ยะเปี้ยงปลุก	
คุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดหลังการบำบัดในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม	39
สาธิตา เรื่องสิริกกุล, วงเดือน เพชรสังหาร	
ผลของโปรแกรมโภชนาการต่อความรู้ แรงจูงใจ และพฤติกรรม การบริโภคอาหารลดไขมันของประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองปลิง อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี	57
ธริธา เวียงปฏี, อภิชัย คุณีพงษ์	

สารบัญ (ต่อ)

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเล่นการพนันกับการใช้สารเสพติด ของวัยรุ่นในสถานศึกษา จังหวัดนครราชสีมา	69
พูนรัตน์ ลียติกุล, รังสิยา วงศ์อุปปา, ณัฐวัฒน์ วงษ์ขวลิตกุล	
ลักษณะครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการ ปฐมภูมิในตัวเมือง จังหวัดขอนแก่น	83
กิตติมา เทพรังศรีกุล, วริศรา ลูวีระ	
การพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น	97
กรรณิกา ตั้งวานิชกพงษ์	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

สวรรณ ธิติสุทธิ*, วิภา ชุปวา**, วิลาวัณย์ ชาดา***, วิศิษฐ์ ทองคำ*,
ทองสุข เป้งไชยโม****, สุภาพร กรมจันทร์****, ศุภลักษณ์ พุดสี****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 542 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.7) สถานภาพสมรสมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.50 นอกจากนี้พบว่า เพศ รายได้ โรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.079, p=0.01$; $r=0.115, p=0.026$; $r=0.112, p=0.001$ ตามลำดับ) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมความรู้ด้านการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ และทัศนคติไปในทางที่ดีในการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัย, พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร, ผู้สูงอายุ

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

***คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

****องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Corresponding Author: Wipa Chuppawa. E-mail: Wipa.c@sskru.ac.th

Received 11/01/2021

Revised 08/03/2021

Accepted 22/03/2021

FACTORS RELATED TO FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR OF ELDERLY IN SANPATONG SUB-DISTRICT, NACHUAK DISTRICT, MAHASARAKHAM PROVINCE

*Sawan Thitisutthi**, *Wipa Chuppawa***, *Wilawun Chada****, *Wisit Thongkum**,
*Thongsuk Pengchaiyamo*****, *Supaporn Kromkun*****, *Supaluk Pudsee*****

ABSTRACT

This cross-sectional study aims to determine the health status of the elderly and the factors related to food consumption behavior of elderly in Sanpatong sub-district, Nachuak district, Mahasarakham province. All 542 elderly subjects were collected by interview questionnaires. Data were analyzed by the descriptive statistics including percentage, median, and Pearson correlation were used for analysis.

The results revealed that the major elderly groups were female (55.70%), married status and average income less than 5,000 bath/month. Additional, gender, incomes, and coronary heart disease were statistically significant with elderly' s food consumption behavior ($r=0.079$, $p = 0.01$; $r=0.115$, $p=0.026$; $r=0.112$, $p=0.001$ respectively). Therefore, the health organizations should be training to increase the potential of knowledge toward self-care and food consumption, especially the elderly who has a chronic disease. Which are the way to improve the knowledge, attitude, and behavior to self-care and food consumption toward well-being and quality of life.

Keywords: Health status, Food consumption behavior, Elderly

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**Faculty of Liberal Arts and Sciences, Sisaket Rajabhat University

***Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

****Sanpatong Subdistrict Administrator Organization, Nachuak District Mahasarakham Province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมพัฒนาอย่างต่อเนื่องทางด้านเศรษฐกิจสังคม รวมถึงการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้เกิดการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ที่เจริญก้าวหน้าช่วยรักษาโรคภัยแรงและโรคอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดีขึ้นและทำให้แนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีชะลอการเกิดปัญหาด้านสุขภาพอีกทางหนึ่ง¹ ในขณะเดียวกันพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงตามรูปแบบบริบททางวัฒนธรรมและการดำรงชีวิต ส่งผลทำให้เกิดปัญหาโภชนาการที่หลากหลายและมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ อาทิ เช่น โรคมะเร็ง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น² หน่วยงานหลายภาคส่วนเริ่มตระหนักถึงพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและเห็นความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและพยายามเข้าถึงลักษณะพฤติกรรมความต้องการของผู้บริโภคมากขึ้น³

พฤติกรรมการบริโภคจะมีความสำคัญต่อภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย เนื่องจากในวัย

สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจ รวมทั้งความเสื่อมของร่างกายความแข็งแรงที่ลดลงหรือมีความเจ็บป่วยพิการและภาวะการรู้คิดบกพร่อง ทำให้ความสามารถในการจัดหาอาหารมารับประทานเองไม่ได้หรือลดลง⁴ รวมไปถึงความรู้ ทักษะคิดความเท่าทันเรื่องสุขภาพเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอีกเช่นกัน^{5,6} ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุได้ อาจส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจด้านค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่พึงประสงค์⁷ ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงเนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งการมีภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยให้มีการต้านทานโรคลดการติดเชื้อ การเจ็บป่วยและการตายตลอดจนส่งผลให้มีชีวิตที่ยืนยาว⁸

พื้นที่เขตตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่มีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระบบสุขภาพชุมชนที่มีลักษณะเป็นการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ภายใต้การทำงานร่วมกันขององค์กรภาคีทางสุขภาพอย่างบูรณาการเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน และให้ความสำคัญในด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านการ

บริโภคอาหารของผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งจากข้อมูลพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กินอาหารที่ไม่ถูกวิธีและไม่ถูกหลักโภชนาการและเป็นผลมาจากการบริโภคของผู้สูงอายุ ทำให้เชื่อมโยงเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มโรคเบาหวาน⁹ ซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมการกินอยู่และใช้ชีวิตประจำวัน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลข้างต้นคณะผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยแบบ cross-sectional study ระยะเวลาวิจัยตั้งแต่ 10 กุมภาพันธ์ - 10 มิถุนายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ทั้งหมดจำนวน 542 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive) มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ดัชนีมวลกาย ลักษณะการอยู่อาศัย และการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. แบบตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ให้ระดับคำตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 4 คือ ปฏิบัติประจำ (5-7 ครั้ง/สัปดาห์), ระดับ 3 คือ ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์), ระดับ 2

คือ ปฏิบัติงาน ๗ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) และระดับ 1 คือ ไม่ปฏิบัติ (ไม่ได้กระทำพฤติกรรมนั้น ๗) โดยกำหนดให้ระดับ 3 ขึ้นไป ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี (ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.75) จำนวน 12 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โดยได้รับความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลสันป่าตองเป็นผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการเข้าร่วมอบรมการเตรียมการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนด การชักชวนการสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการสัมภาษณ์ตามเค้าโครงแบบสัมภาษณ์ที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุคนละ 10-20 นาที ตามจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ประจำบ้าน เป็นระยะเวลา 14 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในส่วนของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์และตรวจคัดกรองสุขภาพ และการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation

Coefficient) ค่า (r) ในกลุ่มตัวแปรเชิงปริมาณ และตัวแปรเชิงคุณภาพ ใช้ Pearson's Chi-square และวัดระดับความสัมพันธ์ด้วยค่า Contingency coefficient (C)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ P034/2561 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561

ผลการศึกษา (Results)

1. **ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.7) มีอายุเฉลี่ย 69.33 ปี (SD=7.53) ส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 61.1) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.8) มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 94.1) แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่จากสวัสดิการจากรัฐ (ร้อยละ 74.1) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 58.7) และไม่ได้เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ (ร้อยละ 70.5) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (N = 542)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	237	43.7
- หญิง	302	55.7
กลุ่มอายุ		
- 60 - 69	239	61.1
- 70 - 79	110	28.1
- 80 ปีขึ้นไป	42	10.7
Mean = 69.33 SD = 7.53 Max = 60 ปี Min = 98 ปี		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	510	94.1
- 5,000 –10,000 บาท	17	3.1
- 10,001 – 15,000 บาท	6	1.1
- มากกว่า 15,000 บาท	9	1.7
Mean = 2,857.28 SD = 4,946.7 Max = 400 บาท Min = 50,000 บาท		
แหล่งที่มาของรายได้		
- การประกอบอาชีพ	169	31.2
- บำนาญ	10	1.8
- จากบุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร	164	30.3
- สวัสดิการจากรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพ เงินสงเคราะห์ ฯลฯ	401	74.1
ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)		
- ต่ำกว่า 18.5 หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	48	8.9
- 18.50 ถึง 22.99 หมายถึง ตามเกณฑ์ปกติ	218	40.2
- 23.00 ถึง 24.99 หมายถึง โรคอ้วนระดับหนึ่ง	105	19.4
- 25.00 ถึง 29.99 หมายถึง โรคอ้วนระดับสอง	111	20.5
- มากกว่า 30 หมายถึง โรคอ้วนระดับสาม	22	4.1
น้ำหนัก Max= 33 กก. Min= 97 กก. ส่วนสูง Max= 132 ซม. Min= 180 ซม.		

2. ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ เป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 12 เดือน ก่อนการเข้าร่วมการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 65.5) ประวัติการ

เจ็บป่วยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.0) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 19.9) และโรคเก๊าท์ ข้อต่อ กระดูก และกล้ามเนื้ออื่น ๆ (ร้อยละ 10.0) (ตารางที่ 2)

ตาราง 2 ข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพ (N = 542)

ประเภทการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติเคยเจ็บป่วย มีอาการ และเคยป่วยเป็นโรค		
- โรคเบาหวาน	108	19.9
- โรคความดันโลหิตสูง	141	26.0
- โรคหอบหืด	20	3.7
- โรคมะเร็ง	6	1.1
- โรคตับ	3	0.6
- โรคไต	13	2.4
- โรคไขมันในเลือดสูง	41	7.6
- โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ	13	2.4
- โรคข้ออักเสบ	45	8.3
- โรคไทรอยด์	7	1.3
- โรคเก๊าท์ ข้อต่อ กระดูก และกล้ามเนื้ออื่น ๆ เช่น อาการปวดหลังเรื้อรัง	54	10.0
- โรคพาร์กินสัน	3	0.6
- โรคในช่องท้องและโรคลำไส้	13	2.4
- โรคไมเกรน หรือปวดศีรษะบ่อย ๆ	13	2.4
- โรคลมบ้าหมู	2	0.4
- โรคผิดปกติทางจิต ประสาท	3	0.6
- อัมพาต	1	0.2
- เนื้องอกในสมอง	1	0.2

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับไม่ดี ร้อยละ 51.50 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.20 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับดี ร้อยละ 1.50 เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคที่ผู้สูงอายุปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) รับประทานอาหารที่มี

ไขมันสูง เช่น คอหมูย่าง ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 12.20 และปฏิบัติบ่อย ร้อยละ 72.30 2) ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมเค้ก โดนัท คุกกี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 21.00 และปฏิบัติบ่อย ร้อยละ 63.50 และ 3) ผู้สูงอายุมักซื้ออาหารถุง รับประทานเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 18.80 และปฏิบัติบ่อย ร้อยละ 56.50 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ระดับการปฏิบัติตัว			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อย	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น คอหมูย่าง ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น	66 (12.2)	392 (72.3)	63 (11.6)	11 (2.0)
2. ผู้สูงอายุมักจะเติมน้ำปลา น้ำซอส หรือน้ำปลาผสมพริก ในอาหารที่รับประทานเพื่อให้มีรสเค็มขึ้น	95 (17.5)	234 (43.2)	147 (27.1)	55 (10.1)
3. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารประเภทปิ้งย่าง ที่ไหม้เกรียม เช่น หมูปิ้ง เนื้อย่าง ไก่ย่าง เบ็ดย่าง ปลาย่าง เป็นต้น	100 (18.5)	312 (57.6)	80 (14.8)	36 (6.6)
4. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมเค้ก โดนัท คุกกี้	114 (21.0)	344 (63.5)	64 (11.8)	8 (1.5)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหาร (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ระดับการปฏิบัติตัว			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อย	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
5. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารทอด เช่น ไก่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋	52 (9.6)	354 (65.3)	104 (19.2)	22 (4.1)
6. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม	89 (16.4)	312 (57.6)	107 (19.7)	22 (4.1)
7. ผู้สูงอายุรับประทานผักและผลไม้สด อย่างน้อยวันละครั้งกิโลกรัม	30 (5.5)	226 (41.7)	201 (37.1)	68 (12.5)
8. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารหรือขนมหวานที่เติมกะทิ เช่น แกงเหี่ยวหวาน มีสมัน กุ้งยวชี่หลอดช่อง เป็นต้น	46 (8.5)	367 (67.7)	95 (17.5)	24 (4.4)
9. ผู้สูงอายุมักซื้ออาหารถุงรับประทานเป็นประจำ	102 (18.8)	306 (56.5)	91 (16.8)	30 (5.5)
10. ผู้สูงอายุประกอบอาหารรับประทานเอง	16 (3.0)	36 (6.6)	108 (19.9)	368 (67.9)
11. ผู้สูงอายุมักปรุงรสชาติอาหารด้วยผงชูรส	17 (3.1)	61 (11.3)	196 (36.2)	257 (47.4)
12. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ	5 (0.7)	35 (6.5)	131 (24.2)	361 (66.6)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์พบว่า เพศรายได้ และโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ มี

ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.079$, $p=0.01$; $r=0.115$, $p=0.026$; $r=0.112$, $p=0.001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ (N =542)

ตัวแปร	r	p value
1. เพศ	0.079	0.01
2. รายได้	0.115	0.026
3. โรคความดันโลหิตสูง	0.112	0.001

วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคที่ผู้สูงอายุปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หากผู้สูงอายุได้รับสารอาหารมากเกินไปจนเกินความจำเป็นของร่างกาย จะส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีประวัติการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิญญา มณีรัตน์ และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า เพศส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับทองใหม่ ทองสุข¹¹

ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุยุค 4.0 ตำบลท่าพี่เลี้ยง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ซึ่งพฤติกรรมในการบริโภคระหว่างเพศชายกับเพศหญิง อาจมีความแตกต่างกัน โดยเพศชายมีอิทธิพลมากกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีความสนใจในการเลือกบริโภคอาหาร มีความใส่ใจในเรื่องของอาหารที่จะรับประทานและเลือกซื้ออาหารให้กับคนในครอบครัว¹² ในส่วนของรายได้ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับมโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์¹³ พบว่า รายได้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เนื่องจากสภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูง จะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้อประโยชน์ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลให้ตนเองในการบริโภคอาหารเพียงพอและเหมาะสม¹⁴ และโรคความดันโลหิตสูง ส่งผล

ต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับจิตติพร วิจิตรงษ์ไชย¹⁵ พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้สูงอายุในการวิจัยนี้จำนวน 542 คน ส่วนใหญ่เคยตรวจร่างกายประจำปี (ร้อยละ 65.5) ประวัติการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.0) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 19.9) และโรคเกาต์ ข้อต่อกระดูก และกล้ามเนื้ออื่น ๆ ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับไม่ดี ร้อยละ 51.50 ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานอาหารรสหวานจัด และการรับประทานอาหารถุงสำเร็จรูป ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ เพศ รายได้ และโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการ

บริโภคอาหารของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรสำคัญที่ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีตระหนักมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น การจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอยู่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีและเหมาะสมในการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงส่งเสริมการประกอบอาชีพให้ผู้สูงอายุให้มีรายได้ซึ่งเป็นหัวใจหลักด้านเศรษฐกิจครอบครัว เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ปัจจัยด้านบุคคลส่งผลต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดผลกระทบและทำให้มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ดังนั้น การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารกับผู้สูงอายุ และการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว รวมไปถึงการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัย

ในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่
ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัด
มหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการตอบ

แบบสัมภาษณ์และประสานงานกลุ่มตัวอย่าง
เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Pruksa S, Sripuna S. Healthy food consumption behaviors of elderly in Na-o sub-district, Muang district, Loei province. **Research and Development Journal Loei Rajabhat University** 2017; 12(42): 57-67. [in Thai].
2. Wiangpati T, Khuneepong A, Nongaien K, Kongnonnok Y, Treephet S. Relationship between knowledge and attitude with frozen food consumption behavior among students in a Rajabhat University in the vicinity area. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2020; 8(2): 147-62. [in Thai].
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. **Situation of Thai Elderly**. Bangkok: Department of Older persons, Bangkok; 2017. [in Thai].
4. Nilmanat K, Naka K, Kongin W, Saijew A, Chailungka P, Boonphadh P. Nutritional Conditions of Elderly People in the Three Southernmost Border Provinces. **Thai Journal of**
5. **Nursing Council** 2013; 28(1): 75-84. [in Thai].
5. Yakoh K. Factors Affecting Food Consumption Behaviors of Elderly in Makham Tia, Mueang District, Surat Thani Province. **J Southern Technology** 2018; 11(2): 135-43. [in Thai].
6. Chumkaew K, Rungsayatorn K. Knowledge, Attitude, and Food Consumption Behavior of the Elderly in Songkhla Province. **Kasetsart J (Soc. Sci)** 2014; 35(1): 16-29. [in Thai].
7. Phensirinapa N. **Nutrition in health**. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi; 2010. [in Thai].
8. Pruksa S, Sukprasert W. Food consumption behaviors and nutrition status of the elderly in Na- o sub-district, Muang district, Loei province. **JODPC 7 Khon Kaen** 2018; 25(3): 67-76. [in Thai].
9. San Pa Tong Health Center. **Demographic data of people preparing to enter the elderly**. Maha

- Sarakham: San Pa Tong Health Center; 2018. [in Thai].
10. Maneerat W, Laowongsa J, Kunlacha K, Paisarn S, Leumteum K. Food Consumption behavior of the Elderly: Case Study of Mae Khaw Tom Sub-district, Muang District, Chiang Rai Province. **KRJ CRRU** 2017; 11(3): 135-143. [in Thai].
11. Thongsuk T. Dietary behavior of elderly on era 4.0. **J Hum Soc Sci, Rajapruk University** 2019; 5(3): 232-244. [in Thai].
12. Nanthasin N. Factors Affecting Consumer's Consumption Behavior and Loyalty toward Health Food in Bangkok Metropolis. **Journal of Cultural Approach** 2015; 16(29): 3-18. [in Thai].
13. Penpong SM. Food consumption behaviors and decisions that affect the health of older person in Suratthani Province. **Journal of Srivanalai Vijai** 2018; 7(2): 90-103. [in Thai].
14. Pender NJ. **Health Promotion in Nursing Practice**. 3rd ed. Appleton and Lange Connecticut. Appleton Century-Crofts. Norwal; 1996.
15. Wichitthongchai C. The Factors Associated with Food Consumption Behaviors of Cardiac and Arterial Diseases Patients, Queen Sirikit Heart Center of the Northeastern Region, Khon Kaen University. **Srinagarind Med J** 2012; 27(4): 340-346. [in Thai].

ผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังคาง อำเภอฟากท่า จังหวัดนครสวรรค์

ทัศพร ฐศักดิ์*, นัชชา ยันติ*, กำชัย อุดมการเกษตร**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังคาง อำเภอฟากท่า จังหวัดนครสวรรค์ ก่อนและหลังการได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 42 คน ที่ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบด้วยสถิติที ชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง ร้อยละ 73.8 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 80.9 ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.8 หลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังคาง อำเภอฟากท่า จังหวัดนครสวรรค์

Corresponding Author: Thassaporn Chusak. E-mail: tsp2548@hotmail.com

Received 07/01/2021

Revised 05/02/2021

Accepted 08/03/2021

RESULTS OF HEALTH PROMOTION ACTIVITIES AMONG ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS IN WANGKANG HEALTH PROMOTING HOSPITAL PHISALEE DISTRICT, NAKHON SAWAN PROVINCE

Thassaporn Chusak, Nadchar Yanti*, Kamchai Udomkankasat***

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to compare diabetes mellitus knowledge, self-care behaviors, and blood glucose level of the elderly with diabetes mellitus in Wangkang Health-promoting hospital, Phisalee District, Nakhon Sawan Province. Forty-two elderly patients participated in this study through purposive sampling. Data were collected from October 2019 to March 2020. The research instruments were diabetes mellitus knowledge questionnaire and care behaviors questionnaire which had a reliability coefficient of 0.91 and 0.91, respectively. Data were conducted using software programs and were analyzed using frequency, percentage, mean standard deviation, and comparison using paired samples t-tests.

Results showed that samples were female (73.8%), age 60-69 years old, and have been diagnosed with diabetes more than 5 years (54.8%). After the elderly with diabetes mellitus participated in the activity, they had significantly higher levels of diabetes mellitus knowledge and self-care behaviors, whereas levels of glucose in the blood decreased significantly.

Keywords: Health Promotion Activities, Self-care Behaviors, Elderly with Diabetes Mellitus

* Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

**Wangkang Health Promoting Hospital, Phaisali District, Nakhon Sawan Province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถลดอุบัติการณ์และควบคุมความรุนแรง รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้¹ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคเบาหวานประมาณการ พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน คือ ร้อยละ 6.9 ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป² เกิดจากอุปนิสัยการบริโภค พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งไม่ค่อยได้ออกกำลังกายหรือความรีบเร่งในการทำงาน ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำได้ยาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาในระยะยาวต่อหลอดเลือดขนาดเล็กและใหญ่, ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ตา ไต , ระบบภูมิคุ้มกัน โดยเป็นภาวะเรื้อรัง จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และสังคม ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติด้วย³

ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลตนเองถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมไปถึงความร่วมมือในการดูแลของครอบครัวและทีมบุคลากรที่ให้การดูแลด้วย โดยเชื่อว่าการดูแลตนเองที่ดีจะสามารถนำไปสู่การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและความผาสุกของผู้ป่วยและครอบครัวได้⁴ จากการศึกษาสำรวจ (Pilot study) เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคเบาหวานในเขตอำเภอไพศาลี พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับที่ต้องปรับปรุง ร้อยละ 82.5

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากระบบการดูแลแบบเดิมขาดการประสานข้อมูลระหว่างผู้เกี่ยวข้อง, ขาดความตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วย, การให้บริการยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ จึงเห็นควรมีการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานใหม่ โดยใช้กลยุทธ์ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมประเมินและประยุกต์วิธีให้บริการที่ผสมผสานสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย, เน้นการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ, มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน⁵ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังคาง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องยิ่งขึ้นสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุกต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระเบียบวิธีศึกษา (Methodology)

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งนี้ประกอบไปด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาและการไปตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายมีทั้งการบรรยายและอภิปรายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้จากตัวแบบ (Role model) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้กลุ่มดูแลช่วยเหลือกันและกัน การจัดทำคู่มือและเอกสารแผ่นพับให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง

ที่ครอบคลุมทุกมิติ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังคาง ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 67 คน

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2) มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังคาง 3) มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารได้ดี และ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ซึ่งมีจำนวน 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ ก่อนและหลังการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบใช่ หรือ ไม่ใช่ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0

คะแนน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายหรือกิจกรรมเพื่อพักผ่อน ด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป จำนวน 28 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบโดยมีคำตอบ 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำเป็นบางครั้ง ไม่เคยทำเลย ข้อคำถามมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ทำเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน ทำเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน และไม่เคยทำเลย ให้ 1 คะแนน แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษาตลอดจนความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตะคร้อ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบทดสอบความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่า

สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 โดยก่อนดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ประเมินความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้น และบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังจากนั้นได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ (จัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกันเดือนละ 2 ครั้ง) จากนั้นได้ประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการสัมภาษณ์แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองชุดเดิม พร้อมกับบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาทำการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์พร้อมกับลงรหัสแล้วนำข้อมูลไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 สถิติที่ใช้มีดังนี้ คือ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม

ตัวอย่างโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการใช้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการทดสอบทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน⁶ ทั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงปกติ (Normal Distribution) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov และ ได้ กำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้ 1) หลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ เรื่อง โรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) หลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) หลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และ

ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและมีอิสระในการตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา (Results)

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 42 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.8 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 80.9 อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 16.7 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.4 โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี และมีอายุสูงสุด 80 ปี เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 69.0 สามารถประกอบอาชีพเองได้ ร้อยละ 71.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.6 โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.3 ได้เรียนหนังสือและอ่านออกเขียนได้ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานนานกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.8

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ เรื่อง โรคเบาหวาน ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความรู้ เรื่อง โรคเบาหวาน	n	$\bar{X}$	S.D.	p-value
ก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	42	16.47	1.25	.000*
หลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	42	21.59	1.03	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่อง โรคเบาหวาน ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 21.59$) สูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 16.47$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่อง

โรคเบาหวาน ระหว่างก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการทดสอบที (paired t-test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	$\bar{X}$	S.D.	p-value
ก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	42	43.47	2.13	.000*
หลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	42	68.59	1.48	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 68.59$) สูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 43.47$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ

ดูแลตนเอง ระหว่างก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการทดสอบที (paired t-test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับน้ำตาลในเลือด	n	$\bar{X}$	S.D.	p-value
ก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	42	131.74	1.85	.000*
หลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	42	108.59	2.03	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 108.59$) น้อยกว่าก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 131.74$) และเมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยระหว่างก่อนได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการทดสอบที (paired t-test) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่ดีตามมา ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น การใช้กลยุทธ์โดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมประเมินและประยุกต์วิธีให้บริการที่ผสมผสาน สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเน้นการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน และการบริการเชิงรุกโดยมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งในสถานบริการและในชุมชน⁷ กิจกรรมที่สำคัญ คือ การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และกับเจ้าหน้าที่ การให้คำปรึกษารายบุคคล แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้กลุ่มดูแลช่วยเหลือกัน

และกัน ส่งเสริมการเรียนรู้การดูแลตนเอง การจัดทำคู่มือและให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในทุกด้าน เช่น ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ทั้งนี้ เกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการเรียนรู้จากกระบวนการสอนสุขศึกษาที่เปิดโอกาสให้มีการซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการอภิปรายร่วมกัน^{8,9}

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นเป็นผลเนื่องมาจากกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมคิดวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาสุขภาพของตนเองที่ผ่านมา รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเองที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลไพศาลี บรรยายให้ความรู้ประกอบสไลด์ และตอบข้อซักถาม และอภิปรายร่วมกัน รวมทั้งมีการเรียนรู้จากตัวแบบที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้^{10,11} นอกจากนี้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพยังจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยเฉพาะการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารโดยการกำกับตนเอง

ด้วยการลงบันทึกประจำวันในสมุดบันทึกที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการเพิ่มความตระหนักและยังเป็นการเตือนความจำให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง^{12,13}

จากข้อมูลการวิจัยถึงแม้จะพบว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น แต่ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากระยะเวลา ในการศึกษาครั้งนี้ระยะเวลาเพียง 6 เดือน ซึ่งเป็นการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาที่สั้น การที่จะประเมินผลถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองให้ได้ผลชัดเจนควรต้องใช้เวลาที่นานกว่านี้ จึงจะสามารถบอกผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือและระยะเวลาเป็นโรคก็นานกว่า 5 ปี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้^{14,15}

ข้อยุติ (Conclusions)

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเป็นกิจกรรมที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมที่หลากหลายรูปแบบทั้งบรรยาย อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้จากตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ และการกำกับตนเองโดยใช้แบบบันทึก โดยมี

ครอบครัว และชุมชนเป็นปัจจัยเอื้อสำคัญที่ให้การสนับสนุน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น จึงควรนำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ไปขยายผลดำเนินการในคลินิกโรคเรื้อรังของสถานพยาบาลทั้งโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แห่งอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. การศึกษานี้ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยมุ่งให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานเท่านั้น และพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานบางท่านที่มีญาติมาร่วมกิจกรรมด้วยจะมีส่วนช่วยให้การส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองมีประสิทธิภาพดีขึ้น ดังนั้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงควรจัดให้กับญาติผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวผู้ป่วยและสังคมของผู้ป่วย เช่น จัดอบรมให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การประชุมอบรม การเข้าค่าย แก่สามี ภรรยา บุตร รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน เพื่อให้บุคคลเหล่านี้สามารถให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานในหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Thiti Snabboon. **Holistic Diabetes Care**. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2006. [in Thai].
2. World Health Organization. **Global report on diabetes**. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Himathongkam T. **Complete diabetes education**. 8th ed. Bangkok: Withayapat Company; 2009. [in Thai].
4. Kececi A, Bulduk S. Health education for the elderly. In **Tech** 2012; 7(11): 153-176.
5. Orem DE. **Nursing: concepts and practice**. 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001.
6. Srisatidnarakul B. **The Methodology in Nursing Research**. 3rd ed. Chulalongkorn University Printing House; 2004. [in Thai].
7. Palwatwichai A. **Quick Reference Guide for Healthcare Providers**. Bangkok: Kittichai Printing; 2006. [in Thai].
8. Health system research institute. **Thai health examination by the physical examination**. 5th ed. Nonthaburi: Aksorn Graphic & Design; 2014. [in Thai].
9. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Sangthong R, Inthawong R, Putwatana P, Taneepanichskul S. Prevalence and management of diabetes and metabolic risk factors in Thai adults, TheThai National Health Examination Survey IV, 2009. **Diabetes Care** 2011; 34: 1980-1985.
10. Intarawichian S. Changing Health behavior by participate to sustainable, in the diabetes mellitus risk group, Kasetwisai district: Roi-et province. **Journal of the office of DPC6 Khon Kaen** 2012; 19(2): 65-75.
11. Yuenyongchaiwat K, Pipatsitipong D, Sangprasert P. Increasing walking steps daily can reduce blood pressure and diabetes in overweight participants. **Diabetol Int** 2018; 9: 75-79.
12. Angboonta P, Pothiban L, Kosachunhanun N. Effects of a self-management supporting program on self - management behaviors and hemoglobin A1C level among elders with diabetes type 2. **Nursing Journal** 2012; 39(3): 93-104. [in Thai].
13. Johan JY, Ntumanis N, Thogersen NC, Deci EL, Ryan RM, Duda JL. Self-determination theory applied to health contexts: A meta- analysis.

- Perspect Psychol Sci 2012; 7(4): 325-340.
14. Meneilly GS, Tessier D. Diabetes in elderly adults. *J Gerontol Med Sci* 2001; 56(1): 5-13.
15. Department of Medical Service. **Guide to screening / evaluating the elderly.** Bangkok: War Veterans Organization of Thailand; 2016. [in Thai].

ความเครียด การเผชิญความเครียด และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

เกศมณี หมองหลอด*, ณัฐญาดา ไชยชาติ*, ประเสริฐ ประสมรักษ์*, วาณิชา ยะเปียงปลุก*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรสำหรับวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ได้เท่ากับ 130 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเครียด การเผชิญความเครียด มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วย Multiple regression analysis โดยวิธี Stepwise

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นมารดา อายุเฉลี่ย 56.77 ± 12.43 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ไม่มีโรคประจำตัว ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 30 ปี มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก มีความเครียดเฉลี่ย 29.02 ± 11.18 คะแนน เผชิญความเครียดด้วยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 53.1 โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r = -.936, p < .001$) สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ($r = -.930, p < .05$) โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 88.6 ($F = 241.818, p < .001$) ดังนั้น ควรสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

คำสำคัญ: ความเครียด, การเผชิญความเครียด, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

*โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding Author: Prasert Prasomruk. prasert.pra@mahidol.edu

Received 05/01/2021

Revised 10/02/2021

Accepted 09/03/2021

STRESS, STRESS-COPING AND FACTORS EFFECTING TO STRESS AMONG CAREGIVERS OF PSYCHIATRIC PATIENTS IN AMNAT CHAREON DISTRICT, AMNAT CHAREON PROVINCE

Gesmanee Monglord, Natthayada Chaichat*, Prasert Prasomruk*, Wanicha Yapiangpluk**

ABSTRACTS

This cross-sectional study aims to determine the characteristics of stress, stress coping, and stress factors that effect on caregivers of psychiatric patients in Muang district, Amnat Chareon province. The sample size was calculated from a multiple regression analysis for 130 peoples and the participants were chosen by cluster random sampling. The collected data were using questionnaires regarding to stress and stress coping that reliability was 0.90. The data were analyzed by descriptive and inferential statistics with stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the majority of caregivers were mothers, with a mean age of 56.77 ± 12.43 years, received primary education, working as a farmer, caring periods up to 30 years. The patients showed a good patient-caregiver- and family relationship. The social support was also found in high level. Most caregivers had an average stress score of 29.02 ± 11.18 . The participants were chose facing the problem as a stress coping strategy for 53.1%. Correlational analysis revealed that a statistically significant negative correlation factor to caregiver stress were self-performance perception ($r = -.936, p < .001$), relationship with patient ($r = -.930, p < .05$). Self-efficacy was the best predictor and able to predict the stress of caregivers of psychiatric patients for 88.6% ($F = 241.818, p < .001$). Therefore, Promotion should be the competency of caregiver and family relationship.

Keywords: stress, stress-coping, caregiver of psychiatric patients

*Mahidol University Amnatchareon Campus

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด โดยพบอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 1-1.15 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 ต่อพันประชากร ต่อปี¹ อุบัติการณ์ของโรคพบได้ร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภทกว่า 20 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่ และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี² ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7.0-9.0 ต่อพันประชากร เพศหญิงและเพศชายพบได้เท่า ๆ กัน พบในช่วงอายุ 15-54 ปี³ ประเทศไทยปี 2558-2562 พบผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มลดลงจาก 443,677 เป็น 273,817 ราย เช่นเดียวกับในจังหวัดอำนาจเจริญ พบผู้ป่วยจิตเภทในช่วงปี 2558-2562 พบผู้ป่วยลดลงจาก 3,118 เป็น 1,701 ราย⁴ โดยอำเภอเมืองอำนาจเจริญพบผู้ป่วยมากที่สุดจำนวน 527 คน แม้ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มลดลงแต่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ มักจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบดูแล⁵ ซึ่งต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอาการกำเริบซ้ำและไม่หายสนิทตลอดชีพ⁶ โดยผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้งมักมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้นจึงทำให้ความสามารถในการ

ดูแลตัวเองลดลง⁷ และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น³ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว⁸ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด

การดูแลผู้ป่วย เป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับบางครั้งต้องคอยเฝ้าสังเกตอาการและระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยและอาจได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย⁹ ทำให้เกิดภาวะความเครียด วิดกกังวล เบื่อหน่ายผู้ป่วยที่ไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง มีอารมณ์หงุดหงิด รำคาญ เวลาที่พบกับผู้ป่วยไม่รู้เรื่องภาระด้านรายได้และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากค่ายา ค่าเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปรับการรักษา จนส่งผลให้ผู้ดูแลเข้าสู่สภาวะซึมเศร้า การพบปะสังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนลดลง การดูแลตนเองลดลง¹⁰ จะเห็นได้ว่าความเครียดเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งหากผู้ดูแลมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง ย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ การตัดสินใจและความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย อีกทั้งความเครียดยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจจะมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยตามมาได้¹¹

เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดก็จะพยายามใช้พลังงานและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียด โดยใช้การเผชิญ

ความเครียดในรูปแบบและวิธีการที่แตกต่างกัน¹² ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ โดยแต่ละคนจะใช้เวลาเผชิญกับความเครียดลักษณะใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในแต่ละเรื่อง ซึ่งการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะทำให้ความเครียดหมดไปได้ บุคคลที่เผชิญความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดและเกิดโรคจิตประสาทภายหลังได้¹³

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาก็ให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ แต่การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังมีส่วนน้อย ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ผู้วิจัยจึงได้นำเอาทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา¹⁴ ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบด้วยปัจจัยในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสังคมและชุมชน และระดับวัฒนธรรมมาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อขยายความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันในทุกระดับและเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการศึกษา (Method)

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยวิเคราะห์ภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 527 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ มีสติสัมปชัญญะดีสามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้
2. เกณฑ์คัดออก เป็นผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และมีผลการประเมินภาวะการรับรู้คิดน้อยกว่า 6 คะแนน และกลุ่มผู้ดูแลที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยทั้งก่อนและระหว่างดำเนินการให้ข้อมูลวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ โดยการคำนวณหา

ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์สมการถดถอยพหุของ Cohen (1988) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{\lambda}{f^2} = \frac{\lambda(1 - R^2)}{R^2}$$

แทนค่า R^2 จากการศึกษาภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ วาสนา นามเหลา¹⁵ เท่ากับ 0.16 ค่า λ = ที่ได้จากตาราง Cohen เมื่อเทียบจากตารางที่ Power เท่ากับ .90, Alpha เท่ากับ 0.05, v (จำนวนประชากรที่จะศึกษา) เท่ากับ ∞ ในตารางเทียบกับ ∞ เนื่องจากประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 527 คน และ u (จำนวนตัวแปรต้น หรือ ตัวแปรอิสระ) เท่ากับ 15 จึงได้ค่า λ เท่ากับ 22.4 จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 117.6 เพิ่มอัตราการสูญเสียร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) ด้วยการสุ่มตำบล จาก 19 ตำบล ได้แก่ ตำบลนาฝือ จำนวน 41 คน ตำบลไถ่คำ จำนวน 26 คน ตำบลกุดปลาทุก จำนวน 22 คน ตำบลห้วยไร่ จำนวน 20 คน และตำบลหนองมะแซว จำนวน 21 คน รวมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 5 ตำบล มีจำนวน 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากบททวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากความมั่นใจมาก จนถึงไม่มีความมั่นใจเลย คะแนนระหว่าง 3-0 คะแนน

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับตลอดเวลา จนถึงไม่เคยมีเลย คะแนนระหว่าง 4-0 คะแนน

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ มี 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือสิ่งของและเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการให้การประเมิน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับมากที่สุด จนถึงไม่ได้รับเลย คะแนนระหว่าง 3-0 คะแนน

ส่วนที่ 5 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคจิตเภท จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับมากที่สุด จนถึงระดับน้อยที่สุด คะแนนระหว่าง 4-0 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบวัดความเครียด ของ Perceived Stress Scale (PSS) ของโฮเคน แคมมาร์ค และเมอร์เมลสไตน์ (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย เบญจรัตน์ ชีวพูนผล¹⁶ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยใน 1 เดือน ที่ผ่านมา จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบวัดการเผชิญความเครียด ของจาโลวิค (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย เบญจรัตน์ ชีวพูนผล¹⁶ ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม รวม 36 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีระดับคะแนน 5 อันดับ

การแปลผลส่วนที่ 2-6 แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก โดยใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนตามสูตรของ Best (1977)

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานมาใช้ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงและเที่ยง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มเป้าหมายทราบวัตถุประสงค์และลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทำการแจกแบบสอบถามและอธิบายการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจได้อย่างถูกต้อง และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทุกฉบับเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์โดย double data entry วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย และสถิติเชิง

อนุมาน เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว ด้วย Spearman Rank Correlation, Pearson's Product Moment Correlation และ Multiple linear Regression Analysis ด้วยวิธี Stepwise

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญเลขที่ 10/2563 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการตอบกลับเท่ากับร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.1 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 53.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.8 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 77.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.2 เป็นมารดาของผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 26.2 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 19.25 ± 11.86 ปี รับรู้สมรรถนะตนเองระดับมาก ร้อยละ 61.5 ผู้ดูแลและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ร้อยละ 62.3 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 61.5 มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคจิตเภทระดับมาก ร้อยละ 67.7

2. **ความเครียด** กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.5 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 29.02 (S.D.=11.18, range=16-48)

3. **การเผชิญความเครียด** กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 53.1 รองลงมาใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ร้อยละ 33.8 และน้อยที่สุดใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 13.1

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด

4.1 **การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว** จากการวิเคราะห์ตัวแปรเบื้องต้น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r = -.936, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ($r = -.930, p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.914, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ (n=130)

ปัจจัย	r	p-value
ปัจจัยระดับบุคคล		
เพศ	.019	.828
อายุ	.154	.079
ศาสนา	.111	.207
การศึกษา	-.098	.268
อาชีพ	-.093	.291
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	-.936	<.001*
โรคประจำตัวของผู้ดูแล	.105	.235
สถานภาพ	.077	.386
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	-.150	.089
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	.049	.579

ตารางที่ 1 การทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ (n=130) (ต่อ)

ปัจจัย	r	p-value
จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย	-.061	.489
ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล		
รายได้ของครอบครัว	-.155	.079
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว	-.930	<.001*
ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน		
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.914	<.001*
ปัจจัยระดับวัฒนธรรม		
ความเชื่อเกี่ยวกับโรคจิตเภท	.040	.650

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($\beta = -.598$, $p < .001$) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ($\beta = -.474$, $p < .001$)

ตามลำดับ โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเอง และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 88.6 ($R^2_{adj} = .882$, $p < .001$) โดยมีความคลาดเคลื่อนในการทำนายเท่ากับ .071 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ (n=130)

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	-.478	.112	-.598	-4.274	<.001*
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว	-.277	.119	-.474	-2.320	.022*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.108	.139	.131	.775	.440
ค่าคงที่	3.644	.071	-	50.994	<.001
$r = .941$, $F = 241.818$, $R^2 = .886$, Adjusted $R^2 = .882$					

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์ (Discussions)

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิณี พรหมบุตร¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และการศึกษาของกิริติญา ไไทยอุ¹⁸ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความเครียดระดับต่ำ เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง ทำให้เกิดทักษะการปรับตัว เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดความเครียด

2. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบวิธีวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิริติญา ไไทยอุ¹⁸ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ใช้การปรับตัวและพยายามใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อไปในภาวะที่มีขีดจำกัดของแต่ละครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Jalowiec¹³ กล่าวว่าวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่าง ๆ เพื่อควบคุมปัญหาอาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเองหรือใช้วิธีเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเอง และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรียงตามน้ำหนักสัมประสิทธิ์การถดถอยจากมากไปน้อย คือ การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -.598, p < .001$) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ($\beta = -.474, p < .022$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 88.6 โดย แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.914, p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นัทธมนต์ ฉิมสุข¹⁹ พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป จึงทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนัทธมนต์ ฉิมสุข¹⁹ พบว่า ความเกี่ยวข้อง

ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับ
ภาวะกีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจาก
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเกี่ยวข้องระหว่าง
ผู้ป่วยกับผู้ดูแล ตามบริบททางสังคมและ
วัฒนธรรมของไทยที่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว จะ
มีความผูกพันต่อกัน ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะ
กีดกันด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัวมาก
และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มี
ความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ เอมิกา กลยูนิ
เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และอารีย์วรรณ
อ่วมตานี²⁰ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มี
ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่
เหมาะสม จะทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจใน
ชีวิตมากขึ้น

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่มี
ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ใช้การเผชิญ
ความเครียดโดยวิธีเผชิญหน้ากับปัญหา โดย
การรับรู้สมรรถนะตนเอง และสัมพันธภาพ
ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว มีผลต่อ

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแลใน
ด้านการจัดการความเครียดและการรับรู้
สมรรถนะตนเอง เพื่อให้สามารถเผชิญ
ความเครียดได้อย่างเหมาะสม

2. ควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริม
สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ป่วย
จิตเภทเพื่อสร้างความรับผิดชอบร่วม ความ
เข้าใจต่อผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแล
ผู้ป่วย

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษาค้นคว้านี้ ชี้ให้เห็นว่า การศึกษา
ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเวชยังมีส่วนน้อย ปัจจัยระดับระหว่าง
บุคคล ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอำนาจเจริญ และความร่วมมือผู้ร่วม
ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ruangtrakul S. *Textbook of Psychiatry*.
7thed. Bangkok: Ruenkaew Printing;
2002.

2. World Health Organization.
Schizophrenia Fact sheet [online]
2016 [cited 2020 Aug 25]. Available

- from: <https://who.int/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
3. Lotrakul M, Sukanich P. **Ramathibodi Psychiatry**. 2nd ed. Bangkok: Beyond Entertainment; 2012.
 4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. **Annual Report of the Department of Mental Health, Fiscal Year 2019** [online] 2019 [cited 2020 Aug 27]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
 5. Sanlamun B, Kedsombun P. The effect of education program for caregiver of Schizophrenia patients. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2014; 2(3): 25-35. [in Thai].
 6. Switaj P, Anczewaka M, Chrostek A, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, et al. Disability and schizophrenia: A systematic review of experienced psychosocial difficulties. **BMC Psychiatry** 2012; 12(193): 1-12.
 7. Ziedonis D, Yanos PT, Silverstein SM. **Relapse prevention for schizophrenia**. In Witkiewitz KA, Marlatt GA. (eds.), **Therapist's guide to evidence-based relapse prevention**. Burlington, MA: Elsevier; 2007. 117-140.
 8. Nuancharoen S. The effect of promoting perceived self-efficacy program on dependent care agency among caregivers of schizophrenic patients. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2010; 25(2): 117-129. [in Thai].
 9. Yoetpanya D, Lueboonthavatchai O. The Effect of Sense of Coherence Promoting Program on Quality of Life of Schizophrenic Patient's Caregivers in a Community. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2014; 28(3): 63-74. [in Thai].
 10. Thongsai S. Schizophrenia care in a sustainable Thai Society Context. **Journal of nursing Division** 2015; 42(3): 159-168. [in Thai].
 11. Chantayanont D, Srisuwan P, Wisetduangtham K, Virapolchai K, Suwankanoknak J, Supacharupun T, et al. Attitude and caregiver burden from taking care of stroke patients in Phra Nakhon Si Ayutthaya District Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. **Journal of the Preventive Medicine Society of Thailand** 2011; 1(1): 58-65. [in Thai].
 12. Sherwood PR, Given BA, Given CW, Schiffman RF, Murman DL, Lovely M,

- et al. Predictors of distress in caregivers of persons with a primary malignant brain tumor. **Research in Nursing & Health** 2006; 29: 105–120.
13. Jalowiec A. **Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale**. In Waltz CF, Strickland OL, editors. **Measurement of nursing outcomes: measurement client outcome**. New York: Springer 1988; 283-308.
14. Bronfenbrenner U. **The developing ecology of human development: Paradigm lost or paradigm regained**. In U. Bronfenbrenner (ed.). **Making human beings human: Bio ecological perspectives on human development** 2005; 94-105.
15. Namlao W. Factors Affecting Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospita. **Journal of Phrapokklao nursing college** 2018; 29(2): 23-35. [in Thai].
16. Cheewoonphon B. **Relationship between personal factors. Fear of reactions from important people coping with stress Social support and image of postoperative breast cancer patients**. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. [in Thai].
17. Prombut P. Factors Related to Stress of Family Caregiver of Patients with Stroke at home. **Journal of Ramathibodi Nursing** 2014; 20: 82-96. [in Thai].
18. Thaiu K. **Stress and coping strategies in caregivers for elderly with psychotic disorder**. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2015.
19. Chimsuk N. Selected Factors Related to Psychological Distress of Family Caregivers of Schizophrenic Patients. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2014; 28(3): 49-62. [in Thai].
20. Klayuni E, Domyud D, Uamtani A. Selected Factors Relating to Quality of Life among Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia at Home. **Journal of the Police Nurses** 2015; 7(1): 1-13. [in Thai].

คุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติดหลังการบำบัดในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

สาธิตา เรืองสิริภคกุล*, วงเดือน เพชรสังหาร*

บทคัดย่อ

ปัญหาเสพยาเสพติดถือเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากข้อมูลของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่มีผู้เสพยาเสพติดมากที่สุด การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตหลังได้รับการบำบัดและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติด โดยสุ่มตัวอย่างจากผู้เสพยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลบรบือเฉพาะผู้ที่อยู่ระหว่างการบำบัดในช่วง 1 กันยายน ถึง 23 พฤศจิกายน 2563 จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 29 ปี จบมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 43.3 ว่างานร้อยละ 36.7 ส่วนมากโสด ร้อยละ 56.7 เป็นผู้สมัครใจบำบัดร้อยละ 70 ใช้ยาเสพติดหลายชนิดร่วมกันกับยาบ้า เช่น กัญชา ยาไอซ์ บุหรี่ สุรา คิดเป็นร้อยละ 43.3

คุณภาพชีวิตพบว่า ร้อยละ 96.67 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดี หรืออยู่ในระดับกลาง ๆ เท่า ๆ กับคนทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตครั้งที่ 2 หลังบำบัดครบ 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าครั้งที่ 1 หลังบำบัดครบ 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ยาบ้า, เมทแอมเฟตามีน, โปรแกรมแมทริกซ์

*โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Corresponding Author: Sathita Ruengsiriphakakul. Email: sathita.r@kkumail.com

Received 08/01/2021

Revised 10/02/2021

Accepted 15/03/2021

QUALITY OF LIFE OF DRUG USERS AFTER TREATMENT IN BORABUE HOSPITAL MAHASARAKHAM PROVINCE

Sathita Ruengsiriphakakul, Wongduean Pechsunghan**

ABSTRACT

The substance dependence was an important problem worldwide. According to the data of Thailand in 2018, metamphetamine was the major public health and social problems. The objectives of this prospective study aimed to evaluate the quality of life after treatment and factors associated quality of life in drug users and sampling from the drug users registered for treatment in Borabue Hospital who participate in treatment program between 1 September 2020 and 23 November 2020 and total of 30 drug users were analyzed. The data were collected by self-administer questionnaire and analyzed by SPSS program version 26 copyright of Khon Kean University.

The study results demonstrated that, the majority were male 73.3% with an average age of 29 years, secondary education 43.3%, unemployed 36.7%. The major of marital status were single 56.7%, voluntary therapy 70% and co-prescription with metamphetamine such as cannabinoids, Ice drug, tobacco and alcohol approximately 43.3%.

The quality of life demonstrated that 96.67% were good or similar quality of life to the general population. According to the quality of life on the second evaluation after complete treatment for 1 month compared with the first evaluation after complete treatment for 1 week found that, the quality of life had statistically significant improved.

Keywords: quality of life, metamphetamine, matrix program

*Borabue Hospital, Mahasarakham Province.

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในปัจจุบัน ปัญหาการเสพยาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย¹⁻³ จากรายงานของ สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC)¹ ปี พ.ศ. 2563 พบว่ายาเสพติดที่มีจำนวนผู้ใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาเสพติดในกลุ่มกัญชา (192 ล้านคน) โอปิออยด์ (58 ล้านคน) และแอมเฟตามีน (27 ล้านคน) และสำหรับประเทศไทยข้อมูลในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ยาบ้าถือเป็นยาเสพติดที่มีผู้เสพมากที่สุด^{2,3} ถือเป็นสาเหตุหลักของปัญหาสุขภาพในประเทศทั้งสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตและเป็นปัญหาต่อสังคม และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในผู้ป่วยที่เสพยาเสพติด จำเป็นต้องได้รับการบำบัดด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{4, 5}

โรงพยาบาลบรบือมีการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดให้โทษหลายชนิด ในช่วงต้นปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 สิงหาคม 2563) มีผู้ป่วยมารับการบำบัดจำนวน 103 ราย ชนิดของยาเสพติดให้โทษที่พบ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ ยาบ้า (94 ราย: ร้อยละ 85.8) กัญชา (6 ราย: ร้อยละ 5.8) และยาไอซ์ (3 ราย: ร้อยละ 2.9) ในการดำเนินงานที่ผ่านมา การบำบัดผู้ป่วยของโรงพยาบาลบรบือ ตามแนวทางบำบัดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โดยใช้โปรแกรมแมทริกซ์ ยังขาดการติดตามประเมินผลการรักษาลงจากที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดครบตามมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากช่วง Intensive phase ว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางใด โดยเฉพาะในแง่ของคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ไม่สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยรายใดมีโอกาสสูงที่จะกลับไปใช้ยาซ้ำ เนื่องจากมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และไม่สามารถทราบได้ว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะหากมีการติดตามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาจช่วยให้ทราบปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งในทางบวกและทางลบ และช่วยให้วางแผนการรักษาในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาของ Ashley et al (2016)⁶ พบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้แอมเฟตามีน ได้แก่ เพศ (ทั้งเพศชายและเพศหญิง) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับคุณภาพชีวิตถึงร้อยละ 75 กล่าวคือ อยู่ในระดับ Poor หรือ Very poor quality of life นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเครียดมีความสัมพันธ์กับ Poor quality of life อย่างมีนัยสำคัญ (RR 3.3, 95%CI 1.0-10.3) โดยเฉพาะในผู้หญิงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับ Very poor quality of life (RR 3.8, 95%CI 1.2-11.8) ส่วนในผู้ชายพบว่า Physical inactivity มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับ Very poor quality of

life (RR 2.0, 95% CI 1.1-3.7) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Pasareanu et al (2015)⁷ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาบ้าหลังจากได้รับการบำบัด ได้แก่ เพศหญิง (OR 2.92, 95%CI 1.12-6.71, P-value 0.026) และยังมีการศึกษาของ Wang et al (2020)⁸ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส การจ้างงาน และลักษณะของการใช้ยาหลายวิธีการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอย่างน้อยหนึ่งโดเมนของคุณภาพชีวิต โดยพบว่า สถานภาพสมรสและการมีงานทำเต็มเวลา มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ในขณะที่อายุและลักษณะของการใช้ยาหลายวิธีการ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบ นอกจากนี้ในการศึกษาของ Eshagh Afkari et al (2013) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติของความสัมพันธ์และหน้าที่ต่อครอบครัวระหว่างผู้เสพติด 95 รายและผู้ที่ไม่เสพติด 95 ราย แบบ case-control ในประเทศอิหร่าน⁹ พบว่า มีความผิดปกติของความสัมพันธ์และหน้าที่ต่อครอบครัวในกลุ่มผู้เสพติดมากกว่ากลุ่มผู้ไม่เสพติด และกลุ่มผู้เสพติดมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่ากลุ่มผู้ไม่เสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกายทั่วไป (Physical health: $p < 0.001$) สุขภาพจิต (Mental health: $p < 0.001$) กิจกรรมทางสังคม (Social activity: $p < 0.001$)

คำถามวิจัย (Research question)

คุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดหลังการบำบัดในโรงพยาบาลบรบือเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดหลังการบำบัดในโรงพยาบาลบรบือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติด

วิธีการศึกษา (Methods)

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา
(Operative definition)

คุณภาพชีวิต¹⁰ หมายถึง ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิต การดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีความสุข มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และสังคมที่ตนอาศัยอยู่ได้เป็นอย่างดี

รูปแบบการวิจัย (Research design)
การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า ระยะเวลาห่างกัน 3 สัปดาห์ (Prospective study)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย (Population) ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ 2563 - ต้นปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทยและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอบรบือ ขึ้นทะเบียนบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลบรบือทั้งหมด 230 คน

เกณฑ์การรับเข้าในการศึกษา

(Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดและอยู่ระหว่างการบำบัดในโรงพยาบาลครบปี ในปีงบประมาณ 2563-2564
2. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนราษฎรอยู่ในพื้นที่อำเภอบรบือ
3. มีสัญชาติไทย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

(Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่บำบัดไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
 2. ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย
- ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา เลือกเฉพาะผู้ที่อยู่ระหว่างการบำบัดตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2563 ถึง 23 พฤศจิกายน 2563 จำนวน 32 คน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐาน

- อายุ (Age)
- เพศ (Sex)
- สถานภาพสมรส (Marital status)
- ระดับการศึกษา (Education)
- อาชีพหลัก (Occupation)
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Income)
- ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด

(Duration)

- ยาเสพติดชนิดอื่นที่เคยใช้

(Previous illicit drug use)

- จำนวนครั้งที่เคยบำบัด (Number of therapy)
- วิธีการเข้ารับการบำบัด (Channel of therapy)

ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิต

- เครื่องมือ BBQOL

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดยาเสพติด ได้แก่ เครื่องมือ BBQOL (Borabue Quality of Life) ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้าน กาย จิต สังคม โดยให้ผู้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเองหรือโดยเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ให้ค่าคะแนนแต่ละคำถาม แล้วคิดเป็นคะแนนรวมทั้งหมด และคะแนนรวมในแต่ละด้าน แล้วนำคะแนนรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

คุณภาพของเครื่องมือ BBQOL

Reliability (ความน่าเชื่อถือ)

ประเมินความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ โดยใช้วิธีทางสถิติ มีค่า Cronbach's Alpha ด้านร่างกาย เท่ากับ 0.88 ด้านจิตใจเท่ากับ 0.89 และด้านสังคมเท่ากับ 0.78

Validity (ความถูกต้อง)

ประเมินโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน WHOQOL-BREF-THAI¹¹ มีค่า Sensitivity ของ BBQOL เท่ากับ 0.69 ซึ่งใกล้เคียงกับ validity ของ WHOQOL-BREF-

THAI ซึ่งเท่ากับ 0.6515 และค่า Specificity ของ BBQOL เท่ากับ 0.20 ค่า PPV เท่ากับ 56.8% ค่า NPV เท่ากับ 31.3% และค่า คะแนนรวมแยกแต่ละด้าน (กาย จิต สังคม) เปรียบเทียบกับค่าคะแนนรวมแยกแต่ละด้าน ของ WHOQOL-BREF-THAI พบว่า ค่า Sensitivity และ Specificity ของคะแนนด้าน ร่างกายเท่ากับ 0.67 และ 0.03 ตามลำดับ ด้านจิตใจ ค่า Sensitivity และ Specificity เท่ากับ 0.67 และ 0.11 ตามลำดับ ด้านสังคม ค่า Sensitivity และ Specificity เท่ากับ 0.67 และ 0.22 ตามลำดับ และเมื่อนำค่าเฉลี่ย คะแนนจาก BBQOL ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับ WHOQOL-BREF-THAI โดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient ได้ค่า correlation coefficient เท่ากับ 0.88

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลบรบือ ตั้งแต่ 1 กันยายน 2563 ถึง 23 พฤศจิกายน 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data procedure) สถานที่ทำการวิจัยและเก็บข้อมูล (Setting and study site)

กลุ่มงานให้คำปรึกษาและบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการเก็บข้อมูล (Data collection)

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) ขอ อนุญาต เก็บ ข้อมูล ต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ

2) ผูกอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ได้แก่ พยาบาลที่รับผิดชอบงานคลินิกบำบัด ยาเสพติดของโรงพยาบาลบรบือ โดย

- ฝึกให้แจ้งข้อมูลต่อผู้ป่วยถึง จุดประสงค์ของการเก็บข้อมูล แจ้งให้ผู้ป่วย ทราบว่า เจ้าหน้าที่จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถาม หรือ

- ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบวิธีการตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง

- ฝึกการถามคำถามในแต่ละข้อ

- ฝึกการตอบคำถามในแต่ละข้อ หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยในความหมายของ คำถาม

3) เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ได้รับการฝึก จะถูกประเมินจากผู้วิจัย ว่าสามารถถาม คำถามในแต่ละข้อได้ตรงตามความหมายที่ ต้องการหรือไม่ และ สามารถตอบข้อสงสัยใน ความหมายของคำถามหากเกิดข้อสงสัยจาก ผู้ป่วย จึงจะได้รับอนุญาตให้ผู้สัมภาษณ์ ได้

4) เริ่มเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่ ครั้งแรกที่เข้ามาบำบัดในโรงพยาบาลบรบือ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล BB01

4.1 หลังจากเก็บข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย จะพิจารณารับเข้าตาม Inclusion Criteria หรือคัดออก ตาม Exclusion Criteria

4.2 เริ่มใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต BBQOL ประเมินผู้ป่วยทั้งหมดที่รับเข้า ตาม Inclusion Criteria และคัดออกตาม Exclusion Criteria โดยให้ผู้ป่วยตอบด้วย

ตนเองหรือ โดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกเป็น ผู้สัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดในการเก็บ ข้อมูลแบบสอบถาม BBQOL ดังนี้

- หลังได้รับการบำบัดใน สัปดาห์แรกของ Intensive phase จะนัด ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา และให้ผู้ป่วยตอบ แบบสอบถาม BBQOL ครั้งที่ 1 ด้วยตนเอง หรือให้พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกยาเสพติด เป็นผู้สัมภาษณ์

- หลังจากการบำบัดครบ 1 เดือน จะนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษา และ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม BBQOL ครั้งที่ 2 หรือให้พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกยาเสพติด เป็นผู้สัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

นำข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมา วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยแจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ normality ของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test ใช้ Student's t-test (Independent Sample t-test) ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง คะแนนคุณภาพชีวิตกับปัจจัยต่าง ๆ ใช้ Paired t-test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ คะแนนคุณภาพชีวิตครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ของโรงพยาบาลบรบือ เลขที่ 2/2563 ลงวันที่ 26 สิงหาคม 2563

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป (Demographic data)

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับ การบำบัดในคลินิกบำบัดยาเสพติดของ โรงพยาบาลบรบือตั้งแต่ 1 กันยายน 2563 ถึง 23 พฤศจิกายน 2563 มีผู้ป่วยที่เข้ารับ การบำบัดทั้งสิ้น 30 ราย เป็นเพศชาย 22 ราย (ร้อยละ 73.3) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 26.7) อายุเฉลี่ย 29 ± 9.90 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ มากกว่า 18 ปี (ร้อยละ 83.4) อายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วง 20-30 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 43.3) รองลงมา คือ จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 26.7) และมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 23.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่เป็น ผู้ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 43.3) และรายได้ต่ำกว่า เดือนละ 10,000 บาท (ร้อยละ 30) สถานภาพ สมรสส่วนมากโสด (ร้อยละ 56.7) และสมรส (ร้อยละ 40) เป็นผู้สมัครใจบำบัด 21 ราย (ร้อยละ 70) บังคับบำบัด 9 ราย (ร้อยละ 30) พบว่าทุกรายใช้ยาบ้าและยังใช้ยาเสพติด ชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ กัญชา (ร้อยละ 10) ยาไอซ์ (ร้อยละ 10) และใช้ยาเสพติดหลาย ชนิดร่วมกันกับยาบ้า เช่น กัญชา ยาไอซ์ บุหรี่ สุรา คิดเป็นร้อยละ 43.3 ข้อมูลทั่วไปแสดงดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
• ชาย	22	73.3
• หญิง	8	26.7
อายุเฉลี่ย (ปี) (Mean ± SD)	29 ± 9.90	
• ≥ 18 ปี	25	83.4
• < 18 ปี	5	16.6
สถานภาพสมรส		
• โสด	17	56.7
• สมรส	13	43.3
ระดับการศึกษา		
• ประถมศึกษา	8	26.7
• มัธยมศึกษาตอนต้น	13	43.3
• มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	23.3
• ปวช./ปวส.	2	6.7
อาชีพหลัก		
• รับจ้าง	13	43.3
• ว่างงาน	12	40.0
• เกษตรกร	3	10.0
• ธุรกิจส่วนตัว	2	6.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
• ไม่มีรายได้	13	43.3
• < 10,000	9	30.0
• ≥10,000	8	26.7
ระยะเวลาที่เริ่มเสพยาจนถึงปัจจุบัน		
• < 1 ปี	15	50.0
• ≥ 1 ปี	15	50.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการบำบัด		
• ≤ 1 ครั้ง	25	83.3
• > 1 ครั้ง	5	16.7
ยาเสพติดที่เคยใช้นอกจากยาบ้า		
• กัญชา ยาไอซ์ บุหรี่ สุรา	13	43.3
• กัญชา	3	10.0
• ยาไอซ์	3	10.0
• อื่น ๆ	11	36.7
วิธีการเข้ามบำบัด		
• สมัครใจ	21	70.0
• บังคับบำบัด	9	30.0
การวินิจฉัย		
• เป็นผู้เสพยา	29	96.7
• เป็นผู้ติดยา	1	3.3

2. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

ผลการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 30 ราย ครั้งที่ 1 โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต BBQOL พบว่าผู้ป่วยทั้ง 29 ราย (ร้อยละ 96.67) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดี หรืออยู่ในระดับกลาง ๆ เท่า ๆ กับคนทั่วไป

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่ากับ 45.60 ± 7.17 มีค่าคะแนนต่ำที่สุด (Minimum) เท่ากับ 20 คะแนน และสูงที่สุด (Maximum) เท่ากับ 58 คะแนน และผู้ป่วยที่

มีคุณภาพชีวิตมากกว่าคนทั่วไป คือ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 50 คะแนนขึ้นไป มีจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และมีผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 16.67) ที่มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

เมื่อแยกคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ทั้งด้านกาย จิต และสังคม ค่าคะแนนรวมในแต่ละด้านตามแบบประเมิน BBQOL กำหนดไว้ดังนี้

- คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-15 คะแนน

- คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-36 คะแนน

- คุณภาพชีวิตด้านสังคม มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-15 คะแนน

แปลผลคุณภาพชีวิตแยกแต่ละด้านดังนี้

- ค่าคะแนนด้านร่างกายตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ถือว่า มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ดี

- ด้านจิตใจมีค่าคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ถือว่า มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ดี

- ด้านสังคมมีค่าคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ถือว่า มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมที่ดี

จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับที่ดี แต่มีผู้ป่วย 1 รายที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี และมีผู้ป่วย 2 รายที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดี ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้าน กาย จิต สังคม

	กาย	จิต	สังคม
N	30	30	30
Mean	11.60	24.53	9.57
Std. Deviation	1.94	4.30	2.20
Minimum	7.00	9.00	5.00
Maximum	16.00	32.00	15.00

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการใช้ยาเสพติด การใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย

รวมทั้งกลุ่มที่สมัครใจและบังคับบำบัด และทั้งที่เป็นผู้เสพและผู้ติดยา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของคุณภาพชีวิต ดังแสดงข้อมูลการวิเคราะห์ด้วย Student' t- test ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตตามปัจจัยต่าง ๆ

ปัจจัยต่าง ๆ	N	Mean	SD	p-value
เพศ				
ชาย	22	45.73	5.642	0.284
หญิง	8	48.13	4.190	
กลุ่มอายุ				
< 18 ปี	5	43.60	4.037	0.209
≥ 18 ปี	25	46.92	5.454	
สถานภาพสมรส				
โสด	18	45.94	5.942	0.444
สมรส	12	47.50	4.275	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	28	46.18	5.450	0.480
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	49	2.828	
อาชีพ				
ว่างงาน	12	45.92	4.522	0.713
มีงานทำ	18	46.67	5.921	
รายได้ต่อเดือน				
ไม่มีรายได้	13	45.85	4.220	0.648
มีรายได้	17	46.76	6.149	
ระยะเวลาเสพยา				
< 1 ปี	15	48.07	4.935	0.081
≥ 1 ปี	15	47.67	5.327	
จำนวนครั้งที่บำบัด				
< 1 ครั้ง	25	46.20	5.228	0.709
≥ 1 ครั้ง	5	47.20	6.419	
ยาเสพติดอื่นที่ใช้				
มี	19	47.26	4.483	0.233
ไม่มี	11	44.82	6.493	
วิธีการเข้าบำบัด				
สมัครใจ	21	45.95	5.527	0.525
บังคับ	9	47.33	5.025	

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมจากการประเมินครั้งที่ 1 (หลังบำบัด 1 สัปดาห์) และครั้งที่ 2 (หลังบำบัด 1 เดือน) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ 95 % CI (-)4.32 – 0.054) โดยค่าเฉลี่ยคะแนน

คุณภาพชีวิตโดยรวมครั้งที่ 1 หลังบำบัด 1 สัปดาห์ เท่ากับ 43.47 ± 6.73 และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมครั้งที่ 2 หลังบำบัด 1 เดือน เท่ากับ 46.37 ± 5.33 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยหลังบำบัด 1 สัปดาห์และ 1 เดือน

คุณภาพชีวิตหลังการบำบัด	N	Mean	Std. Deviation	p-value
ครั้งที่ 1 (หลังบำบัด 1 สัปดาห์)	30	43.47	6.73	< 0.001
ครั้งที่ 2 (หลังบำบัด 1 เดือน)	30	46.37	5.33	

วิจารณ์ (Discussion)

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลบรบือ ซึ่งรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบพรรณนาไปข้างหน้า (Prospective descriptive study) ซึ่งมีข้อดี คือ ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครบถ้วน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 96.67 ที่ได้รับการบำบัดในช่วงแรกมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดีในระดับกลาง ๆ เช่นเดียวกับคนทั่วไป และร้อยละ 3.33 คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยประมาณร้อยละ 20 เท่านั้นที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีกว่าคนทั่วไป และมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งประมาณร้อยละ 16.67 ที่ถึงแม้ว่าจะมี

คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ก็ถือว่ายังน่าจะมีความเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปหรือเมื่อสิ้นสุดการบำบัดและจำหน่ายออกจากระบบการบำบัดหรือติดตามการรักษา เนื่องจากมีข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าเฉลี่ยที่ค่อนข้างต่ำและมีผู้ป่วยหลายคนที่มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมที่ไม่ดี น่าจะเป็นเพราะว่าปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมอาจจะ เป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ค่อนข้างยากในสังคมชนบทและตามบริบทของอำเภอบรบือ แสดงว่าปัจจัยทางสังคม น่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เนื่องจากปัจจัยทางสังคมและ

สิ่งแวดล้อมมีบริบทที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม และคนรอบข้างหลากหลายและควบคุมค่อนข้างยาก เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนไปอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบเดิม ประกอบกับปัจจัยหลาย ๆ ด้านที่อาจจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับมาเสพติดซ้ำ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงได้อีก แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ระยะเวลาในการศึกษาสั้นเกินไป คือ ประมาณ 4 สัปดาห์ ทำให้เก็บข้อมูลหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดไปเพียง 4 ครั้งเท่านั้น ซึ่งจากมาตรฐานการบำบัดในช่วง Intensive Phase ของโรงพยาบาลบรือกำหนดระยะเวลาไว้ 3 เดือน ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาอาจจะมีจำนวนน้อยเกินไป ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อน หากมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่านี้และมีระยะเวลาในการศึกษานานกว่านี้ มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานไม่ต่ำกว่า 1 ปี น่าจะช่วยให้ผลการศึกษาน่าเชื่อถือและแม่นยำมากกว่าการศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทั่วไปของประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ เพศ อายุ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญต่อคะแนนคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{6, 12} แต่บางการศึกษาที่ผ่านมา⁷ พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้และมีการศึกษาของ McKetin et al (2019)¹³

ที่พบว่า เพศหญิงมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาอื่น⁸ ที่พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับคุณภาพชีวิต ในขณะที่มีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพสมรสและการมีงานทำเต็มเวลา กล่าวคือ ผู้ที่มีงานทำหรืออยู่ในสถานะสมรส มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ว่างงานและมีสถานภาพสมรสแบบอื่น เช่น หย่าร้าง หม้าย ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า อาชีพ การจ้างงาน และสถานภาพสมรสไม่มีความแตกต่างจากปัจจัยอื่นๆ และจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า อายุและการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ McKetin, Schaar (2003)¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ที่มียาเสพติดมากกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อีกนัยหนึ่งผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับที่ต่อน้อยกว่าเท่าๆ กับคนทั่ว ๆ ไป ทั้งที่เพิ่งจะได้รับการบำบัดในช่วง 1 เดือนแรกเท่านั้น ซึ่งยังไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน และคะแนนคุณภาพชีวิตเมื่อประเมินหลังการบำบัดครั้งที่ 1 เมื่อครบ 1 สัปดาห์ และประเมินหลังการบำบัดครั้งที่ 2 เมื่อบำบัดครบ 4 ครั้ง ในระยะเวลาเพียง 1 เดือน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การบำบัดผู้ป่วยด้วยโปรแกรมแมทริกซ์ช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่

จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น แม้จะยังไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานก็ตาม ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Rawson et al (2012)¹⁵ ในความเห็นของผู้วิจัยเห็นว่าโปรแกรมการบำบัดน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยดีขึ้นในทุกด้าน หากทำการบำบัดจนครบตามเกณฑ์มาตรฐานและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แม้กระทั่งเมื่อส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน น่าจะทำให้คุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยดีขึ้นมากกว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Gonzales et al (2011)¹² ที่พบว่า การบำบัดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 สัปดาห์ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่า การติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 1 ปี หลังจากสิ้นสุดการบำบัดจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวดีขึ้น และจากข้อมูลในการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่างงาน ไม่มีรายได้ประจำและมีคุณภาพชีวิตทางด้านสังคมค่อนข้างต่ำกว่าด้านร่างกายและสุขภาพจิต หากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสังคมให้กับผู้ป่วยโดยอาศัยกลไกความร่วมมือทางสังคมหรือให้ชุมชนและหน่วยงานอื่น ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน เจ้าหน้าที่ตำรวจ ให้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตจะป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

ของผู้ป่วยได้ เช่น การส่งเสริมอาชีพ การจ้างงาน ซึ่งประเด็นนี้มีข้อมูลจากการศึกษาของ McKetin, Extremera (2014)¹⁶ Yang et al (2016)¹⁷ ที่สนับสนุนว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ การส่งเสริมให้มีกิจกรรมร่วมกันในชุมชน เช่น ส่งเสริมกิจกรรมในโรงเรียน ส่งเสริมให้มีกิจกรรมเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Morris et al (2018)¹⁸ ที่พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นหากมีการร่วมมือเป็นอย่างดีของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่เสพยาอยู่แล้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้วยังจะสามารถช่วยป้องกันและลดผู้เข้าเสพติดยาใหม่ได้อีกทางหนึ่งด้วย

ข้อยุติ (Conclusion)

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลบริบืออยู่ในระดับที่ดีโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและสุขภาพจิต ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมยังมีส่วนผู้ป่วยบางส่วนที่ยังมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป และเมื่อได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

1. ควรเสนอให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล

ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตทางด้านสังคมที่ดีขึ้น

2. ควรเสนอให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มารับการบำบัดให้ครบในทุกมิติ ทั้งด้าน กาย จิต สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดีอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] . **Drug use and Health Consequences** [online] 2020 [cited 2020 Dec 2]. Available from: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/drug-use-health.html>
2. Narcotics Control Commission. **Annual Drug Performance Report 2018**. Bangkok: Office of the Narcotics Control Commission; 2018. [in Thai].
3. Office of the Narcotics Control Commission. **Drug situation. Strategy and Prevention of Drug Problems 2015-2019** [online] 2002 [cited 2020 Dec 2]. Available from: https://www.opdc.go.th/uploads/files/2558/att1203.2_v19_58_1.pdf. [in Thai].
4. Shakeri J, Ahmadi SM, Maleki F, Hesami MR, Moghadam AP, Ahmadzade A, et al. Effectiveness of Group Narrative Therapy on

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิเชียร จกาจนโรดม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอบคุณ คุณวงเดือน เพชรสังหาร พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าคลินิกให้คำปรึกษาและบำบัด

Depression, Quality of Life and Anxiety in People with Amphetamine Addiction: A Randomized Clinical Trial. **Iran J Med Sci** 2020; 45(2): 91-99.

5. Barati M, Allahverdipour H, Moinei B, Farhadinasab A, Mahjub H. Evaluation of theory of planned behavior- based education in prevention of MDMA (ecstasy) use among university students. **Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services** 2011; 33: 20-29.
6. Ashley EM, Skurtveit S, Clausen T. Many Correlates of Poor Quality of Life among Substance Users Entering Treatment are not Addiction- specific. **Health and quality of life outcomes** 2016; 14(39): 1-10.

7. Pasareanu AR, Opsal A, Vederhus JK, Kristensen O, Clausen T. Quality of Life Improved Following In- Patient Substance Use Disorder treatment. **Health and quality of life outcomes** 2015; 13(35): 1-8.
8. Wang Y, Zoo J, Hao W, Shen H, Zhang X, Deng Q, et al. Quality of Life in Patients with Methamphetamine Use Disorder: Relationship to Impulsivity and Drug Use Characteristics. **Front Psychiatry** 2020; 30(11): 1-8.
9. Eshagh Afkari M, Ghasemi A, Shojaeizadeh D, Tol A, Foroshani AR, Taghdisi MH. Comparison between family function dimensions and quality of life among amphetamine addicts and non- addicts. **Iran Red Crescent Med J** 2013; 15(4): 356-62.
10. UNESCO. **Quality of life. An orientation of Population Education.** Bangkok: UNESCO; 1981.
11. Mahatnirunkul S. **Comparison of WHO Quality of Life Measurements for every 100 indicators and 26 indicators, Suan Prung Hospital.** Chiang Mai: Suan Prung Hospital; 1997. [in Thai].
12. Gonzales R, Ang A, Casey PM, Gilk DC, Iguchi M, Rawson RA, et al. Health- related quality of life trajectories of methamphetamine dependent individuals as a function of treatment completion and continued care over a 1- year period. **Am J Addict** 2011; 20(4): 366-372.
13. McKetin R, Voce A, Burns R, Shanahan M. Health-related quality of life among people who use methamphetamine. **Drug and Alcohol Review** 2019; 38(5): 503–509.
14. Schaar I, Ojehagen A. Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 months of co-operation between psychiatric and social services. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 2003; 38(2): 83-87.
15. Rawson RA, Gonzales R, Greenwell L, Chalk M. Process-of-Care Measures as Predictors of Client Outcome Among a Methamphetamine-Dependent Sample at 12- and 36- Month Follow-ups. **J Psychoactive Drugs** 2012; 44(4): 342–49.
16. Extremera N, Rey L. Health-related quality of life and cognitive emotion regulation strategies in the unemployed: a cross-sectional survey.

- Extremers and Health and Quality of Life Outcomes 2014; 12(172): 1-9.
17. Yang X, Yao L, Wu H, Wang Y, Liu L, Wang J, et al. Quality of Life and Its Related Factors in Chinese Unemployed People: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13(8): 1-12.
18. Morris L, Stander J, Ebrahim W, Eksteen S, Meaden OA, Ras A, et al. Effect of exercise versus cognitive behavioral therapy or no intervention on anxiety, depression, fitness and quality of life in adults with previous methamphetamine dependency: a systematic review. *Addict Sci Clin Pract* 2018; 13(4): 1-12.

ผลของโปรแกรมโภชนศึกษาต่อความรู้ แรงจูงใจ และพฤติกรรม การบริโภคอาหารลดโซเดียมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองปลิง อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี

ธิดา เวียงปฏิ*, อภิชัย คุณีพงษ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโภชนศึกษาต่อความรู้ แรงจูงใจ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองปลิง อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอายุ 20-60 ปี จำนวน 33 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน สุ่มแรกเป็นโปรแกรมโภชนศึกษา ประกอบด้วย การให้ความรู้ สุนัข และเยี่ยมบ้าน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ t-test

ผลการวิจัย ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมสูงกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมโภชนศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ แรงจูงใจ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้สามารถลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมโภชนศึกษา, ความรู้, แรงจูงใจ, พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา

Corresponding Author: Tatita Wiangpati. E-mail: tatita.wiang@vru.ac.th

Received 12/01/2021

Revised 22/02/2021

Accepted 24/03/2021

**THE EFFECTS OF NUTRITION EDUCATION PROGRAM ON KNOWLEDGE,
MOTIVATION, AND FOOD CONSUMPTION FOR SODIUM REDUCTION
OF PEOPLE, NONG PLING SUB-DISTRICT, LAO KHWAN DISTRICT,
KANCHANABURI PROVINCE**

Tatita Wiangpati, Apichai Khuneepong***

ABSTRACT

The objective of this quasi-experimental research was to study the effect of nutrition education program on knowledge, motivation, and food consumption for sodium reduction of people. The samples were 33 persons who living at Nong Pling Subdistrict, Lao Khwan District, Kanchanaburi Province, 20- 60 years old and selected by multistage random sampling. Interventions were nutritional education programs that include education, demonstrations and home visits. Data collection with interview form. Data were analyzed by the descriptive statistic and t-test statistic.

The research showed that after nutrition education program, samples had higher knowledge, perceived severity, perceived risk, expected effectiveness of program and food consumption for sodium reduction than before with statistically significant at the .05 level. The results can be interpreted that the nutrition education program could be applied to promote people to have knowledge, motivation and food consumption for sodium reduction, which can further reduce the risk of illness with hypertension.

Keywords: Nutrition education program, knowledge, motivation, food consumption for sodium reduction

*Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

**Faculty of Public Health, Institute of Entrepreneurial Science Ayothaya

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวาน ข้อมูลสถานการณ์ในปี ค.ศ. 2009 พบว่า โรคไม่ติดต่อเหล่านี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของทุกประเทศทั่วโลกถึงร้อยละ 63 ของอัตราการเสียชีวิตทั้งหมด¹ มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีจำนวนไม่ถึงร้อยละ 20.0² ในปี 2561 มีผู้ป่วยโรคไตถึง 8 ล้านคน³ การลดการบริโภคโซเดียมเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ⁴ คนไทยบริโภคโซเดียมสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัม/วัน ซึ่งสูงกว่าคำแนะนำถึง 2 เท่า และคนไทยมีภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 24.7⁵ คณะกรรมการนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ จึงได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 - 2568 ตั้งเป้าหมายให้คนไทยลดการบริโภคโซเดียมลงให้เหลือร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568⁶

จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่ตำบลหนองปลิง พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

227 คน โรคความดันโลหิต 518 คน และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการปรุงอาหารและซื้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทานโดยไม่ได้นำเนื้อมันถึงระดับเกลือโซเดียมในอาหาร⁷ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงมุมมองเกี่ยวกับอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง คือ ต้องซื้ออาหารรับประทานเพราะประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ไม่รู้ลึกรู้จริงว่าอาหารที่รับประทานอยู่มีรสเค็มแต่อย่างไร ขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการอาหารที่ถูกต้องและไม่แน่ใจว่ารับประทานแค่ไหน จึงเรียกว่าเกลือโซเดียมไม่สูงเพราะทุกคนก็รับประทานเหมือน ๆ กันหรือความเคยชิน เป็นต้น

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers & Prentice- Dunn (1997) เน้นกระบวนการรับรู้การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม และการประเมินการเผชิญปัญหา คือ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ โดยได้รับอิทธิพลจากการใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่า

การใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ การจัดสิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต บุคลิกและประสบการณ์⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁹ และผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้าน การรับรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม¹⁰ และการให้โภชนาการเป็นเทคนิคสำคัญที่ นิยมนำมาใช้ในการให้ความรู้ สร้างความ เข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เปลี่ยนเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือ ทางโภชนาการที่พึงประสงค์ได้เป็นอย่างดี¹¹

ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนา โปรแกรมโภชนาการที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี แรงจูงใจมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมบริโภคอาหารลดโซเดียม เพื่อลด ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังในอนาคต โดยประเมินความรู้ การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความ คาดหวังในผลดีของพฤติกรรมบริโภค อาหารลดโซเดียม เพื่อเสริมสร้างความรู้ แรงจูงใจ และพฤติกรรมบริโภคอาหารลด โซเดียมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลหนองปลิงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโภชนาการ ต่อความรู้ แรงจูงใจในด้านการรับรู้ความ รุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังใน ผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารลด โซเดียมของประชาชน

วิธีการศึกษา (Method)

วัสดุและวิธีการศึกษา โปรแกรมโภชน ศึกษาประกอบด้วย กิจกรรมสร้างการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยใช้ วิธีการบรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อวีดิทัศน์ 1 ครั้ง 60 นาที การสร้างความคาดหวังใน ผลดีโดยใช้กิจกรรมการถ่ายทอด ประสบการณ์จากคนต้นแบบ 1 ครั้ง กิจกรรม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ฐานการบริโภค อาหารลดโซเดียม 60 นาที การเยี่ยมบ้าน ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้กำลังใจ กระตุ้นเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สอบถามปัญหาอุปสรรค 2 ครั้ง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกลุ่ม ตัวอย่างที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารลดโซเดียมได้ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัย เป็นผู้ดำเนินการจัดโปรแกรม จำนวน 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1, 2 และ 4 จัดโปรแกรมที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง ใช้ระยะเวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง ส่วนในครั้งที่ 3 จะเป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนี้ **สัปดาห์ แรก** ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้

โอกาสเสี่ยงใช้วิธีการบรรยายให้ความรู้ ประกอบสื่อวีดิทัศน์ **สัปดาห์ที่สอง** จัดกิจกรรมการสร้างความคิดหวังในผลดีใช้กิจกรรมการถ่ายทอดประสบการณ์จากคนต้นแบบ สาธิตและฝึกปฏิบัติ ฐานการบริโภคอาหารลดโซเดียม **สัปดาห์ที่สาม** เยี่ยมบ้าน ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้กำลังใจ กระตุ้นเสริมแรงให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารลดโซเดียม สอบถามปัญหา อุปสรรค และ**สัปดาห์ที่สี่** แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ถ่ายทอดประสบการณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารลดโซเดียมได้

วิธีการดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองแบบกลุ่มเดียว ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองปลิง จำนวน 7,241 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองปลิง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการคำนวณหาขนาดอิทธิพลเพื่อใช้ใน Power Analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สูตรของกลาส¹² ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .80 คำนวณขนาดตัวอย่างเท่ากับ 30 คน ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อแก้ปัญหาการสูญหายร้อยละ 10 จำนวน 33 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 20-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) สื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 3) มีสติสัมปชัญญะดีและไม่มีปัญหาการได้ยิน
- 4) ยินยอมเข้าร่วมจนครบขั้นตอนการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ภาวะแทรกซ้อนและโรคอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย
- 2) บอกละทิ้งการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และ
- 3) ย้ายถิ่นขณะทำการศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ขั้นตอนแรกสุ่มหมู่บ้านใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อหมู่บ้านในตำบลหนองปลิง จาก 18 หมู่บ้าน ได้ หมู่ที่ 15 ตำบลหนองปลิง และขั้นตอนที่สอง ใช้การสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลากรายชื่อประชาชนที่มีอายุ 20-60 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ 2. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียม เป็นชนิดเลือกตอบแบบถูกผิด 12 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-12 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ 3. การรับรู้ความรุนแรงของการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง 10 ข้อ 4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง รวม 10 ข้อ และ 5. ความคาดหวังในผลดีของ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม รวม 10 ข้อ โดยส่วนที่ 3-5 ลักษณะคำถามเป็น ชนิดตัวเลือกมี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน เห็นด้วย ได้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ได้ 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน และ 6. พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม 21 ข้อ เป็นชนิดตัวเลือกมี 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นบางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวก ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ได้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย ได้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ได้ 4 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย ได้ 5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ใน

ตำบลหนองโสน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของความรู้เป็นค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 การรับรู้ความรุนแรง ได้ค่า $r = 0.72$ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ได้ค่า $r = 0.71$ ความคาดหวังในผลดี ได้ค่า $r = 0.72$ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม ได้ค่า $r = 0.76$ ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ แรงจูงใจ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิงเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนหลัง ด้วยสถิติ T-Test ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงของข้อมูล ด้วย Shapiro-Wilk Test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการมนุษยศาสตร์ โดยขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจ้งสิทธิ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ระหว่างการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลใดใดทั้งสิ้น ผลวิจัยถือว่าเป็นความลับโดยจะนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.80 มีอายุระหว่าง 48-60 ปี ร้อยละ 39.40 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.70 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 48.50 และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 84.80

2. ผลของการใช้โปรแกรมโภชนาการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมภาพรวม สูงกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรอิสระต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	x	SD	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียม				
ก่อนทดลอง	8.48	2.13	-2.70	.011*
หลังทดลอง	9.96	1.86		
การรับรู้ความรุนแรงของการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง				
ก่อนทดลอง	3.50	0.38	-3.09	.004*
หลังทดลอง	3.77	0.42		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง				
ก่อนทดลอง	3.43	0.40	-3.11	.004*
หลังทดลอง	3.73	0.53		
ความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม				
ก่อนทดลอง	3.60	0.70	-3.30	.002*
หลังทดลอง	4.18	0.63		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม				
ก่อนทดลอง	3.47	0.42	-2.61	0.047*
หลังทดลอง	3.53	0.38		

หมายเหตุ *p<.05

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบในปริมาณมาก มีการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ บริโภคอาหารที่มีรสเค็มทำให้ไตทำงานหนัก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ บริโภคน้ำจิ้มซอสพริก ซอสมะเขือเทศ ทำให้ได้รับโซเดียมมากขึ้น มีความคาดหวังในผลดีเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ดื่มน้ำเปล่ามาก ๆ ทำให้ลดปริมาณโซเดียมในร่างกายได้ และมีการลดการบริโภคอาหารประเภทจานด่วนมากที่สุด รองลงมาคือ ดื่มน้ำปลา ซอสเพื่อปรุงรส และบริโภคขนม เบเกอรี่ เช่น เค้ก โดนัท

วิจารณ์ (Discussions)

1. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มสูงขึ้นทั้งนี้เป็นผลมาจากการจัดโปรแกรมตามแบบแผนการสอนที่เน้นเนื้อหาความรู้ประกอบสื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งการถ่ายทอดประสบการณ์จากคนต้นแบบ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตระยะเรื้อรังที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพิ่มสูงขึ้น¹³

2. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมบริโภคอาหารลดโซเดียมเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการจัดโปรแกรมตามแบบแผนการสอน การถ่ายทอดประสบการณ์จากคนต้นแบบ สาธิต

และฝึกปฏิบัติ ฐานการบริโภคอาหารลดโซเดียม รวมทั้งเยี่ยมบ้านติดตาม ให้กำลังใจ กระตุ้นเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตระยะเรื้อรังที่ 3 มีแรงจูงใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพิ่มสูงขึ้น¹³ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม¹⁴

3. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารลดโซเดียมเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการจัดโปรแกรมตามแบบแผนการสอน กิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยใช้วิธีการบรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อวีดิทัศน์ การถ่ายทอดประสบการณ์จากคนต้นแบบ สาธิตและฝึกปฏิบัติ ฐานการบริโภคอาหารลดโซเดียม การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจกระตุ้นเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารลดโซเดียม รวมทั้งกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารลดโซเดียม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตระยะเรื้อรังที่ 3 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มสูงขึ้น¹³ และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคพลังงานรวม ไขมันรวม ไขมันอิ่มตัว คอเลสเตอรอล และโซเดียม หลังทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ² และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด แตกต่างกัน¹⁵

ข้อยุติ (Conclusions)

โปรแกรมโภชนศึกษาสามารถนำไปใช้ในการลดความเสี่ยงของประชาชนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. หน่วยบริการด้านสุขภาพสามารถนำไปโปรแกรมโภชนศึกษาที่ประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคไปใช้ในการช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังในผลดีเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมได้ดีขึ้นเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ผู้รับผิดชอบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถนำไปโปรแกรมโภชนศึกษาไปปรับใช้โดยเพิ่มกิจกรรมที่สามารถสื่อให้เกิดการกระตุ้นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง ตลอดจนการเพิ่มการให้ข้อมูลด้านผลดีเกี่ยวกับการปรับหรือละพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เพื่อเกิดผลสัมฤทธิ์สูงสุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโปรแกรมโภชนศึกษาในระยะยาวหรือมีการประเมินติดตามซ้ำเป็นระยะ ๆ ว่าเมื่อเวลาผ่านไป ความคงอยู่ที่ได้จากผลของโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร

2. ควรมีการศึกษากำหนดโปรแกรมโภชนศึกษาไปใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคเมตาบอลิก โดยกำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับโรคนั้น ๆ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

โปรแกรมโภชนาการที่สร้างขึ้น ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม สามารถนำไปใช้ในการลดความเสี่ยงของ ประชาชนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียม ได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Kwanperch S, Pavadhgul P, Pradipasen M, Imamee N, Boonshuyar C. The effect of a nutrition promotion program on dietary consumption behaviors for blood pressure control in patients with primary hypertension at Denchai crown prince hospital, Phrae Province. *Journal of Public Health* 2011; Special Issue on the 84th Birthday Celebration of King Bhumibol Adulyadej: 9-20. [in Thai].
3. Mekthon S. The trend of Thai people with chronic kidney disease has

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ และกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เข้าร่วมงานวิจัย และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการ ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จและลุล่วงไปด้วยดี

- increased. The Ministry of Public Health expedited a clinic to delay kidney degeneration in General Hospital. Report of Chronic Kidney Disease Management Lecture leading to NCDs Management on August 5, 2017. [in Thai].
4. Thai Hypertension Society. 2019 Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2019. [in Thai].
5. Nawsuwan K, Singhasem P, Yimyeern Y. Relationship, and the predictive power of social support on the practice of hypertensive patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2016; 8(1): 1-13. [in Thai].

6. Bureau of Non- Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **Strategy to Reduce Salt and Sodium Consumption in Thailand 2016 – 2025** [online] 2021 [cited 2021 February 24]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1069820201102080455.pdf>. [in Thai].
7. Nong Pling Sub- District Health Promoting Hospital. **Population data and patient report of Nong Pling Sub-district, Lao Khwan District, Kanchanaburi Province**. Kanchanaburi: Nong Pling Health Promoting Hospital; 2018. [in Thai].
8. Rogers RW, Prentice-Dunn S, Protection Motivation Theory. In: Gochman DS, editor. **Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants**. New York: Plenum Press. 1997. p. 113-132.
9. Jangwang S, Pittayapinune T, Chutipattana N. Factors related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at risk. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2016; 1(3): 110-128. [in Thai].
10. Jindawattanawong A, Piaseu N, Nintachan P. Relationship between health belief perception and type 2 diabetic preventive behaviors in high school students. **Rama Nurs J** 2012; 18(1): 58-69. [in Thai].
11. Mulikabutr T. **Teaching document for Nutrition Science in Public Health**. Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Rajabhat University; 2019.
12. Glass GV. Primary Secondary and Meta- Analysis of Research. **Education Research** 1976; 52(07): 117- 125.
13. Patiapinun A, Toskulkao T, Leelahakul V. The effects of self- management program of hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self - management behaviors and blood pressure. **Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing** 2018; 29(2): 12-27. [in Thai].
14. Chaipet N, Kaewklum U, Sonrat S, Wittayapun Y. Non communicable diseases (NCD's) high risk patients: effectiveness of a health behaviors changing programs on health behavior in Suratthani. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2017; 4(2): 45-62. [in Thai].

15. Buasom P, Promsiripaiboon Y, Sonkasetrin A. Effects of self-efficacy program on health behavior modification in elderly of high blood pressure risk group in Rommanee Sub-District, Kapong District, Phangnga Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2017; 5(4): 549-567. [in Thai].

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเล่นการพนันกับการใช้สารเสพติด ของวัยรุ่นในสถานศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

พูนรัตน์ ลียติกุล*, รังสิยา วงศ์อุปปา*, ณัฐวัฒน์ วงษ์สวัสดิกุล**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเล่นการพนัน และการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน/นักศึกษาสถาบันการศึกษาเอกชน ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาถึงอุดมศึกษา จำนวน 2,497 คน ในสถานศึกษา 3 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในปีการศึกษา 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย Chi Square, Odd Ratio (OR) และ 95% confidence interval

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 55.2 อายุเฉลี่ย 17.7 ปี มีการเล่นการพนันถึงหนึ่งในสาม โดยมีอายุเฉลี่ยของการเล่นการพนันครั้งแรก 14.5 ปี (SD 3.19) โดยเกินครึ่งเป็นการเล่นการพนันประเภทไพ่ ประสพการณ์การใช้สารเสพติด พบว่าเคยใช้สารเสพติดร้อยละ 10.1 สารเสพติดที่เคยใช้เป็นกัญชามากที่สุดร้อยละ 4.7 รองลงมาเป็นยาบ้าร้อยละ 2.2 ยาไอซ์ร้อยละ 1.7 ร้อยละ 5.6 เคยเล่นการพนัน และใช้สารเสพติด วัยรุ่นที่เล่นการพนัน และใช้สารเสพติด มีผู้ที่เล่นการพนันก่อนใช้สารเสพติดมากถึงร้อยละ 54.8 ผู้ที่เริ่มเล่นการพนันพอ ๆ กับเริ่มใช้สารเสพติด พบร้อยละ 27.9 ส่วนผู้ที่ใช้สารเสพติดมาก่อนการเล่นการพนันพบเพียงร้อยละ 17.3

การติดการพนันเปรียบเสมือนการติดสารเสพติด วัยรุ่นในสถานศึกษาที่เล่นการพนัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดเป็น 4 เท่าของผู้ไม่เล่นการพนัน (COR = 4.803, 95%CI = 3.575 – 6.454, P-value <0.001)

คำสำคัญ: การพนัน, สารเสพติด, วัยรุ่น

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding Author: Poonrut Leyatikul. E-mail: poonrut leyatikul@gmail.com

Received 25/11/2020

Revised 18/01/2021

Accepted 03/02/2021

THE RELATIONSHIP BETWEEN GAMBLING BEHAVIOR AND SUBSTANCE USED AMONG ADOLESCENTS IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Poonrut Leyatikul, Rungsiya Wonguppa*, Natthawat Vongchavalitkul***

ABSTRACT

This survey research aimed to study the relationships of adolescent gambling behavior and substance use in educational institutions, Nakhon Ratchasima Province. The sample consisted of 2,497 private educational institution students / students from primary school to university in 3 educational institutions. Data were collected by questionnaires. In the academic year 2018, data were analyzed by descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation. Risk factor analysis by statistics Chi Square, Odd Ratio (OR) and 95% confidence interval

The results revealed that 55.20% of the sample were female, with a mean age of 17.71 years. Up to a third were gambling. The average age of the first gambling is 14.47 years (SD 3.19), with more than half of it being card gambling. The experience of using substance abuse was found that 10.1%. The most drug used was marijuana 4.7%, followed by methamphetamine 2.2%, ice drug 1.7 %. 5.6% have ever gambled and used substance abuse. Adolescents who gamble and use substance abuse 54.8% gamble before using substance abuse. 27.9 % of those who started gambling and began using substance abuse were found. As for those who used drugs before gambling 17.3% were found.

Gambling addiction is a substance addiction. Adolescents in academies who have been gambling were four times more likely to use substance abuse as non-gambling (COR = 4.803, 95% CI = 3.575 - 6.454, P-value <0.001).

Keywords: Gambling, Drug, Adolescence

* Faculty of Public Health, Vongchawalitkul University.

** Faculty of Business Administration, Vongchavalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การพนันเป็นกิจกรรมที่อยู่คู่กับมนุษย์ทุกสังคม เชื้อชาติเผ่าพันธุ์และทุกอารยธรรมมานาน การเล่นพนันก่อให้เกิดการเสพติด (Addiction) เช่นเดียวกับการเสพยาเสพติด การเสพติดการพนันมักก่อให้เกิดผลร้ายอื่น ๆ ต่อตัวบุคคลตามมานับไม่ถ้วน อาทิเช่น การก่อหนี้สินจนทำให้บุคคลสิ้นเนื้อ ประดาตัว ถูกให้ออกจากงาน การทะเลาะหรือทำร้ายร่างกายคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาเรื่องการเงิน เพื่อนำเงินไปเล่นพนันต่อหรือเพื่อใช้นั้นพนัน การถูกทำร้ายจากการทวงคืนหนี้พนัน หรือแม้แต่ปัญหาการฆ่าตัวตายเมื่อสูญเสียเงินเป็นจำนวนมากจากการพนัน¹⁻³

มีการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มมีพฤติกรรมการเล่นการพนัน คือ 11.5 ปี เยาวชนร้อยละ 80.2 เคยเล่นการพนันในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 35.1 มีการเล่นการพนันอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งโดยมีพฤติกรรมการเล่นพนันน้อยกว่าพฤติกรรมเสพติดอื่น ๆ รวมถึงการสูบบุหรี่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาผิดกฎหมาย⁴ ผลของการเล่นพนันส่งผลให้เยาวชนขาดเรียน เสียสมาธิหรือหลับระหว่างเรียน ผลการเรียนตกต่ำ ถูกกล่าวโทษตักเตือนจากอาจารย์/ครอบครัว หรือถูกจับกุมและเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยง เช่น บุหรี่ สุรา พฤติกรรมเสพยาเสพติดอื่น ๆ⁵ ซึ่งการแพร่ระบาดของสารเสพติดในเยาวชนเป็นปัญหาสำคัญและพบว่าเยาวชนเริ่มใช้สารเสพติดในช่วงอายุน้อยลง⁶

ผู้ที่มีปัญหาจากการพนัน หรือผู้ติดการพนัน คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ในทางแพทย์เรียกว่าเป็นโรค pathological gambling disorder แต่ในปัจจุบันมีการปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของโรค จึงจัดโรคติดการพนันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกับโรคที่เกี่ยวกับการเสพติดหรือการใช้สารเสพติด (Substance-Related and Addictive Disorders) และปรับชื่อโรคเป็น gambling disorder⁷

จะเห็นว่าการพนันและสารเสพติดมีผลให้เกิดความต้องการหรือการเสพติดคล้ายกันและก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมามากมาย อีกทั้งเยาวชนที่เริ่มต้นเล่นการพนันมีโอกาที่จะใช้สารเสพติดตามมา ดังนั้น การศึกษาการเล่นการพนันที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเล่นการพนันกับการใช้สารเสพติดและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันลดความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดในเยาวชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเล่นการพนันของวัยรุ่นในสถานศึกษา
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นการพนันกับการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา

วิธีการศึกษา (Method)

แบบการศึกษา

การวิจัยเชิงสำรวจชนิดภาคตัดขวาง (Cross sectional survey study) เพื่อทำการศึกษาพฤติกรรมการเล่นการพนัน ในนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา/สถาบันการศึกษา เอกชนตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาถึงอุดมศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกสถานศึกษา

1) เป็นสถานศึกษาเอกชน/สถาบันการศึกษาเอกชน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาที่มีนักเรียน/นักศึกษาทุกระดับชั้นที่เปิดสอน ในปีการศึกษา 2561

2) เป็นสถานศึกษาเอกชน/สถาบันการศึกษาเอกชน ที่สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษานี้

ประชากรเป้าหมาย คือ นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา/สถาบันการศึกษา เอกชนที่ได้รับการคัดเลือก 3 แห่ง ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาถึงอุดมศึกษา ที่ลงทะเบียนเรียนในระดับชั้นต่าง ๆ ในปีการศึกษา 2561 พบว่า มีนักเรียนเป้าหมายในการศึกษาทั้งสิ้น 3,001 คน ประกอบด้วย

ระดับสามัญศึกษา จำนวน 868 คน

ระดับอาชีวศึกษา นักศึกษา จำนวน 1,100 คน

ระดับอุดมศึกษา นักศึกษาระดับ

ปริญญาตรี จำนวน 2,323 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรเป้าหมายที่สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา

ในระดับสามัญศึกษาได้ชี้แจงและขอความยินยอมผู้ปกครองในกรณีที่นักเรียน/นักศึกษา อายุไม่ถึง 18 ปี โดยใช้ของจดหมายเปล่าที่ปิดอากรแสตมป์ที่แนบมากับจดหมายส่งคำยินยอมกลับมาภายใน 1 สัปดาห์ ผู้ปกครองที่ไม่ตอบกลับภายในเวลาที่กำหนด จะนับว่าไม่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษานี้ พบว่ามีผู้ปกครองยินยอมร่วมในการศึกษา 629 คน

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมคำยินยอมถึงนักเรียน/นักศึกษา

1) อายุ 18 ปีขึ้นไป ทุกคน

2) ในกรณีที่นักเรียน/นักศึกษา อายุ ไม่ถึง 18 ปี เฉพาะที่ผู้ปกครองให้ความยินยอม

โดยใช้ของจดหมายเปล่าที่ปิดอากรแสตมป์ที่แนบมากับจดหมาย ส่งแบบสอบถามพร้อมคำยินยอมกลับมาภายใน 1 สัปดาห์ นักเรียน/นักศึกษาที่ไม่ตอบกลับภายในเวลาที่กำหนด หรือตอบกลับแต่มีไม่ครบทั้งแบบสอบถามและคำยินยอม จะนับว่าไม่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษานี้ พบว่ามีนักเรียน/นักศึกษาร่วมในการศึกษา 2,497 คน ประกอบด้วย

ระดับสามัญศึกษา จำนวน 629 คน

ระดับอาชีวศึกษา นักศึกษา
จำนวน 791 คน

ระดับอุดมศึกษา นักศึกษาระดับ
ปริญญาตรี จำนวน 1,077 คน

การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวม ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ
ของวัยรุ่นในสถานศึกษา ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล
3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็น
แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล
ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานที่เกิด
สถานบันการศึกษา ระดับการศึกษา ที่พัก ผลการ
เรียน ค่าใช้จ่าย รายได้ สถานภาพนักเรียน
(14 ข้อ)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการเล่นการ
พนัน (12 ข้อ)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมด้านสิ่งเสพติด
(5 ข้อ)

การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content
Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้
ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา จำนวน 3 ท่าน ปรับปรุง
แก้ไขเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลให้ความ
เหมาะสมตามข้อเสนอต่าง ๆ ของผู้เชี่ยวชาญ

วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง
ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย
(ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและ

วัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence
Index: IOC) และข้อเสนอแนะต่าง ๆ จากผล
การตอบของผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาเลือกข้อ
คำถามที่มีระดับความตรงที่ 0.5 ขึ้นไป ปรับปรุง
แก้ไขแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมตาม
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อเริ่มปีการศึกษา 2561 ผู้วิจัยติดต่อ
ประสานความร่วมมือ ผู้เกี่ยวข้อง 3 สถาบัน
เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
ให้นักเรียน นักศึกษากลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบ
ลงในแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่วิจัยรวบรวม
แบบสอบถามทั้งหมดกลับมาตรวจสอบและ
บันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive
statistics) แสดงลักษณะข้อมูลของกลุ่ม
ตัวอย่างโดยนำเสนอในรูปตารางสถิติพื้นฐาน
ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัย

- สถิติวิเคราะห์ (Analytic statistics)
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเล่น
การพนันกับการใช้สารเสพติด โดยคำนวณหา
ค่า Chi Square, Odd Ratio (OR) และ 95%
confidence interval

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 55.20 โดยมีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศ
ชายในระดับสามัญศึกษาเท่ากับ 1:1 ระดับ

อาชีวศึกษา 1:2 ส่วนในระดับอุดมศึกษามี อายุเฉลี่ยประมาณ 17.71 ปี (SD=3.94) ส่วนใหญ่ อัตราส่วน 3:1 โดยทุกกลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วน พักอยู่กับพ่อแม่ ค่าใช้จ่ายต่อเดือนโดยเฉลี่ย ของเพศกำเนิดและเพศวิถีไม่แตกต่างกัน 4,267.24 บาท (SD=3,634.79) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน/นักศึกษาทุกกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	ประถม	มัธยม	อาชีวศึกษา	อุดมศึกษา	รวม
	n=271	n=358	n=791	n=1,077	n=2,497
1 เพศ:					
• ชาย	48.0	49.2	68.1	25.6	44.8
• หญิง	52.0	50.8	31.9	74.4	55.2
2 อายุ (ปี):					
mean	10.48	14.07	17.71	20.74	17.71
±sd	± 0.87	± 1.59	± 1.83	± 2.39	± 3.94
3 พักอยู่กับ:					
• คนเดียว	0.4	0.8	22.3	55.6	31.2
• พ่อแม่	83.3	81.6	47.2	19.5	44.1
• เพื่อน	-	0.3	10.4	13.9	9.3
•ญาติพี่น้อง	15.6	17.3	19.5	10.3	14.8
• อื่น ๆ เช่น แฟน	0.7	-	0.6	0.7	0.6
4 ค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท):					
mean	1,569.41	2,290.36	4,029.92	5,753.91	4,267.24
±sd	± 3,094.6	± 1,812.7	± 3,232.6	± 3,699.3	± 3,634.8

พฤติกรรมด้านการพนัน พบว่า มีการเล่น การพนันถึงหนึ่งในสาม คือ ร้อยละ 30.80 เคย เล่นการพนัน โดยมีอายุเฉลี่ยของการเล่นการ พนันครั้งแรก 14.47 ปี (SD 3.19) โดยเกินครึ่ง เป็นการ เล่นการพนันประเภทไพ่ รองลงมาเป็น สลากกินแบ่ง ฟุตบอล และหวยใต้ดิน

ตามลำดับ สาเหตุที่เล่นการพนันครั้งแรก คล้ายคลึงกัน ทุกระดับ ได้แก่ เพื่อนชวน เพื่อ ความตื่นเต้นเพลิดเพลิน และเสี่ยงโชค ตามลำดับ คนที่ชวนให้เล่นการพนัน คือ เพื่อน หรือเป็นการเล่นด้วยตนเองในสัดส่วนที่ ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการเล่นการพนันครั้งจำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมการเล่นการพนัน: ร้อยละ	ประถม	มัธยม	อาชีวะ	อุดมศึกษา
1 เคยเล่นการพนัน	n=271	n=358	n=791	n=1,077
• เคย	8(3.0)	61(17.0)	313(39.6)	389(36.1)
2 เล่นการพนันครั้งแรก ตอนอายุ (ปี):	n=8	n=61	n=313	n=386
• mean	9.5	12.9	13.8	15.3
• $\pm$ sd	± 1.20	± 2.06	± 2.78	± 3.35
• Median(พิสัย)	10(7-11)	13(7-18)	14(5-20)	15(2-26)
3 ชนิดของการพนันที่เล่นครั้งแรก	n=8	n=61	n=313	n=386
• สลากกินแบ่งรัฐบาล	-	8.5	14.1	19.4
• หวยได้ดิน	-	6.8	2.9	11.9
• ไพ่	50.0	55.9	56.7	53.9
• ฟุตบอล	-	10.2	9.3	7.0
• มวย หรือมวยคู่/ไก่ชน/กีฬาพื้นบ้าน	25.0	6.8	10.9	3.2
• การพนันผ่านอินเทอร์เน็ต	-	-	2.2	1.0
• การพนันประเภทอื่น ๆ เช่น ไฮโลน้ำเต้าปูปลา บิงโก ไป่ก้อย	25.0	11.9	3.2	3.4
4 เหตุผลสำคัญที่สุดที่เล่นการพนันครั้งแรก	n=8	n=59	n=311	n=386
• เพื่อนชักชวน	14.3	28.6	40	33.7
• ที่บ้านสอน	14.3	1.8	5.5	5.2
• เป็นการเสี่ยงโชค	28.6	14.3	14.5	20.5
• เป็นการหารายได้เสริม	-	-	6.8	5.4
• เพื่อความตื่นเต้นและเพลิดเพลิน	-	21.4	16.5	25.4
• คิดว่ามีโอกาสชนะมาก	28.6	5.4	1.3	1.3
• อื่น ๆ เช่น ลองเล่นเฉย ๆ พ่อแม่ชวน เพื่อความสนุก ฯลฯ	14.3	5.4	5.4	1.8
5 คนที่เป็นคนชักชวนให้เล่นการพนันครั้งแรก	n=7	n=57	n=310	n=386
• ไม่มีใครชักชวน เล่นด้วยตนเอง	28.6	51.8	48.4	36.8
• พ่อ/แม่	14.3	-	4.8	2.6
• พี่น้อง/ญาติ	42.9	16.1	6.1	11.9
• เพื่อน	14.3	32.1	39.7	48.7
• อื่น ๆ	-	-	1.0	-

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีการเล่นการพนันมากกว่าร้อยละ 16.42 โดยเล่นที่บ้านหรือหอพักมากที่สุด รองลงมา เล่นกับเจ้ามือหรือเอเยนต์ และเล่นผ่านอินเทอร์เน็ต ตามลำดับ ประเภทของการเล่นการพนันในแต่ละระดับที่พบว่า

แตกต่างจากภาพรวม ได้แก่ ระดับสามัญศึกษาพบว่า มีการพนันไ้ชนร่วมด้วย แหล่งเงินที่นำมาใช้ในการเล่นการพนันเป็นการนำเงินเก็บส่วนตัวมาใช้มากที่สุด รองลงมาเป็นเงินจากทางบ้าน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการเล่นการพนันจำแนกตามระดับการศึกษาใน 12 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรมการเล่นการพนัน: ร้อยละ	ประถม	มัธยม	อาชีว	อุดมศึกษา
1 การเล่นพนันในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา	n=271	n=358	n=791	n=1,077
• เล่น	0	27(8.0)	152(15.8)	231(21.5)
2 ช่องทาง/สถานที่ที่เล่นการพนันบ่อยที่สุด	n=0	n= 27	n=150	n=230
• ร้านค้า	-	3.8	11.7	7.6
• บ่อน	-	3.8	19.3	7.1
• อินเทอร์เน็ต	-	23.1	22.1	20.5
• ผู้เร่ขาย	-	11.5	4.8	8.6
• เจ้ามือ/ตัวแทน/เอเยนต์	-	23.1	21.4	24.8
• อื่น ๆ เช่น บ้าน หอพัก บ้านเพื่อน ห้องเพื่อน บ้านญาติ	-	34.6	20.7	31.4
3 ประเภทของการพนันที่เล่น	n=271	n=358	n=791	n=1,077
• สลากกินแบ่งรัฐบาล	-	1.4	6.5	9.7
• หว่ยใต้ดิน	-	2.5	3.2	9.2
• ไพ่	-	3.9	10.4	12.1
• ฟุตบอล	-	0.8	6.2	4.4
• มวย หรือมวยคู่ / ไกชน/ กีฬาพื้นบ้าน	-	2.3	5.8	3.8
• ม้าแข่ง	-	-	1.0	0.6
• การพนันผ่านอินเทอร์เน็ต	-	0.3	2.7	2.5
• การพนันประเภทอื่น ๆ เช่น ไฮโล ไป่ก้อย เกมส่ รถแข่ง	-	1.7	0.8	0.6
4 แหล่งเงินที่นำมาใช้ในการเล่นการพนัน	n=0	n= 27	n=150	n=213
• เงินเก็บส่วนตัว	-	70.4	64.7	64.8
• เงินจากทางบ้าน/ผู้ปกครอง	-	14.8	19.3	23
• รายได้จากการทำงาน	-	7.4	4	5.6
• กองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา	-	-	1.3	1.9
• เงินจากการเล่นพนันครั้งที่ผ่าน ๆ มา	-	7.4	6.7	4.2
• รายได้จากการเดินไทย	-	-	1.3	0.5
• อื่น ๆ	-	-	2.7	

พฤติกรรมด้านสิ่งเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยใช้สารเสพติดร้อยละ 10.1 โดยระดับอาชีวศึกษาเคยใช้สิ่งเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 15.42 โดยมีอายุที่เคยใช้สารเสพติดครั้งแรกน้อยกว่า 15 ปี ในทุกระดับการศึกษา

ด้านประสบการณ์การใช้สารเสพติดพบว่า วัยรุ่นในสถานศึกษาทุกระดับการศึกษาเคยใช้

กัญชามากที่สุดร้อยละ 4.7 รองลงมา ได้แก่ ยาบ้าร้อยละ 2.2 และยาไอซ์ร้อยละ 2.1 ในระดับอาชีวศึกษา พบมีการใช้สารเสพติดประเภทกระท่อม/น้ำต้มกระท่อมผสมสารอื่นเป็นอันดับสาม และระดับอุดมศึกษามีการใช้ยาเคมากกว่ากระท่อม/น้ำต้มกระท่อม (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดจำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมด้านสิ่งเสพติด: ร้อยละ	ประถม	มัธยม	อาชีว	อุดมศึกษา	รวม
1 เคยใช้ยาเสพติด:	n=271	n=358	n=791	n=1,077	n=2,497
• เคย	0	16(4.5)	119(15.0)	80(7.4)	251(10.1)
2 อายุที่เคยลองใช้ยาเสพติดครั้งแรก:	n=0	n=16	n=119	n=80	n=251
• 14 ปี หรือ ต่ำกว่า	-	56.3	37.8	18.3	31.6
• 15 ปี	-	37.5	37.8	25.4	32.8
• 16 ปี	-	6.3	7.8	11.3	9.0
• 17 ปี	-	-	8.9	23.9	14.1
• 18 ปี	-	-	5.6	11.3	7.3
• 20 ปี หรือ มากกว่า	-	-	2.2	9.9	5.1
3 ประสบการณ์การใช้ยา หรือสารเสพติด:	n=271	n=358	n=791	n=1,077	n=2,497
• เคยใช้กัญชา	-	11(3.1)	52(6.6)	53(4.9)	116(4.7)
• เคยใช้ยาบ้า	-	4(1.1)	32(4.1)	25(2.3)	56(2.2)
• เคยใช้ไอซ์	-	2(0.6)	19(2.4)	21(2.0)	42(1.7)
• เคยใช้กระท่อม หรือ น้ำต้ม	-	2(0.3)	20(2.5)	11(1.0)	33(1.3)
• เคยใช้ยาเค	-	1(0.3)	12 (1.5)	16(1.5)	29(1.2)
• เคยใช้ยาอี/ยาเลิฟ	-	1(0.3)	7(0.9)	12(1.1)	20(0.8)
• เคยใช้สารระเหย	-	-	4(0.5)	1(0.1)	5(0.2)

จากการศึกษา ร้อยละ 5.6 ของวัยรุ่นเคยมีพฤติกรรมการเล่นการพนัน และใช้สารเสพติด

และยังพบว่า ในกลุ่มนี้มีผู้ที่เล่นการพนันก่อนใช้สารเสพติดมีมากถึงร้อยละ 54.8 ผู้ที่เริ่มเล่นการ

พนันพอ ๆ กับเริ่มใช้สารเสพติดพบร้อยละ 27.9 ส่วนผู้ใช้สารเสพติดมาก่อนการเล่นการพนันพบเพียงร้อยละ 17.3 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเล่นการพนันกับการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นพบว่า พฤติกรรมการเล่นการพนัน มี

ความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่เล่นการพนันจะมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด เป็น 4.803 เท่าของผู้ไม่เล่นการพนัน (OR = 4.803, 95% CI = 3.575 – 6.454, P-value <0.001) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์การเล่นการพนันการการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา

	การใช้สารเสพติด		COR	95% CI for COR		P-value
	ใช้ n (%)	ไม่ใช้ n (%)		Lower	Upper	
การเล่นการพนัน						
เล่น	139 (18.0)	632 (82.0)	4.803	3.575	6.454	0.000
ไม่เล่น	75 (4.4)	1638 (95.6)	1	-	-	-

P-value: Chi-square test

ปัญหาจากการเล่นการพนันส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นในสถานศึกษามากมาย ปัญหาที่พบจากการเล่นการพนันในระดับอุดมศึกษา คือ รายได้ไม่พอใช้ เนื่องจากนำเงินไปเล่นการพนัน และถูกโกง (ไม่จ่ายหรือจ่ายไม่ครบ) ในระดับ

อาชีวศึกษาส่วนใหญ่เป็นการถูกโกง (ไม่จ่ายหรือจ่ายไม่ครบ) และมีความเครียดมาก ส่วนในระดับสามัญศึกษาเป็นเรื่องผลการเรียนที่ลดลง และถูกโกง (ไม่จ่ายหรือจ่ายไม่ครบ) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ปัญหาจากการเล่นการพนันจำแนกตามระดับการศึกษา

ปัญหาจากการเล่นพนัน: ร้อยละ	ประถม	มัธยม	อาชีวะ	อุดมศึกษา
	n=8	n=61	n=313	n=386
• ผลการเรียนลดลงหรือตกต่ำ	-	8.2	4.2	3.4
• ถูกโกง (ไม่จ่ายหรือจ่ายไม่ครบ)	-	8.2	8.9	7.8
• มีปัญหาทะเลาะกับคนในครอบครัว	-	-	3.2	1.3
• ต้องหาเงินมาเล่นให้ได้แม้ว่าจะทำในสิ่งไม่ถูกต้อง	-	3.3	3.8	3.6
• มีความเครียดมาก	-	3.3	4.5	4.7
• รายได้ไม่พอใช้ เนื่องจากนำเงินไปเล่นการพนัน	-	3.3	3.8	10.6
• อื่น ๆ	-	11.5	15.0	10.9

วิจารณ์ (Discussions)

วัยรุ่นในสถานศึกษามีการเล่นการพนันถึงหนึ่งในสาม โดยมีอายุเฉลี่ยของการเล่นการพนันครั้งแรก 14.47 ปี (SD 3.19) เกินครึ่งเป็นการเล่นการพนันประเภทไพ่ รองลงมาเป็นสลากกินแบ่ง ฟุตบอลและหวยใต้ดิน ปัญหาที่พบจากการเล่นการพนันในระดับอุดมศึกษาและอาชีวศึกษาส่วนใหญ่เป็นการถูกโกง และเงินไม่พอใช้สอดคล้องกับสุชาติ ภัยหลั และคณะ⁷ ซึ่งพบว่า นักเรียนกว่าหนึ่งในห้าเคยเล่นการพนัน โดยการพนันที่เริ่มเล่นมากที่สุด คือ ไพ่ ไฮโล สลากกินแบ่งรัฐบาล และพนันบอล ปัญหาสำคัญจากการเล่นการพนัน คือ ถูกโกง ผลการเรียนตกต่ำ เครียด และรายได้ไม่พอใช้จ่าย

สารเสพติดที่นักเรียนเคยใช้และใช้ในรอบ 12 เดือนมากที่สุด คือ ัญชา รองลงมาคือ ยาบ้า และไอซ์ ทั้งนี้ นักเรียนอาชีวศึกษา ที่ใช้สารเสพติดมีสัดส่วนมากกว่านักเรียนสายสามัญ สอดคล้องกับการศึกษาของพิภพ จิตนำทรัพย์ และนวลลออ วิวัฒน์วรพันธ์⁸ พบว่าวัยรุ่นในเขตเมืองมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยใช้กัญชา ร้อยละ 3.0 ยาบ้าร้อยละ 1.2 อายุที่เคยใช้สารเสพติดครั้งแรก พบว่าวัยรุ่นในสถานศึกษามีอายุที่เริ่มใช้สารเสพติดน้อยกว่า 15 ปี ในทุกระดับการศึกษา ซึ่งอาจเพราะเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง และมีการชักชวนจากเพื่อนทำให้เข้าไปลองใช้สารเสพติดได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา ดำนักรังกูล⁹ ที่พบว่า อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกเริ่มตั้งแต่ 15-19 ปี โดยสารเสพติด

ประเภท ยาบ้า ัญชา อายุที่เริ่มใช้ประมาณ 15 ปี ส่วน ยาอี และไอซ์อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ 16 ปี

ข้อค้นพบสำคัญจากการศึกษาซึ่งพบว่าวัยรุ่นในสถานศึกษาที่เล่นการพนันมีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติด สอดคล้องกับ สุวพันธุ์ คะโยธา แล วุทธิพงศ์ ภักดีกุล¹⁰ พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเยาวชนในโรงเรียนมัธยมศึกษา คือ เพศ อายุ การเล่นพนัน การเที่ยวกลางคืน การติดการพนันเปรียบเสมือนการติดสารเสพติด และโรคติดการพนันถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกับโรคที่เกี่ยวกับการเสพติดหรือการใช้สารเสพติด (Substance-Related and Addictive Disorders) และปรับชื่อโรคเป็น Gambling Disorder^{11,12}

ข้อยุติ (Conclusions)

ร้อยละ 10 วัยรุ่นในสถานศึกษาเคยใช้สารเสพติด โดยระดับอาชีวศึกษาเคยใช้สิ่งเสพติดมากที่สุด อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ปี พบมากถึงร้อยละ 30 ประสบการณ์การใช้สารเสพติดกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยใช้กัญชา รองลงมา ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ กระเทียม/น้ำต้มใบกระเทียมผสมสารอื่น ยาเค ยาอี/ยาเลิฟ ตามลำดับ และพบว่าผู้ที่เล่นการพนันจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด เป็น 4.803 เท่าของผู้ไม่เล่นการพนัน ดังนั้น พฤติกรรมการเล่นการพนันวัยรุ่นในสถานศึกษาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และนำไปสู่การใช้สารเสพติดในอนาคต

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

จากการศึกษาควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดแนวทางวางและวางนโยบายในการป้องกันทั้งในสถานศึกษาและชุมชน

1) สถาบันการศึกษาควรมีการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในนักเรียน นักศึกษาเป็นประจำทุกปีเพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหาเพื่อให้ทราบปัญหาและสามารถป้องกันแก้ไขได้ อีกทั้งเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มของปัญหาที่เกิดขึ้น

2) ควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการคัดกรองดูแล และให้คำปรึกษาแก่นักเรียน นักศึกษาที่เริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อให้การดูแลช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

3) สถานศึกษาควรมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อปัญหา ควรส่งเสริมให้สถานศึกษาปรับการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาเยาวชนให้มี EQ ทักษะชีวิต ทั้ง

ทักษะชีวิตทั่วไป และทักษะชีวิตเฉพาะทาง รวมทั้งมีระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้ครอบคลุมทุกสถานศึกษา

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลการวิจัยพบว่าการพนันและสารเสพติดมีผลให้เกิดความต้องการหรือการเสพติดคล้ายกัน และก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมามากมาย เยาวชนที่เริ่มต้นเล่นการพนันมีโอกาสที่จะใช้สารเสพติดตามมา กล่าวได้ว่าพฤติกรรมการเล่นการพนันวัยรุ่นในสถานศึกษาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และนำไปสู่การใช้สารเสพติดในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ที่สนับสนุนทุนวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ladouceur R, Boisvert JM, Pépin M, Loranger M, Sylvain C. Social cost of pathological gambling. *Journal of gambling studies* 1994; 10(4): 399-409.
2. Volberg RA. The Prevalence and Demographics of Pathological Gamblers: Implications for Public Health. *American Journal of Public Health* 1994; 84(2): 237-241.
3. Walker DM, Barnett AH. The social costs of gambling: An economic perspective. *Journal of Gambling Studies* 1999; 15(3): 181-212.
4. Gupta R, Derevensky JL. Adolescent Gambling Behavior: A Prevalence Study and Examination of the Correlates Associated with Problem Gambling. *J Gambl Stud* 1998; 14: 319-345

5. Leksreenak K, Ploydanai N, Sukchotrat V. Gambling Behavior Among Adolescent and Youth in Thailand: A Case Study of Young People's Gambling Behaviours in Bangkok Area. **KKU research journal (Graduate Study)** 2012; 12(4): 132-146. [in Thai].
6. Kanato M, Thaikla K, Assanangkornchai S, Areesantichai C, Jaroenratana S, Leyatikul P, et al. **Report on Size Estimation of Substances Users in Thailand 2019**. Bangkok: Charunsanitwong printing house; 2019.
7. Paileeklee S, Dithisawatwet S, Seeoppalat N, Thaikla K, Jaroenratana S, Chindet A, et al. **A Surveillance of alcohol, tobacco, substance use and health- risk behaviors among high school students in Thailand**. Khon Kaen; Academic Network Faculty of Medicine Khon Kaen University; 2016. [in Thai].
8. Chitnamsap P, Wiwatworaphan N. Youth Risk Behavior Survey: Muang District, Nakhonratchasima, Thailand. **The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima** 2010; 16(2): 51-63.
9. Danthamrongkul W. Substance Use among Adolescents in Probation and Treatment Systems. **Journal of Health Research** 2007; 21(2): 155-162.
10. Kayotha S, Phakdeekul W. Risk Factors for Drug Use and Factors affecting Drug Use Protection of Junior High Schools Students in Sakon Nakhon Municipality. **Journal of Sakon Nakhon Hospital** 2018; 21(3), 84-95.
11. Aphinanthavej S. **System to assist those affected by gambling from knowledge to concrete creation**. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing; 2015. [in Thai]
12. Public Policy Information Center, Reducing Gambling Problems. **Fact Sheet 20. Signs "Gambling Addiction"** Bangkok: Public Policy Information Center, Reducing Gambling Problems; 2017.

ลักษณะครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิในตัวเมือง จังหวัดขอนแก่น

กิตติมา เทพรังศิริกุล*, วริสรา ลูวีระ**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิในตัวเมืองของจังหวัดขอนแก่น จำนวน 167 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลา (Time frame allocation) ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2562 ด้วยแบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ โดยสถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความชุก สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยใช้ Chi-square test

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.3 อายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 37.7 อยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 56.3 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป จะมีการปฏิบัติตัวที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่น้อยกว่า

คำสำคัญ: ครอบครัว, เบาหวาน, หน่วยบริการปฐมภูมิ

*โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

**ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author: Kittima Teprungsirikul. E-mail: k.taprungrsirikul@gmail.com

Received 11/01/2021

Revised 08/03/2021

Accepted 22/03/2021

ASSOCIATION BETWEEN FAMILY STRUCTURE AND COMPLIANCE OF DIABETES MELLITUS PATIENTS AT A PRIMARY CARE UNIT, KHON KAEN PROVINCE

Kittima Teprungsirikul, Varisara Luvira***

ABSTRACT

This retrospective study aimed to evaluate the family pattern and association between the family pattern and compliance of the diabetes mellitus patients. The population of this study included 167 diabetes mellitus patients who attended a primary care unit in Khon Kaen Province between July and August 2019. Data was collected using questionnaire interview. Data were described using proportion, percentage, mean. The association was determined using Chi-square test.

Most of the participants were female (68.3%). The most common age range was 70-79 years (37.7%). Most of them come from expanded family (56.3%). There was no association between the family structure and compliance of the patients. The number of family member tends to relate with the compliance of the patients. The patients with more than five family members tend to have more treatment compliance compared with the patients with less family members.

Keywords: family, diabetes mellitus, primary care unit

* Ban Phai Hospital, Khon Kaen

** Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยเบาหวานจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามระยะต่าง ๆ ของการดำเนินโรค ตั้งแต่ระยะเริ่มวินิจฉัยไปจนถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ¹ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ไต จอตา หัวใจ² โดยความสำเร็จในการควบคุมโรคเบาหวานขึ้นกับหลายปัจจัย จึงควรมีการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งให้ความรู้ เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนต้องอาศัยความร่วมมือและสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน³ ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อชะลอไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังตามมา และเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁴

การควบคุมโรคเบาหวานขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ การควบคุมอาหาร⁵ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การบริหารจัดการความเครียด อายุ เพศ โรคร่วมต่าง ๆ การดูแลต่อเนื่อง มาติดตามการรักษาตามนัด^{5,6} การทำหน้าที่ของครอบครัว และรวมทั้ง การสนับสนุนจากครอบครัว⁷ ดังนั้นนอกจากตัวผู้ป่วยที่ต้องดูแลตัวเองแล้ว การสนับสนุนให้

บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานก็เป็นสิ่งที่สำคัญ²

มีหลายการศึกษาที่ศึกษาถึงครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกคนหนึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว⁸ โดยปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ดี จะมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีด้วย^{9,10} ส่วนปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน¹¹ รวมถึงการควบคุมอาหาร¹² ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้¹³ จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมเบาหวานได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงลักษณะของครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิในตัวของจังหวัดขอนแก่น และความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิในตัวของจังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิในตัวเมืองของจังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) จากการใช้แบบสอบถามเชิงสัมภาษณ์ โดยศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิในตัวเมืองของจังหวัดขอนแก่น จำนวน 167 คน ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2562

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิในตัวเมืองของจังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิในตัวเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมอย่างน้อย 3 เดือน ที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

คือ ผู้ป่วยที่ติดเตียงหรือทุพพลภาพที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ ผู้ป่วยที่ย้ายถิ่นฐานออกนอกพื้นที่ที่เก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในตัวเมืองของจังหวัดขอนแก่น ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามและนำค่าความชุกที่ได้ไปคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป WinPepi แทนค่าโดย Confidence level = 95%, acceptable difference = 0.029, Assumed proportion = 0.29, (optional) population size = 202, expected loss of subjects = 10% ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 167 คน จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลา (Time frame allocation)

ค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

1. ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยว และญาติพี่น้อง เช่น ปู่ย่าตายาย ลูกป้าหลาน
2. ครอบครัวอื่นๆ หมายถึง ครอบครัว 1 รุ่น ประกอบด้วย สามี ภรรยา หรือครอบครัว 2 รุ่น ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก หรือครอบครัวลักษณะเฉพาะ เช่น ครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวอยู่คนเดียว เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างจากแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย
ด้วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 ลักษณะครอบครัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมฯ แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต
หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ หลังจากนั้น
ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วม
การศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จัดทำเป็นฐานข้อมูล
Microsoft Excel แล้วทำ double entry ด้วย
โปรแกรม Epi info for dos เพื่อตรวจสอบ
ความถูกต้องและใช้โปรแกรม SPSS for
Windows เพื่อตรวจสอบ ความเป็นไปได้ของ
ข้อมูล เพื่อแก้ไขฐานข้อมูลให้ถูกต้อง จากนั้น
จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทาง
สถิติ SPSS for Windows และ Epi Info for
Windows วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิง
พรรณนา โดยใช้ ค่าความชุก สัดส่วน ร้อยละ
ค่าเฉลี่ยและสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยใช้ Chi-
square test

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ
HE621113 โดยเป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูล
โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์อาสาสมัครที่ยินดีเข้า
ร่วมการศึกษา โดยใช้แบบสอบถามชนิด
สัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยถือเป็น
ความลับ จะไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ หรือข้อมูล
อันจะทำให้ผู้อื่นใช้อ้างอิงถึงผู้เป็นเจ้าของ
ข้อมูลได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำ
การวิเคราะห์เพื่อนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาค้างนี้ เก็บข้อมูลจาก
อาสาสมัครทั้งหมด 167 คน ส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง (ร้อยละ 68.3) อายุอยู่ในช่วง 70-
79 ปี (ร้อยละ 37.7) โดยมีค่ามัธยฐานของ
อายุ 67 ปี และพิสัยควอไทล์ 13 ส่วนใหญ่
จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ
62.3) สถิติการรักษาบัตรทองในพื้นที่
(ร้อยละ 73.6) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 54.5)
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=167)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	31.7
หญิง	114	68.3
อายุ		
ต่ำกว่า 60	41	24.6
60-69	52	31.1
70-79	63	37.7
80 ขึ้นไป	11	6.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	104	62.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	9.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	20	12.0
อนุปริญญา / ปวส.	7	4.2
ปริญญาตรี	10	6.0
อื่น ๆ	11	6.6
สิทธิการรักษา		
บัตรทองในพื้นที่	123	73.6
ประกันสังคมในพื้นที่	4	2.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	33	19.8
อื่น ๆ	7	4.2
การประกอบอาชีพ		
ประกอบอาชีพ	91	54.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	76	45.5

2. ลักษณะของครอบครัว

โครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่เป็น
ครอบครัวขยาย (ร้อยละ 56.3) โดยผู้ป่วย

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 58.1) มี
สมาชิกในครอบครัว (รวมผู้ป่วย) 4 คน
(ร้อยละ 24.6) โดยคนที่อาศัยด้วยใน

ครอบครัว ส่วนใหญ่จะเป็นบุตร (ร้อยละ 63.5) รองลงมาคือ คู่สมรส (ร้อยละ 57.5) และหลาน (ร้อยละ 56.3) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ลักษณะครอบครัว

โครงสร้างครอบครัว	จำนวน (n=167)	ร้อยละ
โครงสร้างครอบครัว		
ครอบครัวขยาย	94	56.3
ครอบครัวอื่น ๆ	73	43.7
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
1	9	5.4
2	34	20.4
3	29	17.4
4	41	24.6
5	28	16.8
6-10	26	15.6
สมาชิกในครอบครัว		
คู่สมรส	96	57.5
บุตร	106	63.5
บิดา	4	2.4
มารดา	5	3
หลาน	94	56.3
ญาติอื่น ๆ	8	4.8

3. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พบว่า โครงสร้างครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การปฏิบัติตัว	ครอบครัวขยาย (n=94) n (%)	ครอบครัวอื่น ๆ (n=73) n (%)	p-value
การตามนัด			
ไม่ผิदनัด	90 (95.7)	69 (94.5)	0.14
ผิदनัด	4 (4.3)	4 (5.5)	
การรับประทานยา			
ไม่ขาดยา	89 (94.7)	66 (90.4)	1.12
มีขาดยา	5 (5.3)	7 (9.6)	

4. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครอบครัว การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

อัตราการผิदनัดโดยรวมเท่ากับร้อยละ 4.79 โดยจะพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยที่ผิदनัดจะอยู่ใน ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก 2-4 คน และอัตราของการขาดยาโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 7.19 พบว่า จำนวนสมาชิกจะมีความสัมพันธ์

กับอัตราการผิदनัด และการขาดยา โดย การศึกษานี้พบว่า ในด้านการผิदनัด ใน ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ไม่มีการผิदनัดเลย ส่วนเรื่องของการขาดยา พบว่า ไม่มีผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิก ตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป มีการขาดยาเลย และผู้ป่วย ที่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิก 1-3 คน มีอัตรา การขาดยาก่อนข้างสูง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครอบครัว การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	อัตราการผิदनัด (ร้อยละ)	อัตราการขาดยา (ร้อยละ)
1	0	11.11
2	5.88	11.76
3	6.90	13.79
4	9.76	4.88
5	0	3.57
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0

วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยปฐมภูมิในตัวเมืองจังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง จบการศึกษาประถมศึกษาและสถานภาพสมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของก่อนหน้านี้ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และอยู่ในสถานภาพสมรสเช่นกัน¹³⁻¹⁶ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชากรในการศึกษานี้ มีความใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่เป็นโรคเบาหวานในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย

พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของครอบครัวในประเทศไทยที่มีแนวโน้มของครอบครัวขยายมากขึ้น¹⁷ เนื่องจากบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงในยุคปัจจุบันต้องทำงาน จึงมีคนที่ไว้วางใจได้ เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้องของแต่ละฝ่าย มาช่วยดูแลบุตร จะเห็นว่าการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้ป่วย) 2-5 คน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแม้จะเป็นครอบครัวขยาย แต่ก็ไม่ได้เป็นครอบครัวขยายที่มีขนาดใหญ่มาก เนื่องจากส่วนหนึ่งของการเป็นครอบครัวขยาย คือ เพื่อให้มีคนเลี้ยงดูบุตรหลาน เห็นได้จากในการศึกษานี้ มากกว่าครึ่งมีหลานอยู่ในครอบครัว ในขณะที่มีญาติพี่น้องอื่น ๆ อาศัยอยู่ไม่ถึงร้อยละ 10

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในด้านการมาพบแพทย์ตามที่แพทย์นัดกับการรับประทานยาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Fisher L และคณะที่พบว่ารูปแบบครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน¹⁸ อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าว พบว่า ลักษณะของครอบครัวในด้านอื่น ๆ เช่น มุมมองของสมาชิกในครอบครัวต่อครอบครัว การจัดการอารมณ์ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน นอกจากนี้การศึกษานี้แยกออกเป็นครอบครัวขยายและครอบครัวอื่น ๆ โดยครอบครัวอื่น ๆ ประกอบด้วยครอบครัว 1 รุ่น ประกอบด้วย สามี ภรรยา หรือ ครอบครัว 2 รุ่น ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก หรือครอบครัวลักษณะเฉพาะ เช่น ครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวอยู่คนเดียว เป็นต้น ซึ่งมีความแตกต่างกันในบริบทของแต่ละครอบครัวของคำว่าครอบครัวอื่น ๆ รวมถึงในการศึกษานี้ ไม่ได้ศึกษาในด้านอายุของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว เช่น หากเป็นหลานที่อยู่อาศัยกับผู้ใหญ่ ก็จะช่วยดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะแตกต่างจากหลานที่อายุอยู่ในวัยเด็ก ที่ผู้สูงอายุในครอบครัวต้องดูแล จนอาจไม่มีเวลาดูแลตัวเอง¹⁹ นอกจากนี้การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ไม่ได้มีการ

คำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับการหาความสัมพันธ์ ทำให้ค่าความสัมพันธ์ดังกล่าว อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้หากทำการศึกษา ในลักษณะอื่น นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวน่าจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว ทั้งเรื่องการผิมนัดและการขาดยา การที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก จะทำให้เกิดการดูแลเอาใจใส่และช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ทั้งเรื่องการกินยาและการติดตามการรักษา การที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า 5 คน ในอาจจะอนุมานได้ว่า มีสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยที่สามารถช่วยดูแลเรื่องการเจ็บป่วยได้

การศึกษาค้างนี้ศึกษาในบริบทของผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลโดยผู้วิจัย ทำให้เห็นลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยในชุมชนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถนำข้อมูลดังกล่าว ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้างนี้ศึกษาในตัวเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นจังหวัดที่ใหญ่และเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยเฉพาะในตัวเมืองของจังหวัด จึงอาจมีลักษณะของครอบครัวที่แตกต่างไปจากบริบทอื่น ๆ ในประเทศไทยได้ รวมถึงในการศึกษาค้างนี้ไม่มีข้อมูลในด้านวัยของสมาชิกในครอบครัว ทำให้แม้จะมีโครงสร้างครอบครัวเดียวกัน แต่อาจมีบริบทที่แตกต่างกัน

ข้อยุติ (Conclusions)

ลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในตัวเมืองจังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกครอบครัว 2-5 คน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพบว่า ในครอบครัวที่มีสมาชิกมากกว่า 5 คน จะมีการปฏิบัติตัวที่ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนน้อยกว่า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดของสมาชิกในครอบครัว เช่น วัยของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดของการทำหน้าที่ในครอบครัว
3. ในกรณีที่พบผู้ป่วยที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย อาจจะต้องมีการเฝ้าระวังในเรื่องของการปฏิบัติตัว

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากองค์ความรู้จนถึงปัจจุบัน พบว่ารูปแบบครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน การศึกษาค้างนี้พบเพิ่มเติมว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย และสมาชิกมากกว่าครึ่งในครอบครัวเป็นลูก คู่สมรส และหลาน

สามารถนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปใช้ในการดูแลและการทำโครงการโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงพิจารณาว่าหลานที่อยู่ในครอบครัว อยู่ในวัยที่ช่วยดูแลผู้ป่วย หรือยังเป็นเด็กที่ผู้ป่วยต้องดูแล ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้นอกจากนี้ ในกรณีที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยน้อย อาจจะบ่งถึงการ

ขาดคนที่อยู่ในวัยที่สามารถดูแลผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ หน่วยบริการปฐมภูมิและผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Chomnirutana W, Tassaniyom N. Continuing care management for diabetic patients. **Journal of Nurses Association of Thailand, North - Eastern Division** 2009; 27(3): 12-21. [in Thai].
2. Piwnuan J, Netrin P. Self - care behaviors of patients with uncontrolled DM at Bangkaewnai sub- district health- promoting hospital, La- Un district, Ranong province. **Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province** 2018; 1(2): 46-61. [in Thai].
3. Nisapanun A. A comparative study on effectiveness in the treatments for diabetes mellitus provided by Sateuk hospital and Nikhom primary care unit. **Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals** 2013; 28(1): 43-52. [in Thai].
4. Srisaket J, Chaisa P, Wanchai A, Meeboonmak Y, Phokhwang- Just W. Diet consumption behavior modification patterns to control blood sugar levels of patients with diabetes in Thailand: a systematic review. **Eau Heritage Journal Science and Technology** 2017; 11(2): 156-170. [in Thai].
5. Phetarvut S, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting diabetes self-management behavior among patients with diabetes mellitus type 2. **Journal of Nursing Science** 2011; 29(4): 18-26. [in Thai].
6. Luvira V, Bumrerraj S. Missed appointment and clinical indicators of diabetes mellitus care among the diabetes mellitus patients in Samleam

- primary care unit, Srinagarind hospital. **Srinagarind Medical Journal** 2014; 29(5): 449-454. [in Thai].
7. Malathum P, Promkong P, Intarasombat P. Factors predicting the plasma glucose level in older persons with type 2 diabetes mellitus. **Ramathibodi Nursing Journal** 2010; 16(2): 218-237. [in Thai].
 8. Srisuksai N. Relationship between family function and perceived family support with diabetes self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus in Banpong district, Ratchaburi province. **Nursing Journal of the Ministry of Public Health** 2013; 23(1): 60-69. [in Thai].
 9. Suppapitiporn S, Suppapitiporn S. The family functioning and glycemic control of non-insulin dependent diabetes mellitus. **Chulalongkorn Medical Journal** 2005; 49(5): 269-280. [in Thai].
 10. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. **The Diabetes Educator** 2004; 30(6): 980-993.
 11. Rosland AM, Heisler M, Choi HJ, Silveira MJ, Piette JD. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help?. **Chronic Illness** 2010; 6(1): 22-33.
 12. Skinner TC, John M, Hampson SE. Social support and personal model of diabetes as predictors of self-care and well-being: A longitudinal study of adolescent with diabetes. **Journal of Pediatric Psychology** 2000; 25(4): 257-267.
 13. Wanlao S, Malathum P, Siripitayakunkit A. Family support perceived by older persons with controlled type 2 diabetes. **Ramathibodi Nursing Journal** 2012; 18(3): 372-388. [in Thai].
 14. Wannasiri T. Family's relationship in self-care promotion for controlling blood sugar in type 2 diabetes. **Kuakarun Journal of Nursing** 2016; 23(2): 31-50. [in Thai].
 15. Petprayoon S, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Peerapatdit T. The influence of perceived severity, health literacy, and family support on self-care behavior of patients with type 2 diabetes mellitus. **Journal of**

- Nursing Science Chulalongkorn University 2014; 26(1): 38-51. [in Thai].
16. Siangdung S. Self - Care behaviors of patients with uncontrolled DM. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2017; 4(1): 191-204. [in Thai].
17. Luvira V. **Family medicine and people health care of different ages**. Khon Kaen: Klunghana printing press; 2019. [in Thai].
18. Fisher L, Chesla CA, Skaff MM, Gilliss C, Mullan JT, Bartz RJ, et al. The family and disease management in Hispanic and European- American patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care** 2000; 23(30): 267-272.
19. Falkingham J, Qin M, Vlachantoni A, Evandrou M. Children's migration and lifestyle- related chronic disease among older parents 'left behind' in india. **SSM Population Health** 2017; 3: 352-357.

การพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น

กรรณิกา ตั้งวานิชกพงษ์*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการระหว่าง เมษายน – พฤศจิกายน 2562 โดยการสร้างรูปแบบการลดบริโภคเค็มเพื่อเป็นต้นแบบแล้วนำไปใช้กับสภาพจริงในพื้นที่ 26 อำเภอ จังหวัดขอนแก่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรในการทดสอบต้นแบบใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาการใช้รูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มตัวอย่าง 1,300 คน พบว่า คะแนนความรู้ก่อนดำเนินการเฉลี่ย 5.27 คะแนน หลังดำเนินการ เฉลี่ย 7.74 คะแนน มีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.46 คะแนน ด้านปริมาณโซเดียมในอาหารก่อนดำเนินการ เฉลี่ย 0.87 กรัม หลังดำเนินการ เฉลี่ย 0.71 กรัม ลดลงเฉลี่ย 0.16 กรัมด้านความดันโลหิต (Systolic) ก่อนดำเนินการเฉลี่ย 131.51 มิลลิเมตรปรอท หลังดำเนินการ เฉลี่ย 125.37 มิลลิเมตรปรอท ลดลงเฉลี่ย 6.14 มิลลิเมตรปรอท โดยการเปรียบเทียบตัวแปรดังกล่าว ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$)

คำสำคัญ: รูปแบบ, การลดการบริโภคเค็ม, กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Kannika Tungvanichgapong. E-mail: kannikat50@hotmail.com

Received 22/01/2021

Revised 01/03/2021

Accepted 26/03/2021

DEVELOPMENT OF A REDUCED SALTY INTAKE MODEL IN THE HIGH BLOOD PRESSURE RISK GROUP IN KHON KAEN PROVINCE

*Kannika Tungvanichgapong**

ABSTRACT

This study was a research and development study aiming to design model for reducing salty consumption among suspected patients with hypertension in Khon Kaen province. The study was conducted during April-November 2019. A model for reducing salty consumption was then designed as prototype and was implemented in 26 districts of Khon Kaen province. The data analysis composes of means and standard deviation, and comparison of variables means in prototype testing was conducted using paired t-test.

The results of the study showed that, in terms of the effect of using the model to reduce salty consumption in a sample of 1,300 people, it was found that the mean of knowledge before the procedure was 5.27. The mean after the procedure was 7.74. The mean increased by 2.46 points. In terms of the sodium content in the food, the average content before the procedure was 0.87 g, while the average content after the procedure was 0.71 g, a decrease by 0.16 g. For the blood pressure (systolic), the average value before the procedure was 131.51 mm Hg. After procedure, the average value was 125.37 mm Hg, a decrease by 6.14 mm Hg. The method used was comparison of these variables before and after the procedure, in which there was a significant statistical difference (p value <0.001).

Keywords: Model, Reduced Salty Intake, Risk group, High Blood Pressure

* Khon Kaen Provincial Health Office

ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale)

โรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทำให้เกิดความพิการในประชากรทั่วโลก ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 10.7 ล้านคนต่อปี¹ และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีประชากรทั่วโลกประมาณ 1.13 พันล้านคน ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความโลหิตสูงได้ ปัจจัยหลักที่ทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ² โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง (มากกว่า 2 กรัม ต่อวันเท่ากับเกลือ 5 กรัมต่อวัน) มีส่วนทำให้ความดันโลหิตสูงและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด³

การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต มีการศึกษาเกี่ยวกับการลดบริโภคเกลือที่ได้รับในแต่ละวันจากเดิมวันละ 21 กรัม ลดลงเหลือวันละ 12 กรัม ในระยะเวลา 2 ปี ทำให้ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) เฉลี่ยลดลง 13 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) เฉลี่ยลดลง 6 มิลลิเมตรปรอท⁴ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการจำกัดการบริโภค

เกลือในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 44 ปี ลักษณะอ้วนและเป็นคนผิวดำ โดยลดปริมาณเกลือที่บริโภคลง 100 มิลลิกรัมต่อวัน พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ลดลงประมาณ 6.3 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ลดลงประมาณ 2.2 มิลลิเมตรปรอท⁵ รวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับการลดการบริโภคเกลือในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยลดการบริโภคเกลือลง 4.6 กรัมต่อวัน พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ลดลง 22.7 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) ลดลง 9.1 มิลลิเมตรปรอท⁶ ในการศึกษาที่ผ่านมาต่างมีเป้าหมายในการศึกษาหามาตรการและหารูปแบบในการลดบริโภคเค็มและลดระดับความดันโลหิตในประชากร

การพัฒนารูปแบบการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายมีต้นแบบมาจากการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอน สำคัญคือ 1) การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน (Situation Analysis) และกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ 2) การออกแบบต้นแบบ (Prototype Design) 3) การทดสอบต้นแบบในขั้นทดลองใช้ (Trial Test) 4) การออกแบบเชิงระบบในสภาพความจริง (System design) 5) การทดสอบภาคสนามหรือทดสอบระบบ

(System Run Test) แบบทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้างขึ้น 6) ปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (Improvement) 7) ดำเนินการผลิตและเผยแพร่ไปใช้ ซึ่งสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปปรับใช้กับการดำเนินงานได้หลากหลายสาขาและหลายรูปแบบ⁷⁸

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การดำเนินงานในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง เป็น 10,182.83 , 11,073.72 และ 11,782.09 ต่อประชากรแสนคน และมีการดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2559-2561 ร้อยละ 78.59, 85.36 และ 89.81 ตามลำดับ จากการคัดกรองดังกล่าวพบว่า มีกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.94, 10.71 และ 9.9 โดยกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) โดยหน่วยบริการระดับพื้นที่จากการติดตามเยี่ยม ในปี พ.ศ. 2560-2561 พบว่า สามารถติดตามได้ ร้อยละ 42.68 และ 45.24 ตามลำดับ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวนอกจากการวัดความดันโลหิตที่บ้านและการให้ความรู้แล้วยังไม่มีแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจนในการลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ⁷⁹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับการลดการ

บริโภคเค็มซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต พบว่า การลดการบริโภคเค็มสามารถลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้จากการดำเนินงานของจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2561 ในการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 45.24 ซึ่งยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในการควบคุมและป้องกันไม่ให้อัตราเสี่ยงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องหาแนวทางการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันโดยพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาผลการทดลองนำรูปแบบที่พัฒนาไปปรับใช้ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา (Methodology)

1. วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการในช่วง เมษายน – พฤศจิกายน

2562 ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ทั้ง 26 อำเภอ โดยมีการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

1) ขั้นตอนวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน (Situation analysis) ศึกษาความเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีความรู้ (Key informants) เกี่ยวกับการออกแบบกระบวนการทำงานในลักษณะ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ โดยคัดเลือกจากรายชื่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง สมาชิกในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงในตำบล จำนวน 12 คน

2) ออกแบบต้นแบบในขั้นต้น (Prototype design) โดยการสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาสภาพปัญหา แล้วออกแบบเป็นขั้นตอนตามกระบวนการโดยได้รูปแบบการพัฒนาการลดบริโภคเค็ม ในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในจังหวัดขอนแก่น มีขั้นตอนการทำงานลักษณะเชิงระบบ ดังนี้

(1) การวางแผน มีการวางแผน กำหนดทรัพยากร การจัดกิจกรรมสำคัญและช่วงเวลาในการควบคุมกำกับและประเมินผล

(2) สำรวจกลุ่มเป้าหมาย เป็นการสำรวจและค้นหากลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมเพื่อประเมินความรู้ การวัดความเค็มในอาหารและการวัดระดับความดันโลหิต เป็นข้อมูลนำเข้าสู่กระบวนการลดบริโภคเค็ม

(3) จำแนกกลุ่มเป้าหมาย นำไปสู่การจัดกลุ่มเพื่อให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(4) การติดตามเยี่ยมเป็นการประเมินพฤติกรรมและสุขภาพ รวมถึงคืนข้อมูลให้กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจลดบริโภคเค็ม

(5) การให้ความรู้รายบุคคล เพื่อให้เกิดการสื่อสารในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นมีการแนะนำการใช้แอปพลิเคชันในการศึกษาหาความรู้ประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยขั้นตอนนี้มุ่งเน้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้สามารถลดการบริโภคเค็มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(6) การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่ประเมินผลให้กลุ่มเสี่ยงเห็นผลลัพธ์จากการเข้าร่วมการลดบริโภคเค็ม ในกรณีระดับความดันโลหิตลดลงสู่ภาวะปกติ นำเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ และไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา อย่างต่อเนื่อง

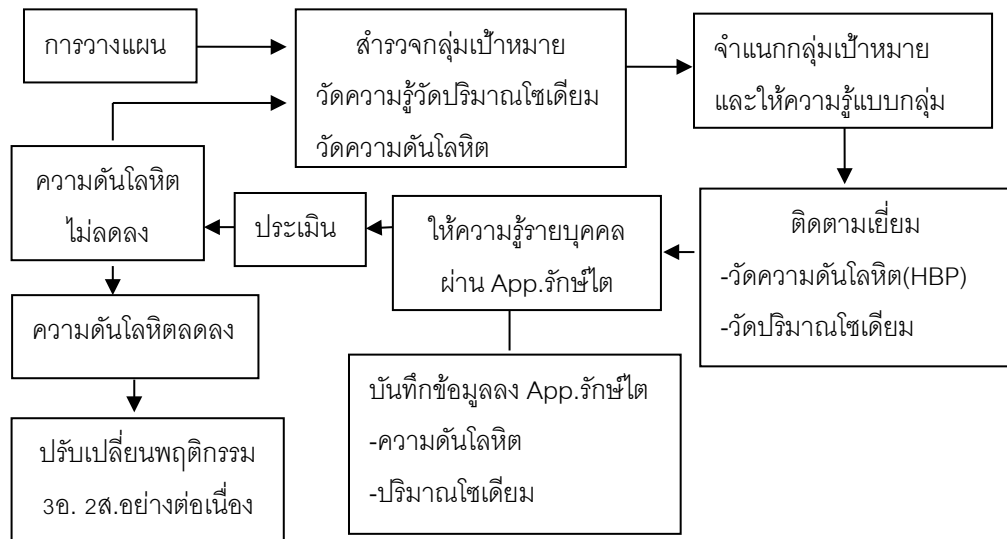
3) การทดสอบต้นแบบเบื้องต้น (Pilot test) นำตัวแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายในตำบลจำนวน 30 คน ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เช่น การวัดความเค็มในอาหาร การให้ความรู้ การวัดความดันโลหิต การบันทึกข้อมูล

4) การออกแบบเชิงระบบในสภาพความจริง (System design) นำต้นแบบในขั้นต้น (Prototype design) ปรับปรุงเพื่อ

รองรับผู้ใช้งานจำนวนมาก เช่น การจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ เอกสารเก็บรวบรวมข้อมูล

6) ได้ต้นแบบรูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ดังภาพที่ 1

5) การทดสอบระบบที่พัฒนาขึ้น
กับสภาพจริง (System run test)



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาการลดบริโภคเค็ม

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงโดยมีเกณฑ์คัดเข้าในการศึกษา ดังนี้

1) มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง มีผลการคัดกรองค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) ในช่วง 140-179 มิลลิเมตรปรอทหรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ในช่วง 90-109

มิลลิเมตรปรอท และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์

2) มีภูมิลำเนาในพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น

2.2 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ในการทดสอบระบบที่พัฒนาขึ้นกับสภาพจริง (System run test) โดยการสุ่มอย่างง่าย ในพื้นที่ 26 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล คัดกรองเข้าสู่การศึกษา 50 คน จำนวนทั้งสิ้น 1,300 คน

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบประเมินความรู้การบริโภคเค็ม จำนวน 12 ข้อ รวม 12 คะแนนหาค่าความเที่ยงด้วย Kuder-Richardson 20¹⁰ โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างในชุมชนใกล้เคียงได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ¹¹ รายละเอียดดังนี้ ระดับสูง ≥ 9.6 คะแนนระดับปานกลาง 7.2-9.5 คะแนน ระดับต่ำ <7.2 คะแนน

3.2 แบบบันทึกระดับความเค็มในอาหาร โดยใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Salt meter) รุ่น EN-900 จำแนกระดับความเค็ม 3 ระดับ ดังนี้เค็มน้อย (สีน้ำเงิน) = 0.3, 0.5 เค็มปานกลาง (สีเขียว) = 0.7, 0.9 เค็มมาก (สีแดง) = 1.1, 1.3, 1.5 ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานโดยการตรวจผลการวัดเทียบกับการวัดโซเดียมความเค็ม 0.9%NaCl ผลการวัดจะต้องได้ค่า 0.9 หรือ ± 0.05

3.3 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบ Digital ที่ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐาน

4. วิธีการเก็บข้อมูล

4.1 เก็บข้อมูลขั้นตอนการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและการออกแบบต้นแบบ ดำเนินการสนทนากลุ่มในเดือนเมษายน 2562 โดยการทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้อง

4.2 เก็บข้อมูลขั้นตอนการทดสอบต้นแบบเบื้องต้น (Trial test) โดยทำหนังสือถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อประสานงานและขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก

กลุ่มตัวอย่างหลังจากทดลองใช้ตัวแบบ 3 เดือน โดยเก็บข้อมูล ในเดือนมิถุนายน 2562 การเก็บข้อมูลวัดความเค็มในอาหารและวัดความดันโลหิตโดยบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ผู้เก็บข้อมูลผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือและการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกรายละเอียดการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) การเก็บข้อมูลวัดความเค็มในอาหารที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง โดยวัดความเค็มจากอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานทุกมื้อโดยการตรวจวัด 3 ครั้ง แล้วนำค่าที่ได้มาเฉลี่ยเพื่อนำผลการวัดมาบันทึกผลในแบบเก็บข้อมูล

2) การวัดความดันโลหิตที่บ้านกลุ่มตัวอย่างโดยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบ Digital จากนั้นบันทึกผลในแบบเก็บข้อมูล

4.3 เก็บข้อมูลขั้นตอนการทดสอบระบบที่พัฒนาขึ้นกับสภาพจริง (System run test) โดยทำหนังสือถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อประสานงานและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหลังจากทดลองใช้ตัวแบบ 6 เดือน เก็บข้อมูล ในเดือนพฤศจิกายน 2562 การเก็บข้อมูลวัดความเค็มอาหารและวัดความดันโลหิตเช่นเดียวกับ ข้อ 4.2 โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 1,300 คน เมื่อทราบผลการวัดแล้วคืนข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบพร้อมกันให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดถือตามหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยงานวิจัยได้รับความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE621094

5. วิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ขั้นตอนการศึกษาวិเคราะห์ สภาพปัจจุบันและการออกแบบต้นแบบ ทำ การควบคุมคุณภาพของข้อมูล ตรวจสอบเพื่อ หาความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการ ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ เนื้อหา (Content Analysis) แล้วสรุปแบบ อุปนัย (Inductive)

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นตอน การทดสอบต้นแบบเบื้องต้น (Trial test) และ ขั้นตอนการทดสอบระบบที่พัฒนาขึ้นกับ สภาพจริง (System run test) การวิเคราะห์ ตัวแปรเดียว (Univariate) ใช้สถิติ ความถี่

(Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) การเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา (Results)

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการ พัฒนาการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความ ดันโลหิตสูง จำนวน 1,300 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 26.90 เพศหญิง ร้อยละ 73.10 อายุ เฉลี่ย 55 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.35 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 55-64 ปี ร้อยละ 35.31 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่า ร้อยละ 68.46 ส่วนใหญ่อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 71.54 รายได้ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 3,001-5,000 บาทต่อเดือน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างกลุ่มความเสี่ยงความดันโลหิตสูงจังหวัดขอนแก่น (n = 1,300)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	350	26.90
หญิง	950	73.10
อายุ		
35 – 44 ปี	180	13.85
45 – 54 ปี	429	33.00
55 – 64 ปี	459	35.31
65 ปีขึ้นไป	232	17.85
อายุเฉลี่ย 55 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.35		

ตารางที่ 1 คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างกลุ่มความเสี่ยงความดันโลหิตสูงจังหวัดขอนแก่น (n = 1,300)
(ต่อ)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	890	68.46
มัธยมศึกษาตอนต้น	161	12.38
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	197	15.15
อนุปริญญา/ปวส.และสูงกว่า	52	4.00
การประกอบอาชีพ		
เกษตรกร	930	71.54
ค้าขาย	242	18.62
อื่นๆ	128	9.85
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 1,500	293	22.54
1,501 - 3,000	284	21.85
3,001 - 5,000	305	23.46
5,001 - 10,000	280	21.54
10,001 ขึ้นไป	138	10.62

2. ผลการใช้รูปแบบการพัฒนาการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในจังหวัดขอนแก่น

การเปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ด้านความรู้ก่อนดำเนินการคะแนนเฉลี่ย 5.27 หลังดำเนินการคะแนนเฉลี่ย 7.74 มีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.46 คะแนน ด้านปริมาณโซเดียมในอาหารก่อนดำเนินการ เฉลี่ย 0.87 กรัม หลัง

ดำเนินการ เฉลี่ย 0.71 กรัม ลดลงเฉลี่ย 0.16 กรัม ด้านความดันโลหิต (Systolic) ก่อนดำเนินการเฉลี่ย 131.51 มิลลิเมตรปรอท หลังดำเนินการ เฉลี่ย 125.37 มิลลิเมตรปรอท ลดลงเฉลี่ย 6.14 มิลลิเมตรปรอท โดยการเปรียบเทียบทั้ง 3 ตัวแปร ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ ปริมาณโซเดียมในอาหารความดันโลหิต (Systolic) ก่อนและหลังการดำเนินการลดบริโภคเค็มในพื้นที่ 26 อำเภอ จังหวัดขอนแก่น (n=1,300)

การเปรียบเทียบตัวแปร	Mean	SD	$\bar{D}$	95% CI	t	P value
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเค็มก่อนดำเนินการ	5.27	2.75	-2.46	-2.60,-2.33	-34.83	<0.001
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเค็มหลังดำเนินการ	7.74	2.38				
ปริมาณโซเดียมในอาหารก่อนดำเนินการ	0.87	0.41	0.16	0.13,0.18	14.61	<0.001
ปริมาณโซเดียมในอาหารหลังดำเนินการ	0.71	0.25				
ความดันโลหิต (systolic) ก่อนดำเนินการ	131.51	18.41	6.14	5.34,6.94	15.00	<0.001
ความดันโลหิต (systolic) หลังดำเนินการ	125.37	12.89				

วิจารณ์ (Discussion)

การพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีขั้นตอนการพัฒนา 6 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน 2) การออกแบบต้นแบบ 3) การทดสอบต้นแบบในชั้นทดลองใช้ 4) การออกแบบเชิงระบบในสภาพจริง 5) การทดสอบภาคสนามกับสภาพจริง 6) ได้ต้นแบบ ซึ่งทำให้ได้รูปแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ในการลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการพัฒนาคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบลักษณะเดียวกันสามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²

รูปแบบการลดการบริโภคเค็มในการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีขั้นตอนดำเนินงานที่

สำคัญ คือ 1) การวางแผน มีการกำหนดทรัพยากรและการจัดกิจกรรมสำคัญ 2) สํารวจกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินความรู้การวัดความเค็มในอาหารและการวัดระดับความดันโลหิตซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการประเมินความรู้ก่อนดำเนินการเพื่อทราบระดับความรู้นำไปสู่การให้ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมีส่วนร่วมทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้¹³ 3) จำแนกกลุ่มเป้าหมายเพื่อจัดกลุ่มให้ความรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินความเค็มในอาหารและระดับความดันโลหิต รวมถึงคืนข้อมูลให้กลุ่มเสี่ยงประกอบการตัดสินใจลดการบริโภคเค็มสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความเจ็บปวดพบว่าความต้องการสื่อสารระหว่าง

ทีมสุขภาพกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อช่วยชี้ประเด็นให้เห็นปัจจัยรอบด้านที่ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บปวดอย่างได้ผล¹⁴ 5) การให้ความรู้รายบุคคล เพื่อให้เกิดการสื่อสารในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังให้คำแนะนำการใช้แอปพลิเคชันเพื่อศึกษาหาความรู้ รวมถึงให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งหน้าที่ของสมาชิกของครอบครัว คือ การดูแลสุขภาพคนในครอบครัวด้วยความเอาใจใส่ ทำให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับรู้ปัญหาของตนเองสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยใช้รามาโมเดลต่อพฤติกรรมสุขภาพภาวะโภชนาการและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถปรับพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี¹⁵ 6) การประเมินผลการดำเนินงานในกรณีที่กลุ่มเสี่ยงมีระดับความดันโลหิตลดลงสู่ภาวะปกติ นำเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.2ส. อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ลดลงหลังดำเนินการ¹⁶

ข้อยุติ (Conclusions)

การพัฒนาแบบแผนการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงโดยมีขั้นตอน

สำคัญ 6 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) สำรวจกลุ่มเป้าหมาย 3) จำแนกกลุ่มเป้าหมาย 4) การติดตามเยี่ยมเพื่อประเมิน 5) การให้ความรู้รายบุคคล 6) การประเมินผลสามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า การพัฒนาแบบแผนการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง สามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปปรับใช้กับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในประเทศไทยนิยมใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ และไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการลดบริโภคเค็มเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถลดระดับความดันโลหิตได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990- 2015. *JAMA* 2017; 317(2): 165-182.
2. World Hypertension League. **World Hypertension Day** [online] 2019 [cited 2020 Feb 20] . Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-hypertension-day-2019/en/
3. Grillo A, Salvi L, Coruzzi P, Salvi P, Parati G. Sodium Intake and Hypertension. *Nutrients* 2019; 11(1970): 1-16.
4. Forte M, Miguel P, Rose S. Salt and blood pressure: a community trial. *Hum Hypertension* 1989; 3(3):179-184.
5. Weinberger MH. Salt and blood pressure. *Curr Opin Cardiol* 2000; 15(4): 254-257.
6. Lawrence J, Edward D, John E, Thomas A, Ralph L, Douglas R, et al. The importance of population- Wide sodium reduction as a means to prevent cardiovascular disease and stroke: a call to action from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123(10): 1138-1143.
7. Khumkerd T. Research and Development (R&D) . *Technology Promotion Association (Thailand - Japan)* 1997; 24(134): 156- 158. [in Thai].
8. Collinson HA. **Management for research and development**. London: SIPs; 1964.
9. Khon Kaen Provincial Public Health Office. **Summary report of supervisory evaluation on Khon Kaen Public Health service networking**. Khon Kaen: Klangnanatham; 2018. [in Thai].
10. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika* 1937; 2: 151- 160.
11. Bloom BS. **Taxonomy of Educational Objectives the Classification of Educational Goals**. New York: David Mckay Company; 1972.
12. Jaroongjittanusonti S. Model for improving quality of health information: Outpatient services and promotive and preventive services in primary care settings at Health Region 7th. **Community Health Development**

- Quarterly Khon Kaen University 2016; 4(4): 521-537. [in Thai].
13. Nakkling Y, Tudsri P. Effect of Self-Efficacy Enhancement Program on Health Behaviors among Older Adults with Uncontrolled Hypertension. **Association of Private Higher Education Institutions of Thailand** 2017; 6(1): 27-35. [in Thai].
14. Gregory J, Waterman H. Observing pain management practice on a medical unit following changes arising from an action research study. **J Clin Nurs** 2012; 21(23-24): 3523-3531.
15. Jaranai J, Kraithaworn P, Piaseu N. Effect sofa Family Participation Program by Using the Rama model on Health Behaviors, Nutritional Status and Blood Sugar Level in Diabetic Risk Group in Community. **Kuakanrun Journal** 2016; 23(1): 41-59. [in Thai].
16. Sinsap N, Choowattanapakon T. The Effect of Educational and Tangwai Exercise on Blood Pressure of Older Persons with Hypertension. **Kuakanrun Journal** 2016; 23(1): 73-86. [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 วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่าง ๆ 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 ชื่อเรื่องต้องไม่สับสนที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 โดยใช้ชื่อเต็ม 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 ผลการศึกษาและข้อสรุป ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคติด 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 และขนาดที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล 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 (manoeuvre) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซง โดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ 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 วิเคราะห์และสรุป เปรียบเทียบงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นหรือข้อมูลที่สนับสนุนเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ 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 และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากทำการศึกษาวิจัย

2.12 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ใช้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่งๆ ควรมีตารางหรือภาพหรือแผนภูมิหรือกล่องข้อความ หรือผสมกัน ไม่เกิน 5 ตาราง/แผนภูมิ/ภาพ/กล่องข้อความ

3.1 ตาราง (Tables)

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบายให้ละเอียด ในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะ อาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง 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 ที่สื่อความหมายเฉพาะชัดเจนกลุ่มเล็ก ความยาว แต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ” และต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”

แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้องอยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงให้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทาง internet โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลัง หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โพลล์มาใช้อ้างอิง การอ้างอิงจาก internet ให้อ้างอิงเฉพาะ website ของทางราชการและองค์กรที่น่าเชื่อถือเท่านั้น โดยเน้นข้อมูลสถิติที่เป็นทางการ แผนนโยบาย 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 สาระทาง 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 ผู้นิพนธ์สามารถขอรับหนังสือรับรอง สถานการณ์ตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading)

ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Received, Revised, Accepted ด้านล่าง

หมายเหตุ หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ ฝ่ายจัดการขอสงวนสิทธิในการ ไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์