


ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย  
อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

นลินรัตน์ ชูจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
มกราคม 2561  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ นลินรัตน์ ชูจันทร์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงหกา คงวัฒนานนท์)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.เจมารดี มาสิงบุญ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญธิดาคุชฎี ฑุลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลทุกท่าน และผู้ที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

กราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัย มีความมานะ อดทนทั้งยังคอยช่วยเหลือสนับสนุนเป็นกำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบคุณ ครอบครัวที่อบอุ่นที่ให้ความรักและกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ คุณค่า และประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ มีการศึกษา และประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

นลินรัตน์ ชูจันทร์

54920144: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์/ ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย

นลินรัตน์ ชูจันทร์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี (FACTORS RELATED TO INTENTION TO ALCOHOL DRINKING CESSATION AMONG MALES WITH NON-COMMUNICABLE DISEASE IN SAINOI, NONTHABURI) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พรนภา หอมสินธุ์, Ph.D., ชนัญชิตาคุษฎิ ทูลศิริ, Ph.D. 95 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายมีอาการของโรครุนแรงขึ้น และอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยชายที่เป็นโรคเบาหวานและ/ หรือโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 93 คน ได้มาจากการเลือกแบบกลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายปิดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ทศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ( $r = .62, p < .001$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ( $r = .25, p < .02$ ) การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด ( $r = -.31, p < .01$ ) ส่วนการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค ทศนคติต่อการเลิกดื่ม และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาที่ได้เอานำมาใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุขพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย สามารถลดหรือเลิกการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

54920144: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: INTENTION TO ALCOHOL DRINKING CESSATION/ MALES WITH NON-COMMUNICABLE DISEASE

NALINRAT CHOOJUN: FACTORS RELATED TO INTENTION TO ALCOHOL DRINKING CESSATION AMONG MALES WITH NON-COMMUNICABLE DISEASE IN SAINOI, NONTHABURI. ADVISORY COMMITTEE: PORNNAPA HOM SIN, Ph.D., CHANANDCHIDADUSSADEE TOONSIRI, Ph.D. 95 P. 2018.

Alcohol drinking affects males with non-communicable disease because it would aggravate the severity and complication of disease. This descriptive correlational study aimed to describe intention to alcohol drinking cessation and to investigate factors related to intention to alcohol drinking cessation among males with non-communicable diseases living in Sainoi, Nonthaburi. Participants were 93 males with diabetes and/ or Hypertension interviewed during August to December 2016. Data were collected by closed-end interview related to demographic data, alcohol drinking behaviour, alcohol drinking refusal self-efficacy, attitude towards alcohol drinking cessation, social support for alcohol drinking cessation, and intention to alcohol drinking cessation. Descriptive statistics and Pearson's correlation were used for data analysis.

Study results indicated that participants had intention to alcohol drinking cessation at a fairly high level. Intention to alcohol drinking cessation were significantly correlated with alcohol drinking refusal self-efficacy ( $r = .62, p < .001$ ), social support ( $r = .25, p < .02$ ), and alcohol drinking of close persons ( $r = -.31, p < .01$ ). However, Education, duration of illness, attitude towards alcohol drinking cessation, and income were not significantly associated with intention to alcohol drinking cessation.

Finding would be a guideline to healthcare personnel for developing a program of promoting intention to alcohol drinking cessation focusing on alcohol drinking refusal self-efficacy enhancement and support from families, friends, and healthcare personnel. This would help males with non-communicable disease decrease or stop drinking in order to improve their quality of life.

# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ความรู้เกี่ยวกับเครื่องคัมแอลกอฮอล์.....	11
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	17
ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence [TTI]).....	27
การคัมแอลกอฮอล์และความตั้งใจในการเลิกคัมแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังชาย.....	29
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกคัมแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังชาย.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	41
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	42

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
4 ผลการวิจัย.....	44
ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์.....	44
ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา.....	48
ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์.....	49
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์.....	51
5 สรุปและอภิปรายผล.....	53
สรุปผลการวิจัย.....	53
อภิปรายผลการวิจัย.....	54
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	59
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	60
บรรณานุกรม.....	61
ภาคผนวก.....	70
ภาคผนวก ก.....	71
ภาคผนวก ข.....	73
ภาคผนวก ค.....	75
ภาคผนวก ง.....	80
ภาคผนวก จ.....	88
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	95

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การจำแนกระดับความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป.....	20
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	45
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์.....	47
4	คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย ที่ศึกษา.....	48
5	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เป็นรายชื่อ.....	49
6	ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังชาย.....	52
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยง การดื่มแอลกอฮอล์เป็นรายชื่อ.....	89
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เป็นรายชื่อ.....	90
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิก ดื่มแอลกอฮอล์เป็นรายชื่อ.....	92



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอันเป็นผลมาจากการเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ระบบทุนนิยมที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทางด้านวัตถุ การดำเนินธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบ เกิดค่านิยมวัฒนธรรมวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่พอเพียง และขาดความสมดุลอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยกลายเป็นภัยคุกคามสุขภาพและไม่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพดี ขาดการใส่ใจดูแลควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพฤติกรรมกรบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกายเกิดความเครียดทางออก โดยการกินอาหาร สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือเรียกว่าโรควิถีชีวิต แพร่ระบาดไปทั่วโลก และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น หากยังไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาได้จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต มีภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาล (ปานบดินทร์ เอกะจัมปะกะ และนิริศ วัฒนมะโน, 2556) ซึ่งประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาที่วิกฤตนี้เช่นกัน และมีแนวโน้มที่พบปัญหาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีอัตราป่วยสูงสุดเป็นอันดับแรก ๆ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิธา และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2556) โดยอาจส่งผลกระทบทำให้เกิดความพิการ และตายก่อนวัยอันควรเนื่องจากโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกายทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังได้ (กรมการแพทย์, 2556)

จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2555 พบว่า สาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชาชนทั่วโลกประมาณร้อยละ 63 เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับประเทศไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 (วิชัย เอกพลากร, 2557) พบความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.9 และผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้เพียงประมาณร้อยละ 23.5 (จากเกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 130 มก./ดล.) สำหรับความชุกของโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 24.7 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์

ที่ควบคุมได้เพียงร้อยละ 29.7 เท่านั้น (จากเกณฑ์ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/ 90 มม.ปรอท) สอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการเข้าพักรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2556 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 1,025.44 เป็น 1,561.42 ต่อแสนประชากร และโรคเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 759.04 เป็น 1,032.50 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2557 (ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, 2559)

การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่หายขาดต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงจะสามารถควบคุมโรคได้ การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้เพิ่มความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคมมากขึ้น การศึกษาภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยง พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับโรคต่าง ๆ ในอันดับต้น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2556) การดื่มสุราก็จะทำให้มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนคอร์ติซอลแคทีโคลามีน (Cortisol Catecholamine) และมีผลกระทบต่อระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin-Angiotensin) ทำให้มีการหลั่งแอนติไดูเรติกฮอร์โมน (Anti-Diuretic Hormone [ADH]) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการดูดกลับน้ำของไตลดลง ทำให้การไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้นระดับความดันโลหิตจึงสูงขึ้น (Beilin & Puddey, 2006) และการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยารักษาความดันโลหิตสูง ดังนั้น จึงควรงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต (นงเยาว์ ไบยา, 2554)

การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เนื่องจากแอลกอฮอล์หรือเอทานอลเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยกระบวนการเผาผลาญ (Metabolites) เกิดอะซีตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ซึ่งเป็นอันตรายต่อกล้ามเนื้อหัวใจ ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจจะถูกกระตุ้นให้สูบน้ำออกเร็วขึ้นหัวใจทำงานหนักมากขึ้นส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น และกล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่มหนาขึ้นนำไปสู่การเกิดหัวใจโตและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด (สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานการดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มการทำลายเซลล์ของตับอ่อนให้ระคายเคืองและบวมขึ้นเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ทำให้การสร้างอินซูลินลดลงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (วรวิภา เจริญศิริ, 2555) ผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดปฏิกิริยาระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Hypoglycemic agents) มีผลต่อผู้ป่วยเบาหวาน คือ มีอาการหน้ามืด ใจสั่น อาจหมดสติเนื่องจากน้ำตาล

ในเลือดลดต่ำซึ่งเป็นภาวะวิกฤติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จึงควรลดหรือจนถึงเลิกดื่มแอลกอฮอล์เพื่อผลดีต่อสุขภาพและการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นรวมทั้งลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค (ประพิมพ์พักรัตน์ เกื้อนสุคนธ์, 2537; ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, 2559)

การดื่มแอลกอฮอล์นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งประเทศชาติด้วย เนื่องจากการดื่ม แอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลเชิงลบทางเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ. 2549 มีการศึกษา ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายที่สังคมไทยต้องแบกรับจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีมูลค่าสูงถึง 156,105 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 1.99 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) เมื่อพิจารณา รายละเอียดของต้นทุน พบว่า เป็นต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) มีมูลค่าสูงถึง 149,592 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 95.8 ของต้นทุนทั้งหมด โดยต้นทุนทางอ้อมนี้ประกอบด้วย ต้นทุน จากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร 104,128 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 65.7 ของต้นทุนทั้งหมด และต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานและการขาดประสิทธิภาพ ขณะทำงาน 45,465 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 30.1 ของต้นทุนทั้งหมดในขณะที่ต้นทุนทางตรง (Direct cost) มีมูลค่า 6,513 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 4.2 ของต้นทุนทั้งหมด โดยจำแนกเป็นต้นทุนค่า รักษาพยาบาล 5,491 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของต้นทุนทั้งหมด (มนตร์ธม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ, 2551) การดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรค ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อที่ไม่สามารถคำนวณเป็นจำนวนเงินได้ เช่น ผลกระทบด้านจิตใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียทรัพยากรบุคคลในการพัฒนา ประเทศ ความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจต่อการเจ็บป่วยของทั้งผู้ป่วยและญาติทำให้คุณภาพ ชีวิตลดลง ดังนั้น การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไม่มีความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งลดปัญหาทั้งทางครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมที่จะตามมา

จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.7 มีพฤติกรรมไม่ลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ โดยเพศชาย ยังคงมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 41.4 และเพศหญิง ร้อยละ 32.5 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2556) ในขณะที่มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศ ชายมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 6.9 (รัชณี โชติมงคล, อัมพรพรรณ ชีรานุตร และ สุวรรณ บุญยະติพรรณ, 2542) และการศึกษาของ รณภพ เกตุทอง และพิศิษฐ์ พวงนาค (2555)

ศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.3 และการศึกษาของ มนัญญา เสรีวิวัฒนา, นพวรรณ เปี้ยชื้อ และสุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า เพศชาย มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 69.5

สำหรับจังหวัดนนทบุรีมีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงติด 1 ใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยในจังหวัด และอำเภอไทรน้อย มีจำนวนประชาชนป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงที่สุดในจังหวัดนนทบุรี คิดเป็นร้อยละ 13.63 จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 5.12 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.73 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี, 2557) และจากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอำเภอไทรน้อย ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 พบว่ามีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.91 โดยเพศชาย ร้อยละ 77.65 และเพศหญิง ร้อยละ 22.34 จะเห็นได้ว่า ผู้เป็นโรคเบาหวาน และ/ หรือโรคความดันโลหิตสูงยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากค่านิยมของสังคมไทยมองว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายเป็นเรื่องปกติที่ใช้การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสัญลักษณ์ของความรื่นเริงสนุกสนานเสมือนเป็นสัญลักษณ์ของความสุข (ประวิทย์ เทียวอ่อน และสิริวรรณ กุหลาบแก้ว, 2550) อัตลักษณ์ทางเพศ (Gender identity) ที่สังคมกำหนดหรือการหล่อหลอมลักษณะเฉพาะของความเป็นหญิงและชายมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของเพศหญิงและเพศชายที่แตกต่างกันจึงส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน (บุญสืบ โสโสม, 2560) นอกจากนี้เพศชายยังมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หนักกว่าเพศหญิง เนื่องจากปัจจัยด้านพันธุกรรมทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแอลกอฮอล์ต่ำกว่า จึงต้องดื่มในปริมาณมากกว่าจึงจะมีอาการเมา (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2558) เพศชายจึงมีความชุกของนักดื่มหนักและมีโอกาสของการดื่มในปริมาณที่สูงกว่าเพศหญิง ดังนั้น ความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการดื่มผลกระทบต่อสุขภาพจึงมากกว่าเพศหญิง (ทักษพล ธรรมรังสี, 2553)

ความตั้งใจถือเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม โดยบุคคลนั้นจะประสบความสำเร็จเมื่อพฤติกรรมกระทำด้วยความตั้งใจ (Intention) การปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อยู่ภายใต้การเลือกปฏิบัติหรือตัดสินใจของผู้ปฏิบัติ ความตั้งใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการกระทำหรือมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Ajzen & Fishbein, 1980) นั่นคือหากต้องการเสริมสร้างพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ควรจะเน้นที่การสร้างให้เกิดความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เพราะเมื่อบุคคลมีความตั้งใจแล้วก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ และเมื่อเราทราบถึงระดับความตั้งใจของ

บุคคลหนึ่ง ๆ เราก็สามารถทำนายว่าบุคคลคนนั้นมีโอกาสมากน้อยเพียงไรที่จะมีพฤติกรรมตามความตั้งใจนั้น ๆ (รุ่งทิwa ใจจา, 2550) บุคคลที่สามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างถาวรนั้น ต้องมีความตั้งใจแน่วแน่และมั่นใจในตนเองว่าสามารถเลิกแอลกอฮอล์ได้ (ภาวดี โทท่าโรง, ประภา ลี้มประสูติ และชมนาค วรรณพรศิริ, 2551) ดังนั้น ความตั้งใจจึงมีผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของบุคคล (Fishbein, 2009)

จากการทบทวนผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง, 2546) การมีโรคร่วมทางกาย การควบคุมตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ ( $r = .324$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ( $r = .357$ ) ความตระหนักในภาวะสุขภาพ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ (นิสานาถ โชคเกิด, 2545; ภาวดี โทท่าโรง และคณะ, 2551; สมนึก หลิมศิริโรรัตน์, 2551; Minsoo, 2013) เจตคติต่อพฤติกรรมการมีเจตคติถูกต้องเหมาะสมต่อการดื่มแอลกอฮอล์ ( $r = -.22, p < .05$ ) (รุ่งทิwa ใจจา, 2550; สุภา อัจฉรินทร์, 2559; สมนึก หลิมศิริโรรัตน์, 2551; Jones, Modeste, Anderson, Lee, & Lim, 2007) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ( $r = .35, p < .01$ ) (สุภา อัจฉรินทร์, 2559; Jones et al., 2007) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ( $r = .001$ ) ความตระหนักในความรู้สึกของบุคคลในครอบครัว การสร้างความตระหนักถึงผลเสียจากการดื่มแอลกอฮอล์โดยบุคลากรสาธารณสุข (ภาวดี โทท่าโรง และคณะ, 2551; รุ่งทิwa ใจจา, 2550; สมนึก หลิมศิริโรรัตน์, 2551; สมศรี ไชยภรณ์, 2550; Jones et al., 2007) เป็นต้น

การศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มีจำนวนน้อยมากและตัวแปรที่ศึกษาจะเน้นปัจจัยส่วนบุคคล (Jones et al., 2007; Minsoo, 2013) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศและศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วไป สำหรับการศึกษานในประเทศไทย พบเพียงการศึกษาของ สุภา อัจฉรินทร์ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุราและมารับการรักษาครั้งที่ 2 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยภูมิขอนแก่น โดยเป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ที่เน้นปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ทศนคติต่อการดื่มสุรา การรับรู้ความสามารถของตนเองในหยุดดื่มสุรา และการจัดการพฤติกรรมการดื่มสุรา แต่การศึกษาดังกล่าว มิได้ครอบคลุมถึงประชากรที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงหากยังคงดื่มแอลกอฮอล์

การศึกษาครั้งนี้จึงทำการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยใช้ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence [TTI]) ของ Flay and Petraitis (1994) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเนื่องจากทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีความสลับซับซ้อน มิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียวแต่เป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพันธูกรรมและลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการตัดสินใจหรือตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมนั้น ได้แก่ การศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยจากทัศนคติความเชื่อความคาดหวัง (Attitudinal influences) เป็นสิ่งที่เกิดจากสภาพทางวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อทัศนคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ได้แก่ ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยจากภายนอกตัวบุคคลหรือสังคม (Interpersonal social influences) เป็นบริบททางสังคมที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ได้แก่ รายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ รายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

## สมมติฐานของการวิจัย

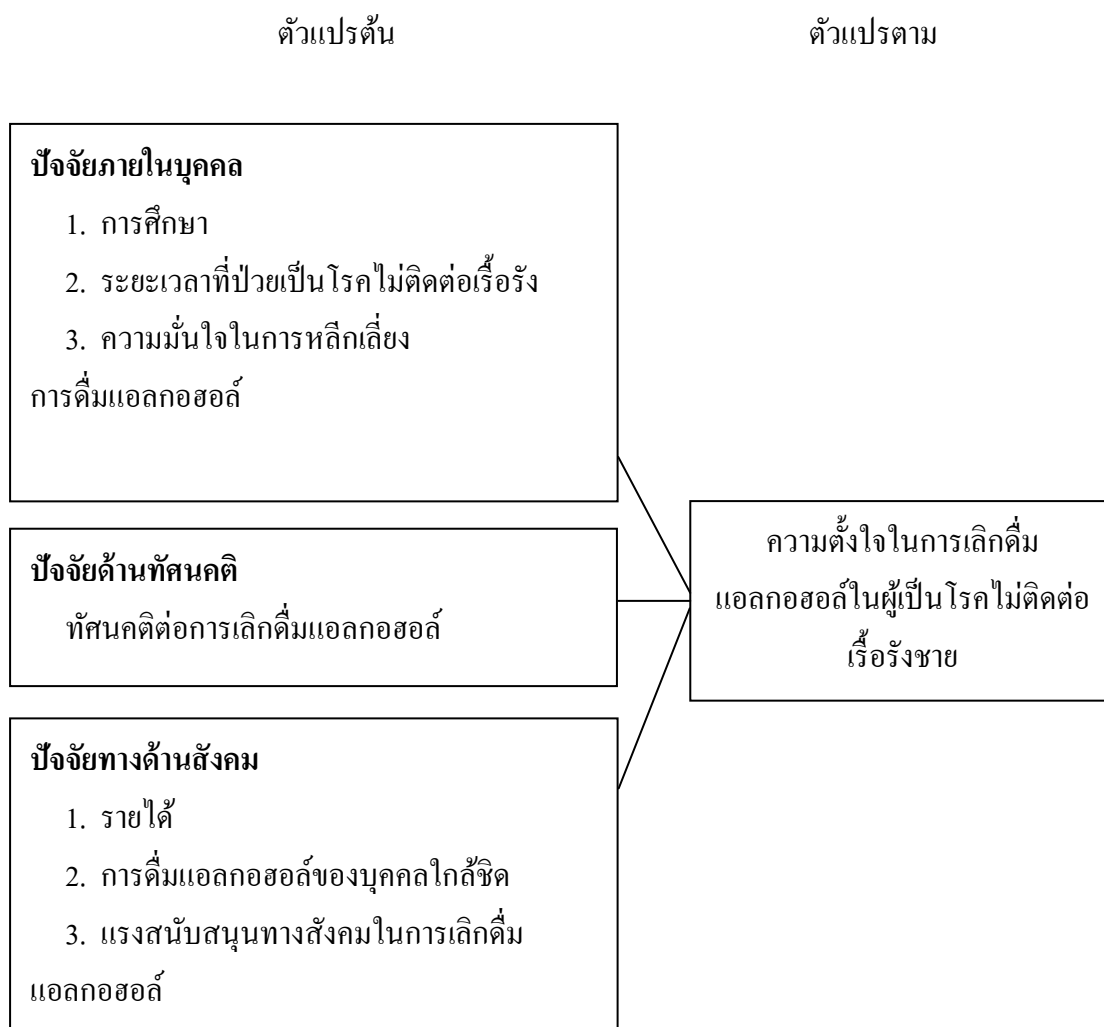
1. การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย
2. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย
3. ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย
4. ทักษะคิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย
5. รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย
6. การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย
7. แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามองค์ประกอบ (The Theory of Triadic Influence [TTI]) ของ Flay and Petraitis (1994) เป็นทฤษฎีที่บูรณาการแนวคิดกับพฤติกรรมของบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะอธิบายและทำนายปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมด้านการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งแต่เป็นผลมาจากปัจจัยหลายปัจจัยรวมกันเป็นพหุปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ และปัจจัยทางสังคมหรือภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทั้งทางตรงและทางอ้อมที่มีระดับความสำคัญต่อพฤติกรรมมากน้อยแตกต่างกัน แนวคิดทฤษฎีนี้ช่วยในการจัดกลุ่มตัวแปรที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาและทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าตัวแปรที่นำมาศึกษาดังกล่าวมีความสำคัญเพียงพอเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) ได้แก่ การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ (Attitudinal influences) ได้แก่ ทักษะคิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยทางสังคมหรือภายนอกตัวบุคคล (Social/ Interpersonal influences) ได้แก่ รายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด



แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉพาะกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวาน และ/ หรือ โรคความดันโลหิตสูงเพศชายที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

## นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/ หรือโรคความดันโลหิตสูงตามระบบการวินิจฉัยโรค ICD-10 (International Classification of Disease 10) และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

การศึกษา หมายถึง ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษานับจำนวนเต็มเป็นปีโดยเริ่มตั้งแต่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงระดับการศึกษาชั้นสูงสุดที่จบการศึกษา

ระยะเวลาในการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง จำนวนนับเป็นปีนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและ/ หรือโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบัน

ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การรับรู้ถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายในการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านความกดดันทางสังคม (Social pressure) 2) ด้านการผ่อนคลายอารมณ์และความรู้สึก (Emotion relief) และ 3) ด้านโอกาสที่เอื้อต่อการดื่ม (Opportunistic) วัดโดยใช้แบบวัดความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ (Drink Refusal Self-Efficacy Questionnaire [DRSEQ] ของ Young, Hasking, Oei, and Loveday (2007)

ซึ่งแปลโดย อัญชติ เหมชะญาติ (2553)

ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่มีต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ 1) ด้านความรู้เข้าใจ (Cognitive dimension) 2) ด้านความรู้สึก (Affective dimension) และ 3) ด้านการปฏิบัติ (Behavioral dimension) วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Weber (1992 cited in Homsin, Srisuphun, Pohl, & Tiansawad, 2006)

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินนับเป็นบาทต่อเดือนที่ได้รับจากการประกอบอาชีพหรือค่าตอบแทนในการทำงานรวมทั้งเงินที่ได้รับจากแหล่งอื่น ๆ

การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด หมายถึง จำนวนบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่มีการติดต่อสังสรรค์กันที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ

แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การรับรู้ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายต่อการได้รับความช่วยเหลือ ดูแลในด้านต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ความเข้าใจ ความเห็นใจ ความมั่นใจ ให้ความสำคัญยกย่องนับถือแก่บุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก ความเอาใจใส่และการรับฟัง

2) ด้านการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในลักษณะของสิ่งของต่าง ๆ ที่เป็นรูปธรรมจับต้องได้ มองเห็นได้ เช่น เครื่องใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ ความช่วยเหลือด้านแรงงาน การแบ่งเบาภาระให้กับบุคคลตามสมควร ความช่วยเหลือด้านเวลานั้นการช่วยเหลือ เช่น การให้คำแนะนำและสาธิตการดูแลตนเองสุขภาพเป็นต้น 3) ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาทุกข์ปัญหาที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ ประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ คำแนะนำ การให้คำปรึกษาเป็นต้น และ 4) ด้านแรงสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการรับรองในการกระทำบางสิ่งบางอย่างของบุคคล เพื่อนำไปประเมินตนเอง และเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสถานการณ์ที่คล้ายกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจเป็นการเสริมแรงทางสังคม วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House (วิชา เทียงธรรม, สุนีย์ ละกำป็น และอาภาพร เผ่าวัฒนา, 2558)

ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เจตนาหรือความมุ่งมั่นของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่จะปฏิบัติตนหรือวางแผนที่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดยแบบวัดความตั้งใจในการเลิกสุราของ รุ่งทิwa ใจจา (2550)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยเรียบเรียงการศึกษาเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
  - 2.1 ความหมายและสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
  - 2.2 โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
3. ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence Theory [TTI])
4. การดื่มแอลกอฮอล์และความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย

#### ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. ความหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2551) ได้ให้ความหมายของ “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์” หมายความว่า สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ไม่รวมถึงยาคั่วออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น  
พระราชบัญญัติสุรา (2493) กำหนดว่า “สุรา” หมายความว่า ความรวมถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มได้เช่นเดียวกับน้ำสุราหรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อได้ผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา  
ราชบัณฑิตยสถาน (2554) แอลกอฮอล์ หมายถึง สารอินทรีย์ชนิดหนึ่ง ลักษณะเป็นของเหลวใส กลิ่นฉุน ระเหยง่าย มีจุดเดือด 78.5 องศาเซลเซียส ชื่อเต็ม คือ เอทิลแอลกอฮอล์ แต่มักเรียกกันว่า แอลกอฮอล์ โดยปกติเกิดขึ้นจากการหมักน้ำตาลผสมยีสต์ หรือสารประเภทแป้ง ซึ่งมักเรียกกันว่า แป้งเชื้อหรือเชื้อหมักเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุราและเมรัยทุกชนิด เมื่อบริโภคน้ำเข้าไป จะออกฤทธิ์ทำให้มีอาการมึนเมาใช้ประโยชน์เป็นตัวทำละลายและเป็นเชื้อเพลิง เป็นต้น

พษยัศัคคั อ้นมอย (2554) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol beverage) หมายถึง เหล้า สุรา หรือเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีส่วนผสมของเอทิลแอลกอฮอล์ และเมื่อบริโภคนเข้าไปแล้วจะออกฤทธิ์ ทำให้มีอาการมึนเมาตามปริมาณส่วนผสมที่แตกต่างกันของเอทิลแอลกอฮอล์

สิริกร คำภูไทย (ม.ป.ป.) สุรา คือ เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่ในปริมาณ ที่ไม่เกิน 60 ดีกรี (vol %) ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่คนสามารถใช้ดื่มได้จัดเป็นสิ่งเสพติดประเภท กดระบบประสาทส่วนกลางแต่ฤทธิ์การติดยาและฤทธิ์ต่อร่างกายไม่รุนแรงเท่ายาเสพติด กลุ่ม Opiates (สารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางจำพวกฝิ่น)

ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา (ม.ป.ป.) สุรา และเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์เป็นยาเสพติด ที่ไม่ผิดกฎหมาย ปัจจุบันสุราเป็นสารเสพติดอีกชนิดหนึ่งที่มีผู้ใช้เกือบทุกกลุ่มวัยเพราะหาซื้อง่าย ใช้ในโอกาสที่สำคัญคนส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักว่ามันคือสารเสพติดที่สร้างอันตรายทั้งจากตัวมันเอง และเป็นอันตรายในฐานะที่เป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติดอื่น ๆ ตามมา ซึ่งก่อให้เกิด ผลเสียทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

จากความหมายของ เหล้า สุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังที่กล่าวไปข้างต้น พบว่า มีความหมายที่ไม่แตกต่างกัน คือ เป็นสารเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมายออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้คำว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และให้ความหมาย คือ การดื่มเครื่องดื่มทุกประเภท ที่มีส่วนผสมของเอทิลแอลกอฮอล์ซึ่งอาจมีปริมาณความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ที่แตกต่างกัน ตามแต่ละชนิดของเครื่องดื่มนั้น

## 2. ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถแบ่งออกเป็นชนิดต่าง ๆ ดังนี้ (กรมสรรพสามิต, 2551 อ้างถึงใน พรนภา หอมสินธุ์, 2558)

2.1 สุราแช่ คือ สุราที่ยังไม่ได้กลั่นและให้หมายรวมถึงสุราแช่ที่ได้ผสมกับสุรากลั่น แล้ว แต่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 50 ดีกรี เช่น เบียร์ ไวน์ เป็นต้น

2.2 เบียร์ คือ สุราแช่ที่ทำจากข้าวมอลต์ ดอกฮอปหรือข้าว

2.3 สุราแช่ผลไม้ คือ สุราที่ทำจากองุ่น แบ่งออกเป็น 2 พวก คือ ทำจากองุ่นเขียว และองุ่นแดง

2.4 สุราแช่พื้นเมือง คือ สุราที่ไม่ได้กลั่น ซึ่งทำจากวัตถุดิบจำพวกน้ำตาลหรือข้าว เช่น กะแช่ อุ สาโท หากทำจากผลไม้ชนิดอื่น จะต้องระบุชนิดของสุรานั้น ๆ ต่อท้าย เช่น ไวน์ สับปะรด ไวน์มังคุด

2.5 สุรากลั่น คือ สุรากลั่นและให้หมายรวมถึงสุรากลั่นที่ได้ผสมกับสุราแช่ แล้วแต่มีแรงแอลกอฮอล์เกินกว่า 15 ดีกรีด้วย

- 2.6 สุราขาว คือ สุรากลั่นที่ปราศจากเครื่องย้อมหรือสิ่งผสมปรุงแต่งมีแรงแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 80 ดีกรี
- 2.7 สุรากลั่นชุมชน คือ สุรากลั่นชนิดสุราขาวมีแรงแอลกอฮอล์เกินกว่า 15 ดีกรี แต่ไม่เกิน 40 ดีกรี
- 2.8 สุราผสม คือ สุรากลั่นที่ใช้สุราขาวหรือสุราสามทับมาปรุงแต่งมีแรงแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 80 ดีกรี เช่น เชียงขุน หงส์ทอง แสงทิพย์
- 2.9 สุราปรุงพิเศษ (แม่โขง) คือ สุรากลั่นที่ทำขึ้นโดยใช้กรรมวิธีพิเศษมีแรงแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 80 ดีกรี
- 2.10 สุราพิเศษ ได้แก่
- 2.10.1 วิสกี้ คือ สุราที่กลั่นจากธัญพืช เช่น ข้าวมอลต์ ข้าว ข้าวโพด มีการเก็บบ่มน้ำสุราอย่างน้อย 2 ปี ก่อนปรุงแต่งออกจำหน่าย
- 2.10.2 บรันดี คือ สุราที่กลั่นจากไวน์องุ่น
- 2.11 สุรากลั่นอย่างอื่น เช่น รัม คือ สุราที่กลั่นจากน้ำตาลหรือกากน้ำตาล
- 2.12 สุราสามทับ คือ สุรากลั่นที่มีแรงแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 80 ดีกรีขึ้นไป
3. กลไกการทำงานของแอลกอฮอล์ในร่างกาย

ในทางเภสัชวิทยาของแอลกอฮอล์ (Pharmacology of alcohol) แสดงให้เห็นว่าแอลกอฮอล์ถูกดูดซึมได้อย่างดีและรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือดที่กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ ซึ่งปัจจัยในการดูดซึมแอลกอฮอล์ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ปริมาณ ชนิดของแอลกอฮอล์ ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม ซึ่งในเครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์น้อยจะดูดซึมได้ช้ากว่า โดยที่เครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูงจะทำการย่อยอาหารทำได้ช้าลง (Decrease gastric emptying) การรับประทานอาหารก่อนดื่มแอลกอฮอล์ทำให้การดูดซึมแอลกอฮอล์ลดลง โดยเฉพาะอาหารจำพวกไขมันสูงช่วยลดการดูดซึมของแอลกอฮอล์ได้ รวดเร็ว ดังนั้นการดื่มแอลกอฮอล์จึงมีผลต่อการดูดซึมในร่างกาย หากดื่มแอลกอฮอล์เร็วจะทำให้การดูดซึมเร็วขึ้น (ณชนก ทัพขาว, ม.ป.ป.) แอลกอฮอล์ที่เข้าไปในร่างกายสามารถดูดซึมและกระจายไปทั่วร่างกาย โดยสามารถผ่านรกไปสู่เด็กในครรภ์ได้ ดังนั้นผู้ที่ติดสุราและดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์ทารกที่คลอดออกมาจะมีความผิดปกติได้อย่างมากทารก มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Growth retardation) กะโหลกศีรษะและหน้าทารกผิดปกติ (Craniofacial anomalies) ศีรษะเล็ก (Microcephaly) ปัญญาอ่อน (Mental retardation) เรียกว่า กลุ่มอาการทารกในครรภ์ที่ได้รับแอลกอฮอล์ (Fetal Alcohol Syndrome [FAS]) แอลกอฮอล์ถูกย่อยสลายที่ตับเป็นหลักด้วยเอนไซม์แอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนส (Alcohol Dehydrogenase [ADH]) ให้เปลี่ยนเป็นอัลดีไฮด์ และอัลดีไฮด์ซึ่งจะถูกเปลี่ยนไปเป็น

อาซีเตท โดยเอนไซม์อะซีทาลดีไฮด์ ดีไฮโดรจีเนส (Acetaldehyde Dehydrogenase [ALDH]) มีข้อค้นพบว่า บางเชื้อชาติมีเอนไซม์นี้แตกต่างกัน (ALDH Variant) เช่น ประชาชนญี่ปุ่นประมาณร้อยละ 50 ที่มีเอนไซม์ ALDH ที่ย่อยสลาย อะซีทาลดีไฮด์ได้ไม่ดี ทำให้เวลาดื่มแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยก็เกิดผลข้างเคียงจากการที่มีอะซีทาลดีไฮด์สูงในร่างกายได้ โดยทั่วไปผู้หญิงมีการย่อยของแอลกอฮอล์โดยแอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนสที่เยื่อบุกระเพาะอาหารน้อยกว่าผู้ชาย ทำให้ระดับของแอลกอฮอล์ขึ้นสูงได้เร็วกว่า เมื่อดื่มสุราจึงทำให้ผู้หญิงเมาได้ง่ายกว่าผู้ชาย และมีการศึกษาพบว่า บุตรของผู้ป่วยติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมายากกว่าบุตรของบุคคลที่ไม่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมของการติดแอลกอฮอล์ในอนาคต และที่สำคัญแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้ลดความสามารถของสมองในส่วนที่ควบคุมพฤติกรรม รวมทั้งยังก่อให้เกิดความรู้สึกสบาย (Euphoria) อีกทั้งยังลดความสามารถในการทรงตัวด้วย (สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, 2550)

ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol Content [BAC]) และอาการทางคลินิก ซึ่งวัดจากการอาการทางคลินิกเมื่อปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น มี 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 0.05 ถึง 0.1 กรัมต่อเดซิลิตร ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง อุณหภูมิร่างกายลดลง 2) ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 0.1 ถึง 0.2 กรัมต่อเดซิลิตร ร่างกายจะสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อ มือสั่น เดินเซ พูดไม่ชัดเจน 3) ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 0.2 ถึง 0.3 กรัมต่อเดซิลิตร จะเริ่มมีอาการอาเจียน หมดสติหรือเกือบหมดสติ ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ 4) ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 0.3 ถึง 0.4 กรัมต่อเดซิลิตร จะทำให้มีอาการโคม่า (Coma) ได้ เช่น ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ อาจหมดสติและมีภาวะอันตรายถึงชีวิต และ 5) ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 0.4 กรัมต่อเดซิลิตร อัตราการหายใจลดลงมากหรือหยุดหายใจ จนเสียชีวิตในที่สุด (ตรีทิพย์ รัตนวรชัย, 2557) สุดท้ายแล้วแอลกอฮอล์จำนวนเล็กน้อยจะถูกขับออกทางปอด พบว่า กลิ่นแอลกอฮอล์จากลมหายใจไม่สัมพันธ์กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป อัตราเมตาบอลิซึมของแอลกอฮอล์ขึ้นกับน้ำหนักตัว โดยปกติร่างกายผู้ใหญ่จะเผาผลาญแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ได้ 10 กรัมต่อชั่วโมง (สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, 2550)

#### 4. ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์

ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นปัญหาสำคัญและได้รับความสนใจถูกกล่าวถึงในกระบวนการนโยบายมากขึ้น คือ ผลกระทบทางด้านสุขภาพ จากข้อมูลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโรคและการบาดเจ็บเป็นอันดับต้น ๆ เมื่อเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยกว่า 200 โรค ซึ่งทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณปีละ 3.3

ล้านคน และก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพเท่ากับร้อยละ 5.9 ของภาวะโรคทั่วโลก การดื่มแอลกอฮอล์ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคซึมเศร้า และกลุ่มโรคมะเร็ง เป็นต้น (ทักษพล ธรรมรังสี, 2557)

การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Dilated Cardiomyopathy [DCM]) เนื่องจากแอลกอฮอล์หรือเอทานอล (Ethanol) มีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีเกิดสารอะซีทาลดีไฮด์ ทำให้มีความเป็นพิษต่อกล้ามเนื้อหัวใจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจจะถูกกระตุ้นให้ถูกสูบน้ำัดโลหิตเร็วขึ้นหัวใจทำงานหนักมากขึ้นส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นและกล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่มหนาขึ้นนำไปสู่การเกิดหัวใจโตและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด (สุริย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานการดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มการทำลายเซลล์ของตับอ่อนให้ระคายเคืองและบวมขึ้นเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบ เนื่องจากตับอ่อนเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ผลิตสารอินซูลิน ซึ่งเป็นสารที่จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กล่าวคือ หากในเลือดมีระดับน้ำตาลที่มากเกินไปอินซูลินจะช่วยเปลี่ยนน้ำตาลให้อยู่ในรูปของไกลโคเจนสะสมไว้ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายระดับน้ำตาลในเลือดจึงลดลง แต่เมื่อตับอ่อนอักเสบจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ การสร้างอินซูลินจึงลดลงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิดเป็นโรคเบาหวานหรือผู้ที่เป็โรคเบาหวานอยู่แล้วก็จะทำให้อาการแย่ลงหรือมีภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (วรุฒิ เจริญศิริ, 2555)

นอกจากนี้ยังพบว่า แอลกอฮอล์มีปฏิกิริยาต่อยาที่สำคัญทางคลินิกที่ใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น ปฏิกิริยาของยารักษาอาการปวดเค้นอก (Antianginal drugs) และยาลดความดันโลหิตสูง (Antihypertensive drugs) ในผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาขยายหลอดเลือดเป็นประจำ เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหรือผู้ที่หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบควรงดดื่มแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้เส้นเลือดขยายตัวได้ดียิ่งกว่ายาขยายหลอดเลือดบางชนิด การรับประทานยาร่วมกับแอลกอฮอล์จะมีผลทำให้เส้นเลือดขยายตัวมากเกินไปจนถึงกับหมดสติได้ เนื่องมาจากความดันโลหิตลดลงต่ำมาก และยาลดความดันโลหิตบางชนิด เช่น ยาแกวเนธิดีน (Guanethidine) มักจะทำให้เกิดความดันโลหิตลดลงต่ำทันทีทันใดเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถจากนั่งหรือนอนเป็นยืน (Postural hypotension) ได้ง่าย คือ จะมีอาการมึนจนถึงเป็นลมได้ จึงควรระวังอย่างยิ่งในการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย สำหรับยาลดความดันโลหิตบางชนิดมีผลทำให้เกิดอาการง่วงแอลกอฮอล์จะไปช่วยเสริมฤทธิ์ให้มากขึ้นอีกเพราะจะมีผลในทางกดประสาทในผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและดื่มแอลกอฮอล์จะเกิดปฏิกิริยาระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง (Hypoglycemic agents) จากการทำลายฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ทำให้กระบวนการสร้างน้ำตาลกลูโคส (Glucose) ซึ่งต้องอาศัยนิโคตินแอดีนีนไดนิวคลีโอไทด์ (Nicotinamide Adenine Dinucleotide [NAD])



ถูกยับยั้งทำให้เกิดผลต่อผู้ป่วยเบาหวาน คือ มีอาการหน้ามืด ใจสั่นอาจถึงหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดลดต่ำซึ่งเป็นภาวะวิกฤติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่รับประทานยาเมทฟอร์มิน (Metformin) และคีมีแอสลอสอลด์จะเสี่ยงต่อภาวะมีกรดแลคติกคั่งในเลือด (สุรจิต สุนทรธรรม และสมชัย บวรภักดี, ม.ป.ป.) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูงจึงควรลดหรือจนถึงการเลิกคีมีแอสลอสอลด์เพื่อผลดีต่อสุขภาพและการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค

การคีมีแอสลอสอลด์ในกลุ่มผู้ป่วยยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศ ความทุกข์ทรมานต่อการเจ็บป่วยของทั้งผู้ป่วยและญาติ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า การคีมีแอสลอสอลด์มีผลกระทบทางด้านสังคมทั้งในส่วนของอุบัติเหตุจราจร อุบัติเหตุขณะประกอบอาชีพ ปัญหาความสัมพันธ์และความรุนแรงในครอบครัว การประทุษร้ายร่างกายผู้อื่น และปัญหาอาชญากรรม ทั้งนี้ ผลกระทบทางสังคมส่วนใหญ่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันเห็นผลอย่างรวดเร็วและยังส่งต่อบุคคลรอบข้าง ชุมชน สังคม และประเทศ การคีมีแอสลอสอลด์ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งประเทศชาติด้วย

ปี พ.ศ. 2549 ได้มีการศึกษาต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายที่สังคมไทยต้องแบกรับจากการคีมีแอสลอสอลด์มีมูลค่าสูงถึง 156,105 ล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 1.99 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product [GDP]) โดยเมื่อนำต้นทุนดังกล่าวมาเฉลี่ยต่อประชากรทั้งหมดประมาณ 65 ล้านคน พบว่า มีมูลค่าถึงประมาณ 2,391 บาทต่อคน เมื่อพิจารณารายละเอียดของต้นทุนหรือความเสียหายทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการคีมีแอสลอสอลด์ที่ประเมินได้พบว่า ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) มีมูลค่าสูงถึง 149,592 ล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 95.8 ของต้นทุนทั้งหมด โดยต้นทุนทางอ้อมนี้ ประกอบด้วย ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร 104,128 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 65.7 ของต้นทุนทั้งหมด) และต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงาน และการขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน 45,465 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 30.1 ของต้นทุนทั้งหมด) ในขณะที่ต้นทุนทางตรง (Direct cost) มีมูลค่า 6,513 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 4.2 ของต้นทุนทั้งหมด โดยจำแนกเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาล 5,491 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของต้นทุนทั้งหมด) ต้นทุนจากทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรทางบก 779 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของต้นทุนทั้งหมด) และต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ 242 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 0.2 ของต้นทุนทั้งหมด) ตามลำดับ (มนตรีธรรม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ, 2551)

## โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### 1. ความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Diseases [NCDs]) หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งไม่ติดต่อไปยังบุคคลอื่น โรคกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 กลุ่มโรค คือ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดตีบหรือแตกในสมอง 2) โรคเบาหวานและโรคอ้วน 3) โรคมะเร็ง และ 4) โรคปอดเรื้อรัง ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพองหรือโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควรมากขึ้น ซึ่งเกิดจากปัจจัยเสี่ยงร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases [NCD]) หมายถึง กลุ่มของโรคที่มีปัจจัยสาเหตุการนำสู่การเกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่กินไม่ถูกสัดส่วนและไม่เหมาะสมทางโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด ฯลฯ โดยมีรากฐานมาจากวิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีสุขภาพ (Unhealthful lifestyles and environment) ส่วนใหญ่ของกลุ่มโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง โดยมีลักษณะเฉพาะ คือ การเกิดโรคมีหลายสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และเป็นสาเหตุที่ซับซ้อน ปัจจัยต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมมีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ การกินอาหาร การเคลื่อนไหว การพักผ่อน ซึ่งการดำเนินพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จนเคยชินและกลายเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ในปัจจุบันลักษณะการแฝงตัว การก่อโรคและผลกระทบของโรคใช้เวลานาน ในขณะที่เดียวกัน การแก้ไขก็ใช้เวลานานกว่าจะเห็นผล โดยพบกลุ่มโรคนี้ในวัยทำงานและวัยสูงอายุมากกว่าวัยเด็ก (กุลพินน เจริญดี, ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, สิริชชา เลิศบุญสกุล, ศิริพร ชนพรชัยสิทธิ์ และกาญจนา ศรีสวัสดิ์, 2552)

กล่าวโดยสรุป โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งไม่ติดต่อไปยังบุคคลอื่น โดยเกิดจากปัจจัยเสี่ยงร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม มีลักษณะการดำเนินโรคช้า ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

## 2. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สถานการณ์ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่งในประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรค กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะประกอบด้วยโรคจำนวนมาก แต่พบว่า วิกฤตปัญหาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับโลก นั้นเป็นผลมาจาก 4 กลุ่มโรคหลักเป็นสำคัญ ได้แก่ 1) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) กลุ่มโรคเบาหวานและโรคอ้วน 3) กลุ่มโรคมะเร็ง และ 4) กลุ่มโรคปอดเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีอัตราป่วยสูงสุดเป็นอันดับแรก ๆ ของกลุ่มผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (อมรา ทองหงษ์ และคณะ, 2556) ซึ่งทั้ง 4 กลุ่มโรคนี้มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญร่วมกัน โดยแบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอัน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (ทักษพล ธรรมรังสี, 2557)

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555 ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานพบว่า มีอัตราป่วยสูงสุดเป็นอันดับแรก ๆ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนผู้ป่วย 602,548 ราย อัตราป่วย 937.58 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2555) จำนวน 3,398,412 ราย อัตราความชุก 5,288.01 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 602,548 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 223,501 ราย และเพศหญิง 379,047 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 1: 1.70 โรคเบาหวานมีจำนวนผู้ป่วย 336,265 ราย อัตราป่วย 523.24 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2555) จำนวน 1,799,977 ราย อัตราความชุก 2,800.80 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ จำแนกเป็นเพศชาย 116,715 ราย อัตราป่วย 369.18 ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง 219,550 ราย (672.41) อัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1: 1.9 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่า อัตราป่วยทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าปีทุกปีที่ผ่านมา (อมรา ทองหงษ์ และคณะ, 2556)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการเข้าพักรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2556 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 1,025.44 เป็น 1,561.42 ต่อแสนประชากร และโรคเบาหวาน มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 759.04 เป็น

1,032.50 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2557 (ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, 2559) สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เจ็บป่วยเป็นเวลานาน และ/หรือควบคุมโรคได้ไม่ดีจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ก่อให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควรส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรค ความดันโลหิตสูงสะสม (รายใหม่และเก่า) จำนวน 3,398,412 ราย มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจสูงสุด จำนวน 51,465 ราย ร้อยละ 72.82 รองลงมา ภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 10,915 ราย ร้อยละ 15.44 และภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวานสะสม (รายใหม่และเก่า) พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จำนวน 36,517 ราย ร้อยละ 61.92 ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง จำนวน 6,671 ราย ร้อยละ 11.31 ภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 6,347 ราย ร้อยละ 10.76 ภาวะแทรกซ้อนระบบประสาท จำนวน 3,211 ราย ร้อยละ 5.44 ภาวะแทรกซ้อนทางตาจำนวน 3,146 ราย ร้อยละ 5.33 และภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดง 3,081 ราย ร้อยละ 5.22 ของผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด (อมรา ทองหงษ์ และคณะ, 2556)

สำหรับจังหวัดนนทบุรี พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุข ใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยในจังหวัดนนทบุรี โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2557 โดยอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1,021.11 เป็น 1,258.94 ต่อประชากรแสนคน และโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 637.81 เป็น 724.81 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี, 2557) อำเภอไทรน้อย มีเขตการปกครองแบ่งเป็น 6 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลไทรน้อย ไทรใหญ่ ทวีวัฒนา หอนงเพรางาย ชุนศรี และคลองขวาง ซึ่งมีจำนวนประชากร 53,152 คน แต่พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานถึงร้อยละ 13.63 ซึ่งสูงที่สุดในจังหวัดนนทบุรี และจากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอไทรน้อย โดยผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 12.91 (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ และสภาพปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและทุกภาคส่วนควรให้ความสนใจในการหาแนวทางแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างจริงจังและเร่งด่วนต่อไป

### โรคความดันโลหิตสูง

#### 1. ความหมายโรคความดันโลหิตสูง

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ได้ให้คำนิยามโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure [SBP]) > 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure [DBP]) >

## 90 มม.ปรอท

Isolated Systolic Hypertension [ISH] หมายถึง ระดับ SBP > 140 มม.ปรอท แต่ระดับ DBP < 90 มม.ปรอท

Isolated Office Hypertension หรือ White-Coat Hypertension [WCH] หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่า สูง (SBP > 140 มม.ปรอท และ/ หรือ DBP > 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่า ไม่สูง (SBP < 135 มม.ปรอท และ DBP < 85 มม.ปรอท)

Masked Hypertension [MH] หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ปกติ (SBP < 140 มม.ปรอท และ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่า สูง (SBP > 135 มม.ปรอท และ/ หรือ DBP > 85 มม.ปรอท)

การแบ่งระดับความดันโลหิตสูงจำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป มีเกณฑ์ของ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/ หรือ	80/ 84
High normal	130-139	และ/ หรือ	85-89
Grade 1 hypertension (Mild)	140-159	และ/ หรือ	90-99
Grade 2 hypertension (Moderate)	160-179	และ/ หรือ	100-109
Grade 3 hypertension (Severe)	≥ 180	และ/ หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90

หมายเหตุ SBP = Systolic Blood Pressure [DBP] = Diastolic Blood Pressure เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์สำหรับ ISH ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แต่ SBP

## 2. ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

2.1 การจำแนกชนิดของโรคความดันโลหิตสูงโดยการจำแนกตามสาเหตุการเกิด แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

2.1.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or essential hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ (อัมพร วรรณ, 2554) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่อย่างไรก็ตามคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee 7, 2003) พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด อายุ และมีประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้การวินิจฉัยรักษาและควบคุมโรคให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 ของคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ตรวจพบสาเหตุหรือโรคที่ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น ความผิดปกติที่ไตหรือต่อมหมวกไต หรือจากการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง ซึ่งส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้ (อัมพร วรรณ, 2554) เช่น โรคของเนื้อไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย เชื่อว่าการที่ไตถูกทำลายทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โดยกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Renin Angiotensin) ภาวะไตวายมักจะทำให้เกิดการกั่งของน้ำและโซเดียม ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (สมจิต หนูกุลเจริญ และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ดังนั้น เมื่อได้รับการรักษาที่สาเหตุระดับความดันโลหิตจะลดลงเป็นปกติและสามารถรักษาให้หายได้ (อุไรพร คล้าจิม, 2554)

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุซึ่งพบมากที่สุด ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดแต่พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรรมพันธุ์ ความอ้วน ไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหาร ไม่ออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด อายุและมีประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ชนิดที่สอง คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ เกิดจากความผิดปกติที่ไต ต่อมหมวกไต การได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง

2.2 การจำแนกชนิดของโรคความดันโลหิตสูงโดยการจำแนกตามความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงตามการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ (World Health Organization-International Society of Hypertension (WHO), 1999) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

2.2.1 ความรุนแรงระดับ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ

2.2.2 ความรุนแรงระดับ 2 ตรวจพบความเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่าง จากภาวะเหล่านี้ คือ หัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดแดงที่จอร์รับภาพมีการตีบทั่ว ๆ ไปหรือเฉพาะ บางส่วน มีอัลบูมินในปัสสาวะ และ/ หรือครีเอตินินในเลือดสูงกว่าปกติ

2.2.3 ความรุนแรงระดับ 3 ตรวจพบว่า มีอวัยวะถูกทำลายเป็นผลมาจาก ความดันโลหิตสูง และมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ มีอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะหัวใจวาย อัมพาตจากหลอดเลือดสมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack) หรือภาวะสมองบวม จอร์รับภาพตามีเลือดออก และอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม (Papillo edema) ไตวายตรวจพบครีเอตินินมากกว่า 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลอดเลือดโป่งพอง (Dissecting aneurysm) หรือมีอาการของโรคหลอดเลือดอุดตัน

### 3. เกณฑ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (วิชัย เอกพลากร, 2557) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1 กลุ่มได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลด ความดันโลหิตจากแพทย์แผนปัจจุบัน แต่จากการตรวจวัดความดันโลหิตขณะสำรวจพบความดัน ซีสโตลิก (Systolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท

3.2 กลุ่มได้รับการรักษาและควบคุมได้ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลด ความดันโลหิต และการตรวจวัดความดันโลหิตขณะสำรวจพบความดันซิสโตลิก (Systolic) น้อยกว่า 140 มม.ปรอท หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) น้อยกว่า 90 มม.ปรอท

### 4. พยาธิสรีรวิทยาของโรคความดันโลหิตสูง

พยาธิสรีรวิทยาของความดันโลหิตสูงไม่สามารถที่จะอธิบายด้วยกลไกใดกลไกหนึ่ง ได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามภาวะนี้เป็นความผิดปกติของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ได้ ฉะนั้นปัจจัยใดก็ตามที่มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงจะเกี่ยวข้องกับปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจาก หัวใจต่อนาที และความต้านทานปลายทางของหลอดเลือดเป็นสำคัญ พอสรุปได้ดังนี้ (พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ และวินัส ลิพหกุล, 2558)

4.1 ค่าของปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดและความต้านทานปลายทางรวมของ หลอดเลือดอย่างใดอย่างหนึ่งสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น เพื่อให้เลือดไหลผ่านได้ เป็นผลให้ความดันโลหิตสูง

4.2 การทำหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติกซึ่งเป็นระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่อความดันเลือดเปลี่ยนแปลงจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกมีผลทำให้หัวใจ

บีบตัวเร็วและแรงขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4.3 ระดับเรนินในหลอดเลือดสูงมีผลให้อองจิโอเทนซิน (Angiotensin II) สูงมีผลกระตุ้นให้หลอดเลือดตีบตัวอย่างแรง เป็นการเพิ่มความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือด นอกจากนี้มีผลให้หลอดเลือดดำหดตัวด้วยทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น

4.4 การเพิ่มการหลั่งของแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) ทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมที่ไตเป็นการส่งเสริมการคั่งของโซเดียมและน้ำมากยิ่งขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4.5 ภาวะของโรคที่มีผลกระทบทำให้เกิดการทำหน้าที่ของระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ เช่น ความผิดปกติที่ไต พยาธิสภาพของโรคจะไปกระตุ้นการทำงานของเรนินแองจิโอเทนซิน (Rennin Angiotension Aldosterone System [RAA]) มีผลทำให้มีการคั่งของโซเดียม และน้ำเพิ่มขึ้น เป็นผลให้เพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความต้านทานปลายทางเพิ่มขึ้น เช่น ไตวายเป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

การดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดื่มทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผลกระทบนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกาย เช่น ทางเดินอาหาร ตับ สมอง หัวใจ และหลอดเลือด ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากผลกระทบที่พบ ได้แก่ การทำงานของหัวใจเสื่อมลง การเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดปกติ อาการเจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันหรืออาจทำให้เสียชีวิตเฉียบพลัน การดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลเสียต่อกล้ามเนื้อหัวใจได้ (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2550) ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของโรคความดันโลหิตสูงและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ซึ่งพบในกลุ่มผู้ชายวัยกลางคนโดยจะค่อย ๆ มีอาการของหัวใจล้มเหลวนอนราบไม่ได้ตัววมที่เท้า และหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ(ภาวะดี โตทำโรง และคณะ, 2551) การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว Dilated Cardiomyopathy (DCM) เนื่องจากแอลกอฮอล์หรือเอทานอล (Ethanol) มีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีเกิดสารอะซีตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) มีความเป็นพิษต่อกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจจะถูกกระตุ้นให้ถูกสูบฉีดโลหิตเร็วขึ้น หัวใจทำงานหนักมากขึ้นส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นและกล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่มหนาขึ้นนำไปสู่การเกิดหัวใจโตและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด (สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556)

จากการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่สูงขึ้น โดยกลไกเชื่อว่าเกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นในผู้ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก เช่น ภาวะความดันเลือดสูง ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง



ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนาผิดปกติ เนื่องจากการดื่มสุราจะทำให้มีการเพิ่มระดับของฮอร์โมนคอร์ติซอล แคะทีโคลามีน (Cortisol Catecholamine) และมีผลกระทบต่อระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin-Angiotensin) ทำให้มีการหลั่งแอนติไดยูเรติก ฮอร์โมน (Anti-Diuretic Hormone [ADH]) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการดูดกลับน้ำของไตลดลง ทำให้การไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น ระดับความดันโลหิตจึงสูงขึ้น (Beilin & Puddey, 2006) ความดันโลหิตสูงโดยแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงที่หาสาเหตุไม่ได้ ในผู้ป่วย 20-30% ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยจะเกิดทั้งในช่วงที่มีเมามาและช่วงที่ขาดสุรา ทำให้หัวใจล้มเหลวจากการขาดวิตามินบี 1 (รุ่งทิวา ใจจา, 2550) การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยารักษาความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ค่อยได้ ควรคำนึงว่าผู้ป่วยอาจใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดอยู่ก็ได้ จึงควรงดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต (นงเยาว์ ไบยา, 2554; ภาวดี โศทำโรง และคณะ, 2551)

## โรคเบาหวาน

### 1. ความหมายโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตและคร่าชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่งและยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายต่าง ๆ ตามมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอย่างมหาศาล

American Diabetes Association [ADA] (2011) ได้นิยามเบาหวาน หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหารที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากอินซูลินทำหน้าที่และหรือหลังลดลง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน พบว่ามีส่วนสัมพันธ์กับความเสื่อมบริเวณตา ไต เส้นประสาท หัวใจ และหลอดเลือด

### 2. ชนิดของโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2557) ได้แบ่งโรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้

#### 2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus [T1DM])

เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี รูปร่างไม่อ้วน อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก) ในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (Ketoacidosis) ซึ่งเป็นอาการแสดงแรกของโรคหรือมีการดำเนินโรคช้า ๆ จากระดับน้ำตาลที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิส (Ketoacidosis) เมื่อร่างกายมีการคิดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่น ซึ่งมักพบการดำเนินโรคในกรณีหลังนี้ในวัยผู้ใหญ่ การตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการวินิจฉัย คือ พบระดับซี-เปปไทด์ (C-Peptide)

## 2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus [T2DM])

เป็นชนิดที่พบมากที่สุดของคนไทย โดยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ซึ่งเป็นผลจากการที่ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสมมักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป อ้วนหรือรูปร่างท้วม ซึ่งอาจไม่มีอาการผิดปกติหรือไม่มีอาการของโรคเบาหวาน มักมีอาการไม่รุนแรงค่อยเป็นค่อยไป และพบมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือ ญาติ พี่ น้อง โดยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากขึ้นในคนที่อายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติ การเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซี-เปปไทด์(C-Peptide) ในเลือดต่ำมาก และ/ หรือตรวจพบปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อต้านของเซลล์ไอส์เล็ต

## 2.3 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other specific types)

โรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โรคของตับอ่อน การติดเชื้อจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน การใช้ยาหรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีลักษณะจำเพาะของโรค หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้

## 2.4 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus [GDM])

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบจากการทำ Glucose tolerance test ในหญิงมีครรภ์ ซึ่งภาวะนี้มักจะหายไปหลังคลอด ในกรณีที่มิระดับน้ำตาลที่เข้าได้กับการวินิจฉัยเบาหวานทั่วไปจากการตรวจครั้งแรกที่คลินิกฝากครรภ์จะถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั่วไป

## 3. เกณฑ์การควบคุมโรคเบาหวาน

การควบคุมโรคเบาหวานได้ตามเกณฑ์ (วิชัย เอกพลากร, 2557) แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

3.1 กลุ่มที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง กลุ่มที่ได้รับยาอินหรือยาฉีดรักษาเบาหวานแต่จากการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง พบว่ามากกว่าหรือเท่ากับ 130 มก./ ดล.

3.2 กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ หมายถึง กลุ่มที่ได้รับยาอินหรือยาฉีดรักษาเบาหวาน และตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง พบว่าน้อยกว่า 130 มก./ ดล.

#### 4. พยาธิสรีรวิทยาของโรคเบาหวาน

เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินเกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อนทำให้ระดับอินซูลินในกระแสเลือดลดลง เมื่อร่างกายขาดอินซูลินตับสามารถผลิตน้ำตาลออกมาได้มากขึ้นเซลล์ไขมันมีการสลายไตรกลีเซอไรด์ออกมาเป็นกรดไขมัน ซึ่งจะถูกเปลี่ยนเป็นคีโตน และเมื่อร่างกายมีการขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง ทำให้เกิดการสลายไกลโคเจน ไขมัน และโปรตีนมากกว่าที่ร่างกายจะนำไปใช้ได้ เซลล์มีความสามารถในการใช้น้ำตาลและคีโตนลดลงทำให้เกิดการคั่งของน้ำตาลและคีโตนในกระแสเลือด ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (Diabetes Ketoacidosis) ขึ้น (สารัช สุนทร โยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555)

เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสามารถอธิบายกลไกการเกิดโรคได้ 2 กลไก คือ

1. ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) เป็นความผิดปกติของอินซูลินที่จะไปออกฤทธิ์กับเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การดื้อต่ออินซูลิน คือ ภาวะที่ระดับอินซูลินที่ปกติเหมือนคนทั่วไปในร่างกายสามารถกระตุ้นการตอบสนองของร่างกายได้น้อยลงหรือไม่เพียงพอต่อการรักษาให้ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วงปกติ

2. เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของเบตาเซลล์ในตับอ่อนที่พยายามจะผลิตอินซูลินให้เพียงพอับความต้องการของร่างกายเพื่อทดแทนให้กับการดื้อต่ออินซูลินของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ซึ่งทำให้เบตาเซลล์ต้องทำงานหนักเพื่อเพิ่มการผลิตจนสุดท้ายจะค่อย ๆ สูญเสียหน้าที่ได้ในที่สุด ส่งผลให้เบตาเซลล์ไม่สามารถผลิตอินซูลินในระดับปกติได้ต่อมาจึงมีอินซูลินเริ่มลดลงซึ่งแม้ว่าจะยังสูงกว่าในคนปกติ แต่ไม่เพียงพอในการช่วยให้เซลล์ต่าง ๆ ลำเลียงน้ำตาลเข้าไปใช้ภายในเซลล์ได้ทำให้น้ำตาลสูงขึ้นหลังอาหาร จนในระยะสุดท้ายระดับอินซูลินลดลงมาก ทำให้กลูโคสในเลือดสูงทั้งก่อนและหลังอาหาร และเมื่ออินซูลินน้อยลง กลูคากอนจะมีปริมาณเพิ่มขึ้นโดยอัตโนมัติ ซึ่งจะมีผลให้ไปเร่งการสลายไกลโคเจนที่ตับ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งสูงขึ้นจนเมื่อเกินขีดกั้นของไต น้ำตาลจะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ (รัชดา เกรสซี, 2557; สารัช สุนทร โยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555)

ผู้ป่วยเบาหวานที่ดื่มแอลกอฮอล์จะมีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ผลเฉียบพลันต่อสุขภาพขึ้นกับระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกับระดับความรู้ตัวของผู้ป่วย โดยค่อย ๆ เพิ่มระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดภายใน 2 ชั่วโมง พบว่า ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 50-150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ร่างกายจะขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว ปฏิกริยาตอบสนองและการตัดสินใจช้าลง การเห็นภาพไม่คมชัด การรับรู้ต่อตัวกระตุ้นช้าลง เมื่อแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึง 300-500 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ นอกจากอาการดังกล่าวข้างต้นแล้วยังพบระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง (Hypoglycemia)

มีอาการง่วง มึนงง ระบบหายใจถูกกด (Respiratory repression) เป็นผลให้หายใจไม่ออกอาจทำให้เสียชีวิตได้ การดื่มสุราเป็นประจำทุกวันติดต่อกันเป็นเวลา 10 ปี หรือมากกว่า ทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเกิดความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ทำให้เป็นเบาหวานเพราะขาดอินซูลิน (ภาวดี โดท่าโรง และคณะ, 2551; รุ่งทิวา ใจจา, 2550)

### ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence [TTI])

ทฤษฎีอิทธิพลสามทางของ Flay and Petraitis (1993 อ้างถึงใน พรนภา หอมสินธุ์, 2558) เป็นทฤษฎีใหม่ที่พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของการใช้สารเสพติดต่าง ๆ มโนคติหลักของทฤษฎีนี้สร้างมาจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพหลายทฤษฎีมาประยุกต์เข้าด้วยกัน เช่น ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The Theory of Reasoned Action) ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (The Social Cognitive Theory) เป็นต้น โดยนำแนวคิดทางด้านสังคมและจิตวิทยามารวมในการสร้างทฤษฎี เพื่อนำมาใช้เป็นทฤษฎีทางด้านสุขภาพและกล่าวถึงชนิดของพฤติกรรม จุดเริ่มต้นของพฤติกรรมทางเลือกของบุคคลในการตัดสินใจด้านพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นแรงผลักดันในการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม

ทฤษฎีอิทธิพลสามทางเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) อิทธิพลภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) 2) อิทธิพลสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมหรือทัศนคติ (Cultural environment/ attitudinal influences) และ 3) อิทธิพลระหว่างบุคคลหรือทางสังคม (Interpersonal/ social influences) ซึ่งภายในอิทธิพลแต่ละทางดังกล่าวจะประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมได้ระดับที่แตกต่างตั้งแต่ส่งผลได้มากหรือโดยตรง (Proximal influences) ส่งผลได้ปานกลางหรือโดยอ้อม (Distal influences) และส่งผลได้น้อย (Ultimate influences) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์ โดยการเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น และการมีพฤติกรรมดังกล่าวมิได้เกิดจากอิทธิพลใดอิทธิพลหนึ่งเท่านั้น แต่มักเกิดร่วมกันหรือพร้อมกัน และมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ที่เปลี่ยนแปลงกลับไปมาอยู่ตลอดเวลา อิทธิพลสามทางมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัย ดังนี้

1. อิทธิพลปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal Influences) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์และลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล ประกอบด้วย ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Behavioral control) เช่น การมีบุคลิกก้าวร้าว กระตือรือร้น เกียจคร้าน หุนหันพลันแล่น ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) ได้แก่ การปรับตัว การตัดสินใจ

การมีอารมณ์ความรู้สึก ความวิตกกังวล การแสดงออกที่สะท้อนความคิดที่มีต่อตนเองและผู้อื่น (Extraversion/ Introversion) เช่น การมีกิจกรรมทางสังคม การปรับตัวอยู่ในสังคม ความสามารถทางสังคม (Sociability) เช่น การมีมนุษยสัมพันธ์กับคนอื่น การยินยอมตามผู้อื่น การปรับตัวความสามารถตามความชอบ และความเฉลียวฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence) ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตน (Self-efficacy) อันจะนำไปสู่การตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมนั้น ๆ

2. อิทธิพลสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมหรือทัศนคติ (Cultural environment/ Attitudinal influences) เป็นอิทธิพลที่เกิดจากองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรมซึ่งอยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล เช่น สื่อ หรือข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่ ความเชื่อค่านิยมในสังคม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะหล่อหลอมความรู้สึกนึกคิดหรือการให้คุณค่าต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล องค์ประกอบสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรมประกอบด้วย 1) ศาสนาวัฒนธรรม (Culture religion) ซึ่งมีผลต่อค่านิยม ประเมินค่านิยมจากศาสนาที่นับถือ การเปลี่ยนแปลงนโยบาย การเบี่ยงเบนการศึกษาสุขภาพ การยอมรับทางสังคม 2) โอกาสในการรับข้อมูลข่าวสาร (Information opportunity) ซึ่งมีผลต่อความรู้ ความคาดหวัง โดยความรู้มาจากความตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร ผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความคาดหวังเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งค่านิยมการประเมินค่าความรู้และความคาดหวังนำไปสู่ทัศนคติ (Attitudes) ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3. อิทธิพลระหว่างบุคคลหรือทางสังคม (Interpersonal/ Social influences) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการสังเกตการเลียนแบบทัศนคติ และพฤติกรรมของบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด ได้แก่ 1) ความผูกพันทางสังคมที่มาจากครอบครัว โรงเรียน ความเชื่อทางศาสนา กลุ่มเพื่อน ซึ่งความผูกพันทางสังคมดังกล่าวมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การรับรู้ การสังเกต การเลียนแบบทัศนคติและพฤติกรรมจากบุคคลอื่นที่มาจากบิดามารดา ผู้ใหญ่ สื่อต่าง ๆ และเพื่อน มีผลต่อบรรทัดฐานทางสังคมตามการรับรู้ ซึ่งแรงจูงใจและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมตามการรับรู้ นำไปสู่ความเชื่อว่าคุณธรรมนั้นเป็นบรรทัดฐานทางสังคมที่ยอมรับได้และส่งผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า อิทธิพลสามทางทั้งสามปัจจัยนั้นส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น และไม่ได้เกิดจากอิทธิพลใดอิทธิพลหนึ่งแต่มักเกิดจากอิทธิพลร่วมกันหรือพร้อมกัน ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทัศนคติความเชื่อ และบรรทัดฐานทางสังคมส่งผลให้เกิดการตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีอิทธิพลสามทางมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีผลกับความตั้งใจเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยได้แบ่งปัจจัยที่จะทำการศึกษาออกเป็น 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal influences) ได้แก่ การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ (Attitudinal influences) ได้แก่ ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยทางสังคม (Interpersonal influences) ได้แก่ รายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด และแรงสนับสนุนทางสังคมให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์

### การดื่มแอลกอฮอล์และความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย

การดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ ทั้งนี้ เนื่องจากแอลกอฮอล์จะมีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะทำให้การทำงานของหัวใจเสื่อมลง เกิดภาวะความดันโลหิตสูงหัวใจเต้นผิดปกติ มีอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ก่อให้เกิดผลเสียต่อกลิ้ามเนื้อหัวใจอาจทำให้เสียชีวิตเฉียบพลัน (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2550) สำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานที่ดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มการทำลายเซลล์ของตับอ่อนให้ระคายเคืองและบวมขึ้น เกิดภาวะตับอ่อนอักเสบฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ทำให้การสร้างอินซูลินลดลงระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น (วรวิภา เจริญศิริ, 2555) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะในเพศชายที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2553 พบผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.7 มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเพศชายมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 41.4 และเพศหญิง ร้อยละ 32.5 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2556) เช่นเดียวกับการศึกษาของ มนัญญา เสรีวิวัฒนา และคณะ (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 69.5 เพศหญิงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 30.5 ทั้งนี้เนื่องจากค่านิยมของสังคมไทยมองว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายเป็นเรื่องปกติที่ใช้การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสัญลักษณ์ของความรื่นเริงสนุกสนานเสมือนเป็นสัญลักษณ์ของความสุข (ประวิทย์ เขียวอ่อน และสิริวรรณ กุหลาบแก้ว, 2550) อัตลักษณ์ทางเพศ (Gender identity) ที่สังคมกำหนดหรือการหล่อหลอมลักษณะเฉพาะของความเป็นหญิงและชาย มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของ

เพศหญิงและเพศชายที่แตกต่างกันจึงส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน (บุญสืบ โสโสม, 2560) อีกทั้งเพศชายยังมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่าเพศหญิง เนื่องจากปัจจัยด้านพันธุกรรมทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแอลกอฮอล์ต่ำกว่า จึงต้องดื่มในปริมาณมากกว่า จึงจะมีอาการเมา (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2557) เพศชายจึงมีความชุก ของนักดื่มหนักและมีโอกาสของการดื่มในปริมาณที่สูงกว่าเพศหญิง ดังนั้น ความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการดื่ม และผลกระทบต่อการใช้ชีวิตจึงมากกว่าเพศหญิง (ทักษพล ธรรมรังสี, 2553)

ความตั้งใจ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการกระทำหรือมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่จะเกิดขึ้น ในอนาคต (Sheeran & Orbell, 1999) นั่นคือ หากต้องการเสริมสร้างพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ควรจะเน้น ที่การสร้างให้เกิดความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ เสียก่อน เพราะเมื่อบุคคลมีความตั้งใจแล้ว บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ และเมื่อเราทราบถึงระดับความตั้งใจของบุคคลหนึ่ง ๆ เราก็สามารถทำนายว่าบุคคลคนนั้นมีโอกาสมากน้อยเพียงไรที่จะมีพฤติกรรม ตามความตั้งใจนั้น ๆ จากการศึกษาพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพฤติกรรมการรณรงค์ ให้มีพฤติกรรมบางอย่าง จะเน้นการใช้วิธีการเพื่อให้เกิดความตั้งใจในการมีพฤติกรรมที่ต้องการ เช่น การรณรงค์ให้เกิด ความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัย การจูงใจให้เกิดความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น ดังนั้น การประเมินความตั้งใจจึงพบได้ในงานวิจัยจำนวนมาก ในการทดสอบผลของความตั้งใจ เพื่อใช้ พยากรณ์อธิบาย และทำให้เกิดอิทธิพลต่อกิจกรรมหลากหลายของมนุษย์ เช่น รูปแบบ พฤติกรรม ทางการเมือง กิจกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการทำงานและพฤติกรรมกรบริโภค โดยจาก การศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ติดสุรามีความตั้งใจในการหยุดดื่มในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 77.78 ( $\bar{x} = 31.95, SD = 8.41$ ) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ทักษะคิดต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ ทางลบกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.22, p < .05$ ) ส่วนการรับรู้ ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรา และการจัดการพฤติกรรมกรดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .35, p < .01, r = .44, p < .01$ ) ตามลำดับ (สุภา อัจฉรินทร์, 2559) และการศึกษาของ ชีรัชย์ พบหิรัญ, มานพ คณะ โด และลาวัลย์ บุญชื่น (2557) พบว่า ผู้ติดยาเสพติดหญิงที่เข้ารับการบำบัดในค่ายวิวัฒน์พลเมือง มีความตั้งใจ ในการเลิกใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 78.80 โดยการรับรู้สมรรถนะของตน ทักษะคิดต่อ การใช้ยาเสพติด การคล้อยตามกลุ่มที่อ้างอิง มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ส่วนระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับ ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดและยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟู สมรรถภาพ มีความตั้งใจเลิกยาสูงกว่าผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระยะถอนพิษยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (วันเพ็ญ อานาจกิติกร, 2552)

สำหรับการส่งเสริมให้กลุ่มผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเลิกดื่มแอลกอฮอล์นั้น ความตั้งใจ มีบทบาทอย่างมากที่จะทำให้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เลิกดื่มได้หรือไม่ ดังงานวิจัยเรื่องความตั้งใจ ในการเลิกสูบบุหรี่ของประเทศออสเตรเลีย ที่ทดสอบหาวิธีการที่เหมาะสมในการเสริมสร้าง ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เพราะบุคคลที่จะมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้นั้นจะต้องมีความตั้งใจ เป็นอันดับแรกก่อน (Ho, 1998) การที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้ต้องทำให้เกิด ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ก่อนถึงจะเกิดพฤติกรรมขึ้นได้ ดังนั้น ความตั้งใจในการเลิกดื่ม แอลกอฮอล์จึงหมายถึง เจตนาหรือความมุ่งมั่นของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่จะปฏิบัติตนหรือ วางแผนที่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์ต่าง ๆ (รุ่งทิพา ใจจา, 2550) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่ยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลให้เกิดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับ ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย มีเพียงการศึกษา ความตั้งใจในการหยุดดื่มหรือเลิกดื่มในกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุราเท่านั้น (สุภา อัครจันทร์, 2559)

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย

จากแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทาง และจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมา สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้เป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังชาย ได้ดังนี้

### 1. การศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มี การศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์เพื่อต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างกับ ผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนโอกาสในการแสวงหาประสบการณ์ ในการดูแลตนเอง (สุดกัญญา ปานเจริญ, 2552) ผู้ที่มีการศึกษาสูงจึงมีโอกาสมีความตั้งใจในการเลิก ดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง (2546) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยชายที่เข้ารับ การบำบัดในสถาบันธัญญารักษ์อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาในประเทศจีนของ Feng et al. (2010) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปานกลางและระดับสูงมีความตั้งใจที่เลิกสูบบุหรี่สูง เป็น 1.39 เท่า (95% CI = 1.00-1.92) และ 1.60 เท่า (95% CI = 1.10-2.32) ของผู้ที่มีระดับการศึกษา ต่ำ



## 2. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคนานาน และเข้าสู่ระบบการรักษาโดยผู้ที่มีระยะเวลาป่วยมานานจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสปรับพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา คำลอยฟ้า (2554) ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## 3. ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นหรือมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบความสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม (ภาวดี โดท่าโรง และคณะ, 2551) การศึกษาของ สุภา อัจฉรินทร์ (2559) พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการหยุดดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา ( $r = .35, p < .01$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์ (2547) พบว่า แรงผลักดันและแรงจูงใจภายในของผู้เข้ารับการบำบัดแอลกอฮอล์สามารถเลิกดื่มได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคล ถ้าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ก็จะมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ (ไวยรรณ ษณะมัย, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สิทธิชัย อาชายินดี และสุรีพร คนละเอียค, 2555) และการศึกษาของ Jones et al. (2007) พบว่า สตรีตั้งครรภ์แอฟริกันมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษา ของ รุ่งนภา สังข์แก้ว (2559) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายที่มีความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .480, p = < .001$ )

## 4. ทักษะคิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

ทักษะคิดหรือค่านิยมเป็นการประเมินความเชื่อหรือความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าดีหรือไม่ดีเป็นอันตรายหรือเป็นประโยชน์ชอบหรือไม่ชอบ จะส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจและความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมออกมา (Flay & Petraitis, 1994) การมีทักษะคิดที่ถูกต้องเหมาะสมต้องการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ จึงยอมส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจและปฏิบัติตัวเพื่อเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้ ดังการศึกษาของ สุภา อัจฉรินทร์ (2559) พบว่า ทักษะคิดต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจทางลบกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา ( $r = -.22, p = < .05$ )

เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมนึก หลิมศิริโรรัตน์ (2551) พบว่า ทักษะคิดต่อการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ( $r = .529$ ) และการศึกษาของ Jones et al. (2007) พบว่า สตรีตั้งครรรภ์แอฟริกันมีทัศนคติในทางบวกต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี โดยเชื่อว่าการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และบุหรีส่งผลดีต่อสุขภาพทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

## 5. รายได้

รายได้ เป็นสิ่งที่บอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม การที่มีรายได้สูงทำให้มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองและเอื้ออำนวยรวมทั้งข้อมูลและวิธีการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย การศึกษาของ บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง (2546) พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยชายที่เข้ารับการรักษาในสถาบัน รัษฎารักษ์อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของ Reid, Hammond, Boudreau, Fong, and Siaphush (2005) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ระดับสูงมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรีใน 6 เดือนข้างหน้า สูงเป็น 1.17 เท่า (95% CI = 1.07-1.27,  $p < .001$ ) ของผู้ที่มีรายได้ต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2555) พบว่า ผู้สูบบุหรีที่มีรายได้เฉลี่ยครัวเรือนต่อปีระหว่าง 4 ล้านเยน-5.99 ล้านเยน มีโอกาสเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จเป็น 3.79 เท่า (95% CI = 1.21-11.93) ของผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่ำกว่า 4 ล้านเยน

## 6. การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด

การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างการดื่มแอลกอฮอล์ จากพี่น้องหรือเพื่อนสนิทที่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดพฤติกรรมการเล่นแบบและอาจชักชวนกันดื่มแอลกอฮอล์ จึงยอมส่งผลต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ดังการศึกษาของ จิรัชยา เจียวก๊ก และสันติชัย แยมใหม่ (2558) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการดื่มสุราในเยาวชน พบว่า บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดเป็นเงื่อนไขสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจดื่มไม่ดื่มสุราของกลุ่มเยาวชน เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้เลี้ยงดูและเป็นแบบอย่างในการแสดงออกทางพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ เทพหนู (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญศึกษาในจังหวัดพัทลุง พบว่า นักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนการดื่มแอลกอฮอล์จากพ่อแม่สูงควบคุมต่ำและปานกลางมี โอกาสเสี่ยงต่อ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็น 14.23, 1.83 เท่าของนักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ต่ำควบคุมสูงตามลำดับ นักเรียนที่เพื่อนมีอิทธิพลสูงและปานกลางมีโอกาเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น 10.64, 0.30 เท่าของนักเรียนที่เพื่อนมีอิทธิพลต่ำตามลำดับ และการศึกษาของ ครุณี คุณวัฒนา และศิริวรรณ ขอดนิล (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของสตรีในเขตอำเภอปักษ์ธงชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า

บุคคลใกล้ชิดทั้งที่อยู่และไม่อยู่ในครอบครัวเกินกว่าหนึ่งในสามที่ดื่มสุรา และเป็นผู้มีอิทธิพลกับบุคคลพอสมควร เช่น สามี บิดา มารดา และบุตร รวมทั้งเพื่อน ๆ

#### 7. แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับความช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ จากบุคคลหรือกลุ่มคนซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (ไชยวรรณ ษณะมัย และคณะ, 2555) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สามารถสนับสนุนชักจูงหรือเอื้ออำนวยให้ผู้ติดสุราเกิดการปฏิบัติตัวหรือมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ (ภาวดี โทท่าโรง และคณะ, 2551) การศึกษาของ บุญย์พัชร ปิยะบุญสิทธิ (2547) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ( $r = .355$ ) ต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธร จังหวัดนครปฐม การศึกษาของ พิทักษ์ สุริยะใจ (2550) พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ในเรื่องการแสดงความยินดี การแสดงความห่วงใย การได้รับกำลังใจ และการให้อภัยโดยได้รับจากบุคคลในครอบครัว เป็นส่วนใหญ่ เพื่อส่งเสริมการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่เคยผ่านการบำบัดรักษาจากสถานบำบัด และเข้ามารับการรักษาการบำบัดรักษาสุราซ้ำ ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่และโรงพยาบาลสวนปรุง สอดคล้องการศึกษาของ สมนึก หลิมศิริโรธรัตน์ (2551) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเลิกแอลกอฮอล์ ( $r = .363$ ) และการศึกษาของ ประไพ ทายาท (2545) พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพ ร้อยละ 98.41 ที่มีจัดบริการปรึกษาในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกแอลกอฮอล์เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้เกิดการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกแอลกอฮอล์ และการศึกษาของ รุ่งนภา สังข์แก้ว (2559) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .346$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเพิ่มปัญหาความรุนแรงในด้านต่าง ๆ มากขึ้น ดังนั้น การเลิกดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ มีหลายปัจจัยสามารถจัดกลุ่มปัจจัยตามแนวคิดทฤษฎีอิทธิพลสามทางประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal influences) ได้แก่ การศึกษา ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านทัศนคติความเชื่อ (Attitudinal influences) ได้แก่ ทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยทางสังคมหรือภายนอกบุคคล (Interpersonal

influences) ได้แก่ รายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด แรงสนับสนุนทางสังคม

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษารั้งนี้ คือ เพศชาย ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/ หรือโรคความดันโลหิตสูงตามระบบการวินิจฉัยโรค ICD-10 (International Classification of Disease 10) และดื่มแอลกอฮอล์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 285 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เพศชาย ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/ หรือโรคความดันโลหิตสูงตามระบบการวินิจฉัยโรค ICD-10 (International Classification of Disease-10) และดื่มแอลกอฮอล์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 103 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วน (Parel et al., 1973 อ้างถึงใน พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, 2552)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{NZ^2 \alpha_2 \cdot p(1-p)}{Nd^2 + Z^2 \alpha_2 \cdot p(1-p)}$$

$n$  = ขนาดตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้

$Z$  = ค่าสถิติมาตรฐานได้ไค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ .05; ( $Z_{0.05} = 1.96$ )

$N$  = ขนาดประชากรที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายที่ดื่มแอลกอฮอล์

ในอำเภอไทรน้อย (285)

$p$  = สัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ จากผลการศึกษาของ Jianvitayakij et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายคิดจะเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 90 ( $p = 0.9$ )

$d =$  ค่าความคาดเคลื่อนสมมุติของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (.05)

แทนค่าจากสูตร

$$= \frac{285 \times (1.96)^2 \times 9(1-.9)}{285(0.05)^2 + (1.96)^2 \times 9(1-.9)}$$

$$= 93$$

จากการแทนค่าสูตรจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 93 คน หมายความว่า จำนวนประชากรที่น้อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ คือ 93 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์เพิ่มข้อมูลอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เท่ากับ 103 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ไม่มีโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนอันเกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไต เป็นต้น
2. สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ดี

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในความรับผิดชอบ 11 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. คลองลากค้อน รพ.สต. วัดมะเกลือ รพ.สต. วัดปลายคลองขุนศรี สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ รพ.สต. วัดยอดพระพิมล รพ.สต. หนองเพรางาย รพ.สต. ปากคลองหม่อมเข้ม รพ.สต. วัดราษฎร์นิยม รพ.สต. วัดคลองเจ้า รพ.สต. วัดคลองขวาง รพ.สต. บ้านคลองสิบสอง และ รพ.สต. วัดคลองเจ้า ซึ่งแต่ละ รพ.สต. มีบริบทที่คล้ายคลึงกันโดยมีลักษณะโครงสร้างทางประชากรเป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะทางสังคมเป็นสังคมชนบท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นที่ราบลุ่ม มีการคมนาคมที่สะดวก จึงได้ทำการสุ่ม รพ.สต. จากการรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) มา 1 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. คลองลากค้อน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ซึ่งยังไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการ

2. สุ่มตัวอย่าง รพ.สต. แบบกลุ่มครั้งที่ 2 ได้สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 32 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างยังไม่เพียงพอตามจำนวนที่คำนวณ จึงสุ่มแบบกลุ่มครั้งที่ 3 ได้ รพ.สต. วัดปลายคลองขุนศรี มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 28 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างยังไม่เพียงพอ จึงทำการสุ่มครั้งที่ 4 ได้ รพ.สต. วัดคลองเจ้ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 16 คน ทำให้

มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเกินจำนวนที่ต้องการ 3 คน จึงทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random without replacement) จำนวน 13 คน ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 103 คน

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง การควบคุมโรค รายได้ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ รูปแบบในการดื่ม แอลกอฮอล์ ความพยายามเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การมีบุคคลใกล้ชิดที่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ วัดโดยแบบวัด The Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Revise in An Adolescent Sample (DRSEQ-RA) ของ Young, Hasking, Qei, and Loveday, (2007) ซึ่งแปลโดย อัญชลี เหมชะญาติ (2550) และได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 มีจำนวน 14 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความกดดันทางสังคม (Social pressure) ด้านการผ่อนคลายอารมณ์และความรู้สึก (Emotion relief) และด้าน โอกาสที่เอื้อต่อการดื่ม (Opportunistic) มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ มั่นใจอย่างยิ่ง ค่อนข้างมั่นใจ ค่อนข้างไม่มั่นใจ ไม่มั่นใจเลย มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 14-56 คะแนน

#### เกณฑ์การให้คะแนน

มั่นใจอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4
ค่อนข้างมั่นใจ	ให้คะแนน	3
ค่อนข้างไม่มั่นใจ	ให้คะแนน	2
ไม่มั่นใจเลย	ให้คะแนน	1

#### การแปลผล

คะแนนความมั่นใจสูง หมายถึง มีความมั่นใจตนเองในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์สูง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นการวัดความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่มีต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทัศนคติของ Weber (1992 cited in Homsin et al., 2006) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้เข้าใจ (Cognitive dimension) 2) ด้านความรู้สึก (Affective dimension) และ 3) ด้านการปฏิบัติ (Behavioral dimension) ประกอบด้วย

ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 12-48 คะแนน

#### เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4
เห็นด้วย	ให้คะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

#### การแปลผล

คะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวกต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นการวัดการรับรู้ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ House (วีณา เทียงธรรม และคณะ, 2558) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2) ด้านการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental support) 3) ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Informational support) 4) ด้านแรงสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย เป็นจริงน้อยที่สุด มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 12-60 คะแนน

#### เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นจริงมากที่สุด	ให้คะแนน	5
เป็นจริงมาก	ให้คะแนน	4
เป็นจริงปานกลาง	ให้คะแนน	3
น้อย	ให้คะแนน	2
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1

#### การแปลผล

คะแนนสูง หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มาก

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์วัดความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความมุ่งมั่นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่จะปฏิบัติตนหรือวางแผนที่จะปฏิบัติตนในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ วัดโดยแบบวัดความตั้งใจในการเลิกดื่มสุราของ รุ่งทิวา ใจจา (2550) ซึ่งสร้าง



ตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen and Fishbein (1980) และได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มสุรา จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 6 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ก่อนข้างน้อย มาก ก่อนข้างมาก มากที่สุด มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 12-72 คะแนน

#### เกณฑ์การให้คะแนน

น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1
น้อย	ให้คะแนน	2
ค่อนข้างน้อย	ให้คะแนน	3
มาก	ให้คะแนน	4
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนน	5
มากที่สุด	ให้คะแนน	6

#### การแปลผล

คะแนนสูง หมายถึง มีความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยมีดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ โดยผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษสาขาอายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ 3 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหา เท่ากับ 0.9

แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหา เท่ากับ 1.0

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน ที่ รพ.สต. ปากคลองหม่อมแฉ่ม และ รพ.สต. หนองเพรางาย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้

สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ความมั่นใจตนเองในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์	มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89
ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์	มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83
แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์	มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88
ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์	มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

#### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขออนุมัติจากสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายในพื้นที่อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
2. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือดำเนินการวิจัยและนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและช่วยพิจารณารวบรวมรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด
3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เก็บข้อมูล โดยการให้ความรู้ชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เข้าใจตรงกันและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และให้ผู้ช่วยวิจัยลงนามในใบยินยอมว่าการเก็บข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้เป็นความลับ

#### ขั้นดำเนินการ

1. ในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจัดเตรียมสถานที่ให้เอื้อต่อการเก็บข้อมูลโดยใช้ห้องให้คำปรึกษาของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ต่อกลุ่มตัวอย่างที่ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามวันนัด ในห้องแยกที่จัดเตรียมไว้และไม่มีเจ้าหน้าที่ของคลินิกโรคเรื้อรังหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในห้องนั้น โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสัมภาษณ์ให้ฟังทีละข้อเมื่อมีข้อสงสัยในข้อความผู้วิจัยได้อ่านให้ฟังซ้ำอย่างช้า ๆ หรือใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายโดยไม่ได้อธิบายเพิ่มเติม โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที

3. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาตามที่นัดหมายไว้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่บ้านโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล

4. นำแบบสัมภาษณ์ที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับหมายเลขรับรองจริยธรรม รหัส 01-08-2559

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ การตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลเสียหรือเงื่อนไขใด ๆ เกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพต่อกลุ่มตัวอย่าง และลงลายมือชื่อยินยอมให้ข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน และขอความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์ตามความสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีบุคคล 2 คนลงนามเป็นพยาน

3. การตอบแบบสัมภาษณ์ ไม่มีการระบุชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้รหัสแทนแบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วถูกเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด คำตอบและข้อความที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ทุกอย่างถือเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่านและรับทราบข้อมูลเหล่านั้น การนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวมและทำลายข้อมูลภายหลังการวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษา ได้แก่ การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ รายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยก่อนการทดสอบได้นำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน คือ

ข้อมูลมีลักษณะการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จากการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship การแปลผลขนาดของความสัมพันธ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความสัมพันธ์ต่ำ ( $r = .1-.3$ ) ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ( $r = .3-.5$ ) และระดับความสัมพันธ์สูง ( $r > .5$ ) (Burns & Grove, 2005)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/ หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และดื่มแอลกอฮอล์ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
2. ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา
3. ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

### ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/ ความดันโลหิตสูง จำนวน 103 คน แบบสัมภาษณ์มีความสมบูรณ์ทั้งสิ้น 93 ชุด คิดเป็นร้อยละ 90.3 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ร้อยละ 52.7 รองลงมาเป็นวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.8 อายุมากที่สุดเท่ากับ 79 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 35 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57 ปี ( $SD = 10.19$ ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.6 ร้อยละ 39.8 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุดเท่ากับ 40,000 บาทต่อเดือน รายได้น้อยที่สุดเท่ากับ 600 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 10,895.70 บาทต่อเดือน ( $SD = 7,796.49$ ) เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 12.9 โรคเบาหวาน และ/ หรือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.7 โดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเบาหวาน และ/ หรือความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมโรคได้เพียงร้อยละ 20.4, 33.3 และ 31.2 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1-5 ปี ร้อยละ 47.3 ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังนานที่สุดเท่ากับ 20 ปี สั้นที่สุด 3 เดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉลี่ยเท่ากับ 5.2 ปี ( $SD = 3.76$ ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 93$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น 20-40 ปี	7	7.5
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 41-60 ปี	49	52.7
วัยผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป	37	39.8
Min = 35, Max = 79, $M = 56.9$ , $SD = 10.19$		
การศึกษา		
ประถมศึกษา	61	65.6
มัธยมศึกษา	24	25.8
อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร	4	4.3
ปริญญาตรี	4	4.3
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	22	23.7
5,001-10,000 บาท	37	39.8
10,001-15,000 บาท	17	18.3
15,001-20,000 บาท	11	11.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 20,001 บาท	6	6.4
Min = 600, Max = 40,000, $M = 10,895.7$ , $SD = 7,696.49$		
การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
โรคความดันโลหิตสูง	59	63.4
โรคเบาหวาน	12	12.9
โรคเบาหวาน และ/ ความดันโลหิตสูง	22	23.7
การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
โรคความดันโลหิตสูง ( $n = 59$ )		
ควบคุมไม่ได้	47	79.6
ควบคุมได้	12	20.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคเบาหวาน ( $n = 12$ )		
ควบคุมไม่ได้	8	66.7
ควบคุมได้	4	33.3
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ( $n = 22$ )		
ควบคุมไม่ได้	15	68.8
ควบคุมได้	7	31.2
ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
< 1 ปี	15	16.1
1-5 ปี	44	47.3
6-10 ปี	31	33.3
11-15 ปี	2	2.2
> 15 ปีขึ้นไป	1	1.1
Min = 0.3, Max = 20, $M = 5.2$ , $SD = 3.76$		

## 2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.2) เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น รองลงมา ร้อยละ 33.3 เริ่มดื่มในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง และเริ่มดื่มแอลกอฮอล์อายุมากที่สุดเท่ากับ 60 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 12 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 19.5 ปี ( $SD = 6.43$ ) การดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.4 ดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราวตามโอกาส โดยส่วนใหญ่ไม่เคยพยายามเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 71.0 และเคยเลิกดื่มมากที่สุด จำนวน 19 ครั้ง เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.5) ไม่มีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมา ร้อยละ 30.1 มีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย จำนวน 1-2 คน จำนวนคนในครอบครัวที่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดเท่ากับ 4 คน มีเพื่อนที่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดเฉลี่ย จำนวน 1-5 คน ร้อยละ 44.1 รองลงมา คือ ไม่มีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.3 จำนวนเพื่อนที่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด 50 คน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ( $n = 93$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุเมื่อเริ่มดื่มแอลกอฮอล์		
วัยรุ่นตอนต้น (10-13 ปี)	2	2.2
วัยรุ่นตอนกลาง (14-16 ปี)	31	33.3
วัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี)	15	16.1
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี)	43	46.2
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี)	2	2.2
Min = 12, Max = 60, $M = 19.51$ , $SD = 6.43$		
การดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 6 เดือน		
ดื่มเป็นครั้งคราวตามโอกาส	72	77.4
ดื่มเป็นประจำ/ เกือบทุกวัน	11	11.8
ดื่มทุกวัน	10	10.8
เคยพยายามเลิกดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	66	71.0
เคย 1 ครั้ง	17	18.3
เคย 2 ครั้ง	8	8.6
> 3 ครั้ง	2	2.1
Min = 0, Max = 19		
คนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่มี	46	49.5
1-2 คน	28	30.1
3-4 คน	12	12.9
5 คนขึ้นไป	7	7.5
Min = 0, Max = 4		



ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพื่อนที่ดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่มี	31	33.3
1- 5 คน	41	44.1
6-10 คน	19	20.4
> 10 คน	2	2.2
Min = 0, Max = 50		

### ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างสูง โดยความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 17 สูงสุดเท่ากับ 56 คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 43.6 ( $SD = 8.86$ ) ทักษะคิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 35 สูงสุดเท่ากับ 48 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 45.7 ( $SD = 2.89$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 28 สูงสุดเท่ากับ 60 และเฉลี่ยรวมเท่ากับ 53.5 ( $SD = 7.60$ ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา ( $n = 93$ )

ปัจจัยที่ศึกษา	ช่วงคะแนน	คะแนนเต็มที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ยรวม ( $SD$ )
ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่ม ฯ	1-4	14-56	17	56	43.6 (8.86)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ช่วง คะแนน	คะแนน เต็มที่ เป็นไปได้	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด	คะแนน เฉลี่ยรวม (SD)
ทัศนคติต่อการเลิกดื่ม ฯ	1-4	12-48	35	48	45.7 (2.89)
แรงสนับสนุนทางสังคม ในการเลิกดื่ม ฯ	1-5	12-60	28	60	53.5 (7.60)

### ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 28 สูงสุดเท่ากับ 72 คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 56.1 ( $SD = 10.33$ ) จากการพิจารณาความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เรียงตามลำดับ 5 ลำดับแรก คือ เมื่อมีเวลาว่างจะหากิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทำโดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อเกิดปัญหาและไม่สามารถแก้ไขได้ จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ทำอะไร ๆ เพื่อที่จะได้แอลกอฮอล์มาดื่ม และตั้งใจที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์ โดยชวนเพื่อนที่ดื่มแอลกอฮอล์ให้เลิกดื่ม ได้คะแนนเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นรายข้อ  
( $n = 93$ )

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย	น้อย ที่สุด	M	SD
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
1. เมื่อมีเวลา ว่างจะหา กิจกรรมทำ โดยไม่ดื่ม ฯ	(65.6)	(22.6)	(11.8)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	5.5	0.70

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อความ	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ค่อนข้าง มาก (ร้อยละ)	ค่อนข้าง น้อย (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อย ที่สุด (ร้อยละ)	<i>M</i>	<i>SD</i>
2. เมื่อมีเรื่อง ไม่สบายใจ จะไม่ดื่ม ๆ	(58.1)	(16.1)	(20.4)	(1.1)	(3.2)	(1.1)	5.2	1.12
3. เมื่อเกิด ปัญหา และแก้ไขไม่ได้ จะไม่ดื่ม ๆ	(50.5)	(25.8)	(18.3)	(2.2)	(2.2)	(1.1)	5.1	1.05
4. ไม่ทำการ ใด ๆ เพื่อที่จะได้ แอลกอฮอล์ มาดื่ม	(32.3)	(28.0)	(25.8)	(8.6)	(4.3)	(1.1)	4.7	1.19
5. ตั้งใจที่จะ เลิกดื่ม ๆ	(24.7)	(39.8)	(29.0)	(2.2)	(4.3)	(0.0)	4.7	0.98
6. ไม่ต้องการ ที่จะดื่ม ๆ	(23.7)	(38.7)	(18.3)	(14.0)	(4.3)	(1.1)	4.6	1.18
7. ไม่เข้าไป ในแหล่งที่ จำหน่าย	(31.2)	(21.5)	(30.1)	(11.8)	(4.3)	(1.1)	4.6	1.22
8. ไม่เข้าไป ในสถานที่ ที่มีการดื่ม ๆ	(31.2)	(20.4)	(31.2)	(9.7)	(6.5)	(1.1)	4.5	1.26

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อความ	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ค่อนข้าง มาก (ร้อยละ)	ค่อนข้าง น้อย (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อย ที่สุด (ร้อยละ)	<i>M</i>	<i>SD</i>
9. หลีกเลียง เพื่อนที่ชวน ให้ดื่ม ๆ	(23.7)	(34.4)	(19.4)	(11.8)	(8.6)	(2.2)	4.4	1.32
10. วางแผน ที่จะปฏิเสธ ทุกคนที่ ชวนดื่ม ๆ	(18.3)	(28.0)	(29.0)	(12.9)	(6.5)	(5.4)	4.2	1.36
11. เมื่อมี เทศกาล หรือ งานเลี้ยง จะไม่ดื่ม ๆ	(16.1)	(33.3)	(26.9)	(14.0)	(6.5)	(3.2)	4.2	1.26
12. ชวนเพื่อน ที่ดื่ม ๆ ให้เลิกดื่ม	(22.6)	(15.1)	(23.7)	(19.4)	(11.8)	(7.5)	3.9	1.55

Min = 28, Max = 72, *M* = 56.1, *SD* = 10.3

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลียงการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลียงการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .618, p < .000$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r = .251, p < .015$ ) การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับกลาง ( $r = -.313, p < .002$ ) ส่วนปัจจัยด้านการศึกษา

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำสถิติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ รายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.144$ ,  $p = .168$ ;  $r = .127$ ,  $p = .226$ ;  $r = .071$ ,  $p = .497$ ;  $r = -.053$ ,  $p = .615$  ตามลำดับ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย ( $n = 93$ )

ปัจจัยที่ศึกษา	<i>r</i>	<i>p</i> -value
การศึกษา	-.144	.168
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	.127	.226
ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์	.618	< .001
ทำสถิติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์	.071	.497
รายได้	-.053	.615
การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด	-.313	.002
แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์	.251	.015

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่เป็นโรคเบาหวาน และ/ หรือโรคความดันโลหิตสูงและดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งขึ้นทะเบียนรับการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 93 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ทำศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product Moment Correlation) สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 93 คน มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.7) เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.9 ปี ( $SD = 10.19$ ) ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.6 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 10,895.7 บาทต่อเดือน ( $SD = 7,696.49$ ) เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 63.4, 12.9, และ 23.7 ตามลำดับ ประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.3) มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1-5 ปี ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉลี่ยเท่ากับ 5.2 ปี ( $SD = 3.76$ ) และส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมโรคได้
2. ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีค่าคะแนนความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉลี่ยรวมเท่ากับ 56.1 ( $SD = 10.33$ )
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ( $r = .618, p < .001$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ( $r = .251, p < .015$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด ( $r = -.313, p < .002$ )

ส่วนการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทักษะคิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และรายได้ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมค่อนข้างสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สุภา อัจฉรินทร์ (2559) ที่ศึกษาความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุราและมารับการรักษา เป็นครั้งที่ 2 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐญูราษฎร์ขอนแก่น พบว่า มีคะแนนความตั้งใจในการหยุดดื่มอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มที่ติดสุราจะมีภาวะเสพติดสุรา การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงไปโดยแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นสมองให้หลั่งสารโดปามีน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขเมื่อสมองหลั่งโดปามีนมากผิดปกติจนทำให้รู้สึกเป็นสุขมากกว่าปกติ สมองจะปรับตัวด้วยการลดการหลั่งสารโดปามีนลง เมื่อหมดฤทธิ์แอลกอฮอล์สมองจะขาดโดปามีน ทำให้มีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า กลายเป็นอาการถอนและอาการอยากแอลกอฮอล์ (ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา, ม.ป.ป.) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้กลุ่มที่ติดสุรา แม้จะทราบดีว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ไม่ดีก็ไม่ได้มีความตั้งใจในการเลิกดื่มมากนัก เพราะอาจกังวลกับผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น การคิดที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์จึงไม่ใช่เรื่องง่ายต้องอาศัยระยะเวลาและความตั้งใจอย่างมาก

จากการศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า เป็นพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งได้แก่ การศึกษาของ รุ่งนภา สังข์แก้ว (2559) ที่ศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เขมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ที่พบว่าข้าราชการตำรวจมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ มัลลิกา มาตระกูล และคณะ (2555) ที่ศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มวนเองในจังหวัดเชียงราย มีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้าอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีคะแนนความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการเลิกดื่ม โดยเกือบทั้งหมด เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ ทักษะคิดต่อพฤติกรรมเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ถูกกำหนดโดยความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ทั้งด้านบวกและด้านลบจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้าเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นเกิดผลดีก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมและส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

(Ajzen & Fishbein, 1980 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตัน โยทัย และรวมพร คงกำเนิด, 2543) โดยพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญ คือ เมื่อมีเวลาว่าง จะหากิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทำโดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อเกิดปัญหาและไม่สามารถแก้ไขได้จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ทำอะไรใด ๆ เพื่อที่จะได้แอลกอฮอล์ มาดื่ม และตั้งใจที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเกือบทั้งหมดเป็นวัยผู้ใหญ่ ตอนกลางและวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายมีความเสื่อมถอยในเกือบทุกระบบของร่างกาย กระบวนการเผาผลาญลดลงร่างกายขับแอลกอฮอล์ได้ลดลงทำให้สูญเสียการทรงตัวได้ง่ายกว่า (อรวรรณ น้อยวัฒน์ และอารยา ประเสริฐชัย, 2558) การดื่มแอลกอฮอล์จึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย เพิ่มขึ้น และเกือบร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมโรคได้ อีกทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีสารที่ก่อให้เกิด การเสพติดเหมือนนิโคตินในบุหรี่ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวดี โดท่าโรง และคณะ (2551) ศึกษาประสบการณ์ การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา พบว่า ความตระหนักในภาวะสุขภาพพร้อมกับมีวิถีภาวะ มากขึ้นเป็นปัจจัยที่ทำให้อยากเลิกดื่ม

สำหรับปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย มีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคมเป็นตามแนวคิดทฤษฎี อิทธิพลสามองค์ประกอบ (The Theory of Triadic Influence [TTI]) ที่เชื่อว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมต่าง ๆ นั้นเป็นผลมาจากพหุปัจจัยมิใช่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ได้แก่ ความมั่นใจ ในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด และแรงสนับสนุน ทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ นั่นคือ ผู้ที่เป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่มีความมั่นใจตนเอง ในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์สูงจะมีความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มาก สอดคล้องกับ สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ทั้งนี้เนื่องจากความมั่นใจตนเองเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการใช้ความพยายามที่จะเผชิญกับความท้าทายและอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อที่จะทำงาน นั้นให้สำเร็จ (Bandura, 1997) ดังนั้นการที่บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเอง รับรู้ความเชื่อมั่น หรือมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบความสำเร็จได้ผลลัพธ์ ที่ต้องการเป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำ การมีความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่ม แอลกอฮอล์ จึงมีผลต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และจากการวิเคราะห์รายข้อ มีข้อ น่าสังเกตว่าส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 มีความมั่นใจตนเองว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธ



การดื่มได้ เมื่อตนมีความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด ไม่พอใจ กังวลใจ อยู่ตามลำพัง ผิดหวัง ท้อแท้ ตื่นเต้น กระวนกระวายใจ หรือเศร้าใจ แต่อย่างไรก็ตามเกือบร้อยละ 40 มีความรู้สึกค่อนข้างไม่มั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการดื่มได้หากอยู่ในสถานการณ์ที่มีคนอื่นอยู่ด้วย ได้แก่ เมื่ออยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์ การถูกคะยั้นคะยออยู่กับครอบครัวหรือเพื่อนที่กำลังดื่ม การฉลองความสำเร็จหรือชัยชนะ และเมื่ออยู่ในสถานบันเทิง (ตารางที่ 7) สะท้อนให้เห็นว่าอิทธิพลของบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อน ดังนั้นจึงสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภา อัจฉรินทร์ (2559) พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุราและมารับบริการครั้งที่ 2 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหยุดสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .35, p < .01$ ) และการศึกษาของ รุ่งนภา สังข์แก้ว (2559) พบว่า ผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังชายที่มีความมั่นใจตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .480, p < .001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jones et al. (2007) พบว่า สตรีตั้งครรรค์แอฟริกันที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

## 2. การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด

การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ นั่นคือ ผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่มีบุคคลใกล้ชิดดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมาก จะมีความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ลดลงสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ทั้งนี้ เนื่องจากดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิดเป็นการสร้างประสบการณ์หรือตัวอย่างให้เห็นการดื่มแอลกอฮอล์จากพี่น้องหรือเพื่อนสนิทที่ดื่มทำให้เกิดพฤติกรรมการเล่นแบบและอาจชักชวนกันดื่มแอลกอฮอล์ จึงส่งผลต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษาของ มนัญญา เสรีวิวัฒนา และคณะ (2559) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า มีสมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิดดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 34.7 และกิจกรรมที่ทำร่วมกันในครอบครัวเพื่อสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวดี คือ การดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกันเพื่อผ่อนคลายและปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน และการศึกษาของ ครุณี คุณวัฒนา และศิริวรรณ ยอดนิล (2554) พบว่า บุคคลใกล้ชิดทั้งที่อยู่และไม่อยู่ในครอบครัวเกินกว่าหนึ่งในสามที่ดื่มสุราและเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีในเขตอำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ สามี บิดา มารดาและบุตร รวมทั้งเพื่อน ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia, Romeo, and Maxwell (2012) พบว่า ผู้อพยพชาวฟิลิปปินส์เพศชายที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็น 2.70 เท่า (95% CI = 0.16-0.87) ของผู้ที่มีเพื่อนสูบบุหรี่

### 3. แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ นั่นคือ ผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์สูง สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงความช่วยเหลือสนับสนุนกันของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ปฏิสัมพันธ์ด้วยทั้งทางด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสารและการประเมินคุณค่า (House, 1985 อ้างถึงใน วิณา เทียงธรรม และคณะ, 2558) ผลของแรงสนับสนุนทำให้บุคคลเกิดความตระหนักเป็นแรงผลักดันให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ จากการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 ระบุว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านอารมณ์ที่ครอบครัวแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยในสุขภาพ ส่วนใหญ่ระบุว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสารและการให้คุณค่า และส่วนใหญ่ระบุว่าเพื่อนสามารถสนับสนุนการเลิกดื่มโดยไม่ชักชวนให้ดื่มและแสดงความชื่นชมเมื่อเลิกดื่มได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมนึก หลิมศิริโรจน์ (2551) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกแอลกอฮอล์ ( $r = .363, p < .001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิทักษ์ สุริยะใจ (2550) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมการหยุดดื่มของผู้ติดสุราในกลุ่มผู้ติดสุราที่เคยผ่านการบำบัดรักษาสุราจากสถานบำบัด ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ในเรื่องการแสดงความคิดเห็น การแสดงความห่วงใย การได้รับกำลังใจ และการให้อภัยโดยได้รับจากบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญยพัชร ปิยะบุญสิทธิ (2547) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ( $r = .355, p < .001$ ) ต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธร จังหวัดนครปฐม และการศึกษาของ รุ่งนภา สังข์แก้ว (2559) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังชายที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .346, p < .001$ )

สำหรับปัจจัยด้านการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ รายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 4 และ 5 สามารถอธิบายได้ดังนี้

#### 4. การศึกษา

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคประมาณ 5 ปี ทำให้ได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมสำหรับผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่เป็นประจำซึ่งย่อมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ถึงแม้จะมีระดับการศึกษาต่างกันก็มีความตั้งใจในการเลิกดื่มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา สังข์แก้ว (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้เป็นโรคเรื้อรังชายพบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ( $r = -.014, p = .445$ ) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง (2546) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยชายที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับการศึกษานในประเทศจีนของ Feng et al. (2010) พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีการศึกษาระดับปานกลางและระดับสูงมีความตั้งใจที่เลิกสูบบุหรี่สูงเป็น 1.39 เท่า (95% CI = 1.00-1.92) และ 1.60 เท่า (95% CI = 1.10-2.32) ของผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

#### 5. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชายไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-5 ปี ซึ่งมีลักษณะการดำเนินของโรคไม่แตกต่างกันมากนักและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจึงยังไม่ส่งผลต่อการรับรู้ ความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นทำให้มีความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ มนัชญา เสรีวิวัฒนา และคณะ (2559) พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ( $r = -.080, p = .246$ ) และการศึกษาของ รุ่งนภา สังข์แก้ว (2559) พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรังชาย อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ( $r = -.052, p = .303$ )

#### 6. ทักษะคิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

ทักษะคิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดที่คิดต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มากกว่า

ร้อยละ 80 เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการเลิกดื่มในเกือบทุกประเด็นยกเว้นเกี่ยวกับการมองว่าการเลิกดื่มเป็นเรื่องที่ยากและทำให้บรรยากาศงานเลี้ยงสังสรรค์ไม่สนุก อย่างไรก็ตามทัศนคติที่ดีของตนเองอาจมีได้นำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติเนื่องจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น การถูกชักชวนจากเพื่อนและบุคคลใกล้ชิด ค่านิยมของสังคมเป็นต้น (ตารางที่ 8) ดังนั้น ถึงแม้ว่าจะมีทัศนคติที่ดีต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์แต่อิทธิพลทางสังคมส่งผลต่อการตัดสินใจในการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยความตั้งใจเลิกดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง (2546) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถาบันสุขภาพราชภัฏ จังหวัดปทุมธานี พบว่า ทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ( $r = -.272, p = .77$ )

## 7. รายได้

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื่องร้ายชาย ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราวตามโอกาส เช่น เมื่อมีงานประเพณีงานบุญหรือเทศกาลต่าง ๆ ซึ่งอาจไม่ต้องใช้เงินหรือใช้เงินไม่มากนักในการดื่มแอลกอฮอล์ รายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของ มัณฑนา ขอนดอก (2554) พบว่า นักเรียนที่ได้รับค่าใช้จ่ายแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน ( $OR = 1.04, 95\% CI = 0.65-1.66$ ) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง (2546) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยชาย ที่เข้ารับการรักษาในสถานสุขภาพราชภัฏอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื่องร้ายชาย ได้แก่ ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญ และสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนวิธีการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบต่าง ๆ ระหว่างผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมกับตนเอง ได้เรียนรู้ประสบการณ์การเลิกดื่มแอลกอฮอล์จากบุคคลที่สามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้สำเร็จ ตลอดจนการแสดงความคิดเห็นให้กำลังใจ

และการพูดเสริมแรงให้มีความมุ่งมั่นในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ทั้งจากบุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและคำปรึกษาเพื่อลดความเครียดและความกังวลถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการเลิกดื่มในระยะแรก

2. ส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิดเข้าร่วมเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น คนในครอบครัว และเพื่อนรวมทั้งบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นและสามารถเลิกดื่มได้สำเร็จ โดยการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ วัสดุสิ่งของ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่าด้วยการแสดงความชื่นชมและเชื่อมั่นว่าจะสามารถเลิกดื่มได้สำเร็จ

3. ศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยเกี่ยวกับความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลใกล้ชิด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้หญิงหรือผู้ที่เป็โรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ซึ่งอาจมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่แตกต่างกัน

2. ศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาถึงความตั้งใจว่าจะส่งผลต่อไปถึงพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้จริงหรือไม่ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุผลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่เสริมสร้างความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเกิดการรับรู้และเชื่อมั่นในทักษะความสามารถของตนเองในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อนและบุคลากรสาธารณสุข

## บรรณานุกรม

- กฤษณา คำลอยฟ้า. (2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก่งสนามนาง อำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 17(1), 17-30.
- กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์. (2547). การศึกษาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- กรมการแพทย์. (2556). เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.
- กุลพินน เจริญดี, ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, สิริชชา เลิศบุญสุกุล, ศิริพร ชนพรชัยสิทธิ์ และกาญจนา ศรีสวัสดิ์. (2552). รายงานผลการประเมินโครงการสำนักโรคไม่ติดต่อภายใต้โครงการเสริมสร้างมาตรการลดปัจจัยเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (P1: Flagship1) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552. สมุทรสาคร: บอรัญทูบีพับลิชชิง.
- เจมิกา ปาหา และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2557). เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 157-169.
- จิราภรณ์ เทพหนู. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญศึกษาในจังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรัชยา เจียวกั๊ก และสันติชัย เข้มใหญ่. (2558). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการดื่มสุราในเยาวชน. ใน *การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6* (380-395). ม.ป.ท.
- ณชนก ทักษวา. (ม.ป.ป.). *แอลกอฮอล์ในแผนกฉุกเฉิน*. เข้าถึงได้จาก [http://www.errama.com/system/spaw2/uploads/files/AlcoholandEmergencydepartment\\_1.pdf](http://www.errama.com/system/spaw2/uploads/files/AlcoholandEmergencydepartment_1.pdf).
- ครุณี คุณวัฒนา และศรีวรรณ ยอดนิล. (2554). พฤติกรรมการดื่มสุราในเขตอำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมาปี 2554. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 7(2), 42-57.
- ตรีทิพย์ รัตนวรชัย. (2557). พืชแอลกอฮอล์เชิงชีวเคมี. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 14(3), 405-430.
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2553). *สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา*. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

- ทักษพล ธรรมรังสี. (2557). รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพวิฤตสังคม. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวน.).
- ธีระชัย พบหิรัญ, มานพ คณะโต และลาวัลย์ บุญชื่น. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ในผู้เข้ารับการบำบัดค่ายวิวัฒน์พลเมือง หน่วยฝึกอบรมพิเศษ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(2), 40-55.
- นงเยาว์ ไบยา. (2554). ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตานาด โขกเกิด. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุสรุ ศรีกิจวิไลศักดิ์ และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่มีรูปแบบการดื่มแบบเสี่ยงต่ำหรือเสี่ยงสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 11(1), 39-51.
- บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะศึกษาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บุญยพัชร ปิยะบุญสุทธิ. (2547). ภาวะสุขภาพจิตการวางแผนชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการเลิกดื่มสุราของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธรจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- บุญสืบ ไสโสม. (2560). การคำนึงถึงเพศสภาพ: ประเด็นสำคัญสำหรับการปฏิบัติในคลินิกและการศึกษาพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(2), 1-8.
- ประพิมพ์พัคตร์ เกื้อนสุนันท์. (2537). Alcohol กับการออกฤทธิ์ของยา. เข้าถึงได้จาก [http://elib.fda.moph.go.th/library/default.asp?page2=subdetail&id\\_L1=27&id\\_L2=15672&id\\_L3=1097](http://elib.fda.moph.go.th/library/default.asp?page2=subdetail&id_L1=27&id_L2=15672&id_L3=1097).

- ประวิทย์ เขียวอ่อน และสิริวรรณ กุหลาบแก้ว. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- ประไพ ทายุทธ. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปานบดี เอกะจัมปกะ และนิธิศ วัฒนมะโน. (2556). พฤติกรรมเสี่ยงร่วมสำคัญของโรคเรื้อรัง ในประเทศไทย. *สถานการณ์สุขภาพไทย*, 6(2), 1-36.
- ภาวดี โดท่าโรง, ประภา ลิ้มประสูติ และชมนาด วรรณพรศิริ. (2551). ประสพการณ์การเลิกดื่มสุรา อย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(2), 45-61.
- มนตร์ตม์ ฉาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกตุแก้ว, ชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมัญญ โยธาสมุทร, กรรณิการ์ จิตินุญสุวรรณ และประพัตร์ เนรมิตพิทักษ์กุล. (2551). *การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมสุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: พิมพ์กิจการพิมพ์.
- มันัญญา เสรีวิวัฒนา, นพวรรณ เปี้ยชื้อ และสุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ. (2559). ความสัมพันธ์ของ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(2), 81-97.
- มัลลิกา มาตระกุล, สุรินทร กลัมพากร และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2555). ปัจจัยทำนายความตั้งใจ ในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มวนเองในจังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาล*, 61(1), 12-20.
- มันทนา ขอนดอก. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะแรก ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอบางน้ำเปรี้ยวจังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(1), 19-32.
- พงษ์ศักดิ์ อุ่นมอย. (2554). การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกการดื่มแบบเมาหัวราน้ำของ เยาวชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุดรดิตถ์*, 41(3), 250-261.
- พรนภา หอมสินธุ์. (2558). *แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ: การป้องกันการสูบบุหรี่และดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.



- พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2552). *ความเชื่อ แบบแผนการคัมและปัจจัยทำนาย การคัมแอลกอฮอล์ของเยาวชนไทยในเขตภาคตะวันออก*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. (2551, 13 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 34-49.
- พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493. (2493, 21 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 346-367.
- พิทักษ์ สุริยะใจ. (2550). *การสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมการหยุดคัมของผู้ติดสุรา*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ และวินัส ลิพทกุล. (2558). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ทีเอสบีโปรดักส์.
- ไวยวรรณ ธนะมัย, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สิทธิชัย อาชาอินดี และสุริพร คนละเอียด. (2555). *คู่มือ การให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง*. นนทบุรี: องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- รณภพ เกตุทอง และพิศิษฐ์ พวงนาค. (2555). *ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบ้านโลก จังหวัดอุดรธานี*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, ฉบับพิเศษ, 41-51.
- รัชดา เกรซซี่. (2557). *โรคเบาหวาน: ความรู้พื้นฐานและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง*. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณี โชติมงคล, อัมพรพรรณ ชีรานุตร และสุวรรณ บุญยะสิทธิ์พรณ. (2542) *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ศรีนครินทร์*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 14(1), 1-8.
- รุ่งทิวา ใจจา. (2550). *ผลของการบำบัดตามโปรแกรมการผสมหลักทางพระพุทธศาสนากับเทคนิค การเรียนทางจิตวิทยาต่อความตั้งใจในการเลิกสุราของผู้ป่วยเสพติด*. งานนิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งนภา สังข์แก้ว. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรค เรื้อรังชาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.royin.go.th/dictionary/index.php>
- รวุฒิ เจริญศิริ. (2555). *สุรากับโรคตับอ่อนอักเสบและเบาหวาน*. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.1413.in.th/contentview21.htm>
- วิชัย เอกพลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วีณา เทียงธรรม, สุนีย์ ละกำป็น และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2558). *การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: แคนเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- วันเพ็ญ อำนาคิจิตร. (2552). *อ้อมโนทัศน์ ความวิตกกังวลทางสังคม และความตั้งใจเล็กยาของผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี. (2557). *ข้อมูลประชากรจังหวัดนนทบุรี*. นนทบุรี: สำนักปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2558). *เพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่างจากเพศชาย*. เข้าถึงได้จาก <http://www.cas.or.th/knowledge/เพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยง>
- ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา. (ม.ป.ป.). *สุราคือสารเสพติด*. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.1413.in.th/contentview1.htm>
- ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา. (ม.ป.ป.). *ภาวะสมองติดสุรา*. เข้าถึงได้จาก <http://www.1413.in.th/contents/view/ภาวะสมองติดสุรา>.
- ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล. (2559). *รายงานประจำปี 2558 (Annual report 2015)*. นนทบุรี: องค์การทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2556). *ความดันโลหิตสูงในประชากรไทย การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 2553 จาก TBRFSS*. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.diabassocthai.org/statistic/175>
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์กักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง*. นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันยาศัย และรวมพร คงกำเนิด. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพแนวคิดทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล*. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- สมนึก หลิมศิริรัตน์. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยที่มารักษา  
ในโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(2), 143-150.
- สมบัติ ศรีประเสริฐสุข. (2550). *สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา: ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลรักษา*.  
กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สมศรี ไชยการมณี. (2550). *ลักษณะการสนับสนุนของครอบครัวและสังคมต่อความสำเร็จ  
ในการเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุรา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ  
ประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก [http://nha2013.samatcha.otg/site/default/files/  
06\\_NHA6\\_main\\_NCD\\_180757.pdf](http://nha2013.samatcha.otg/site/default/files/06_NHA6_main_NCD_180757.pdf)
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง  
ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง 2558*. ม.ป.ท.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557*.  
กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สารัช สุนทรโยธิน และปริญญ์ บุรณะทรัพย์จอร์. (2555). *ตำราโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ:  
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์วิทยาลัย.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2555). *โครงการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการ  
เลิกบุหรี่*. ม.ป.ท.
- สุดกัญญา ปานเจริญ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมด  
ประจำเดือน ที่มาใช้บริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาล  
สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(2), 78-87
- สุรจิต สุนทรธรรม และสมชัย บวรกิตติ. (ม.ป.ป.). *การใช้ยาในบุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์*.  
เข้าถึงได้จาก <http://www.healthcarethai.com>
- สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร. (2556). *พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภา อัครจันทร์. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไป  
ดื่มซ้ำ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิริกร คำภูไทย. (ม.ป.ป.). *สุราสิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมาย*. เข้าถึงได้จาก [http://www.hiso.or.th/hiso/  
tonkit/tonkits\\_20.php](http://www.hiso.or.th/hiso/tonkit/tonkits_20.php)

- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์า และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 44(51), 801-808.
- อรรวรรณ น้อยวัฒน์ และอารยา ประเสริฐชัย. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยโชนัยธรรมราช.
- อัญชลี เหมชะญาติ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัมพร วรรณมร. (2554). พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุไรพร คล้าฉิม. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในจังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- American Diabetes Association [ADA]. (2011). Diagnosis and clasification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 34(1), s62-s69.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Beilin, L. J., & Puddey, I. B. (2006). Alcohol and hypertension. *Journal American Heart Associatio*, 47, 1035-1038.
- Burns, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing reseach* (5<sup>th</sup> ed.). Missouri: Elsevier Saunders.
- Feng, G., Jiang, Y., Li, Q., Yong, H., Marshall, T. E., Yang, J., Li, L., Sansone, N., & Fong, G. T. (2010). Individual-level factors associated with intention to quit smoking Among adult smokers in six cities of China: Finding from the ITC China survey. *Tobacco Control*, 19(2), i6-i11.

- Fishbein, M. (2009). An integrative model for behavioral prediction and its application to health promotion. In R. J. Diclemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp. 215-234). San Francisco: Jossey-Bass.
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advance in Medical Sociology, 4*, 19-44.
- Garcia, G. M., Romeo, R. A., & Maxwell, A. E. (2010). Correlates of smoking cessation Among filipino immigrant men. *Journal of Immigrant and Minority Health, 12*(2), 259-262.
- Ho, D. Y. F. (1988). Interpersonal relationships and relationship dominance: An analysis based on methodological relationalism. *Asaion Journal of Socail Behavior, 1*, 1-16.
- Homsin, P., Srisuphun, W., Pohl, J., & Tiansawad, S. (2006). The development of the smoking attitude scale for Thai adolescents. *Thai Journal Nursing of Research, 10*(2), 113-119.
- Jianvitayakij, S., Panpadee, O., Malathum, P., Duffy, S. A., & Viwatwongkasem, C. (2014). Factor influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with hypertension. *Pacific Rim International Journal Nursing Research, 18*(2), 100-110.
- Jones, T. C., Modeste, N., Anderson, B., Lee, J., Lim, V. J. (2007). Factors influencing the intention to quit drinking alcohol among African American/Black pregnant women. *Californian Journal of Health Promotion, 5*(3), 131-44.
- Joint National Committee 7-Complete Version. (2003, December). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VII). *Hypertension, 42*(6), 2106-2152.
- Minsoo J. (2013). Evidence of Psychosocial and Behavioral Effects Related to the Intention to Quit Alcohol in South Korea. *Health Care Manager, 32*(2), 141-50.
- Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., & Siahpush, M. (2005). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western counties: Findings from the international tobacco control four country survey. *Nicotine & Tobacco Research, 12*(1), s20-s33.

- Sheeran, P., & Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behaviour: Augmenting the predictive validity of the theory of planned behaviour. *European Journal of Social Psychology, 29*, 349-369.
- World Health Organization-International Society of Hypertension. (1999). World health Organization international society of hypertension guidelines for the management of hypertension. *Journal of Hypertension, 17*(2), 151-183.
- Young, R. M., Hasking, P. A., Oei, T. P. S., & Loveday, W. (2007). Validation of the drinking refusal self-efficacy questionnaire-revised in an adolescent sample (DRAEQ-RA). *Addictive Behaviors, 32*(4), 862-868.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- |  |  |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา เทียงธรรม              | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน<br>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสน์ | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา    |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริฑากุล     | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา    |
| 4. นายแพทย์ประพันธ์ ปถีมภานุภัทร                 | นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน<br>โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า        |
| 5. นางสาวฝน ต้นตะโยธิน                           | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน)<br>วทท.เทคโนโลยีกาญจนาภิเษก       |

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

Factors Related to Intention to Alcohol Drinking Cessation among Male People with Non-communicable Diseases in Sainoi, Nonthaburi

ชื่อนิสิต นางสาวนลินรัตน์ ชูจันทร์

รหัสประจำตัวนิสิต 54920144

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 08 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือ

โรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 103 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตาก่อน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองเจ้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลกคลองหม่อมเข้ม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเพรางาย จังหวัดนนทบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 27 เดือน กันยายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

**ภาคผนวก ค**

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย  
อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-08-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนลินรัตน์ ชูจันทร์

ดิฉัน นางสาวนลินรัตน์ ชูจันทร์ กำลังทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ซึ่งท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับคัดเลือก จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัยนี้ โดยท่านต้องตอบแบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสัมภาษณ์ความมั่นใจตนเองในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ 3) แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ 4) แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ และ 5) แบบสัมภาษณ์ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ อาจจะได้เป็นประโยชน์แก่ท่านโดยตรงในขณะนี้ แต่ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางแก่บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำไปพัฒนากิจกรรมเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตั้งใจและสามารถเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ได้สำเร็จต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ-ชื่อนามสกุล และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บอย่างมิดชิด มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และภายหลังผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย  
ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่  
นางสาวนลินรัตน์ ชูจันทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-926-7590 หรือที่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา  
หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 085-103-8448

นางสาวนลินรัตน์ ชูจันทร์  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถ  
แจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ  
ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์  
ในผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

วันที่ทำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และ  
ความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอก  
เลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่  
มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม  
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวนลินรัตน์ ชูจันทร์)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวนลินรัตน์ ชูจันทร์)



ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสัมภาษณ์เรื่อง**  
**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็น**  
**โรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาย อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์**

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
- ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์
- ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์
- ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์
- ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความตั้งใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

### ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่าง (.....) หรือขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน [...] หน้าข้อความ  
ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (เศษเกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)
2. ท่านจบการศึกษาระดับใด
  - ไม่ได้เรียนหนังสือ
  - ประถมศึกษา
  - มัธยมศึกษา
  - อนุปริญญา
  - ปริญญาตรี
  - สูงกว่าปริญญาตรี

จำนวนปีที่ได้รับการศึกษานับจากชั้นประถมศึกษาปีที่ 1.....ปี
3. ท่านมีรายได้ จำนวน...บาท/ เดือน (จากการประกอบอาชีพ ค่าตอบแทน เงินสวัสดิการ ฯลฯ)
4. ท่านมีโรคประจำตัว
  - เบาหวาน
    - ผลการตรวจสุขภาพของท่านในครั้งล่าสุด
    - ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS).....mg%
    - ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยย้อนหลัง (HbA1C).....
  - ความดันโลหิตสูง
    - ผลการตรวจสุขภาพของท่านในครั้งล่าสุด
    - ระดับความดันโลหิต (BP).....mmHg
  - อื่น ๆ ระบุ.....
5. ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงมานานเป็นเวลา.....ปี
6. ท่านเริ่มดื่มแอลกอฮอล์เมื่ออายุ.....ปี
7. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของท่านภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา
  - ดื่มทุกวัน
  - ดื่มเป็นประจำ/ เกือบทุกวัน
  - ดื่มเป็นครั้งคราวตามโอกาส
  - ไม่ดื่ม

8. ท่านเคยพยายามเลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

ไม่เคย

เคย ระบุ.....ครั้ง

9. ท่านมีบุคคลในครอบครัวที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

ไม่มี

มี

บุคคลในครอบครัวที่ดื่มจำนวน .....คน

10. ท่านมีเพื่อนที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

ไม่มี

มี

เพื่อนที่ดื่ม จำนวน.....คน

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความมั่นใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

**มั่นใจอย่างยิ่ง** หมายถึง ท่านมั่นใจอย่างมากว่าจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์นั้น

**ค่อนข้างมั่นใจ** หมายถึง ท่านค่อนข้างมั่นใจว่าจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์นั้น

**ค่อนข้างไม่มั่นใจ** หมายถึง ท่านค่อนข้างไม่มั่นใจว่าจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์นั้น

**ไม่มั่นใจเลย** หมายถึง ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์นั้น

ข้อความ	ระดับความมั่นใจ			
	มั่นใจ อย่างยิ่ง	ค่อนข้าง มั่นใจ	ค่อนข้าง ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจ เลย
ท่านมั่นใจตนเองว่าจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานการณ์ดังต่อไปนี้				
1. กำลังโกรธ				
2. อยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์				
3. ถูกคนคะยั้นคะยอให้ดื่ม				
4. รู้สึกหงุดหงิดไม่พอใจ				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
14. รู้สึกเศร้าใจ				

### ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive dimension)</b>				
1. การเลิกดื่ม ๆ ทำให้สุขภาพดีขึ้น				
2. การเลิกดื่ม ๆ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ของโรคได้				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
12. การเลิกดื่ม ๆ ทำให้เป็นตัวอย่างที่ดี				

**ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แรงงานสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์**

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงงานสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่ม

แอลกอฮอล์ โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความเป็นจริง				
	เป็นจริง มาก ที่สุด	เป็น จริง มาก	เป็นจริง ปาน กลาง	เป็น จริง น้อย	เป็นจริง น้อย ที่สุด
<b><u>แรงงานสนับสนุนทางสังคมต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ด้านอารมณ์</u></b>					
1. บุคคลในครอบครัวต้องการให้ท่าน ท่านเลิกดื่มแอลกอฮอล์ด้วยความหวังไข ในสุขภาพของท่าน					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
12. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. แสดงความชื่นชม ในการเลิกดื่ม ฯ					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์วัดความตั้งใจต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสอบถามวัดความตั้งใจต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ระดับความตั้งใจ					
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	น้อยที่สุด
1. ตั้งใจที่จะเลิกดื่ม ๆ						
2. ไม่ต้องการที่จะดื่ม ๆ						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
12. เมื่อมีเวลาจะหากิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทำโดยไม่ดื่ม ๆ						



**ภาคผนวก จ**

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาเป็นรายชื่อ

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ศึกษาเป็นรายข้อ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์เป็นรายข้อ ( $n = 93$ )

ข้อความ	มั่นใจอย่าง อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ค่อนข้าง มั่นใจ จำนวน (ร้อยละ)	ค่อนข้าง ไม่มั่นใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มั่นใจเลย จำนวน (ร้อยละ)	<i>M</i>	<i>SD</i>
ท่านมั่นใจตนเองว่าจะไม่ดื่ม ในสถานการณ์ดังต่อไปนี้						
1. กำลังโกรธ	71 (76.3)	6 (6.5)	8 (8.6)	8 (8.6)	3.5	0.97
2. อยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์	17 (18.3)	12 (12.9)	42 (45.2)	22 (23.7)	2.2	1.02
3. ถูกคนคะยั้นคะยอให้ดื่ม	25 (26.9)	17 (18.3)	34 (36.6)	17 (18.3)	2.5	1.07
4. รู้สึกหงุดหงิดไม่พอใจ	67 (72.0)	5 (5.4)	16 (17.2)	5 (5.4)	3.4	0.96
5. อยู่กับครอบครัวที่กำลังดื่ม	36 (38.7)	8 (8.6)	35 (37.6)	14 (15.1)	2.7	1.13
6. รู้สึกกังวลใจ	72 (77.4)	6 (6.5)	12 (12.9)	3 (3.2)	3.5	0.83
7. อยู่ตามลำพัง	74 (79.6)	9 (9.7)	7 (7.5)	3 (3.2)	3.6	0.75
8. อยู่กับเพื่อนที่กำลังดื่ม	25 (26.9)	12 (12.9)	38 (40.9)	18 (19.4)	2.4	1.08
9. รู้สึกผิดหวัง	73 (78.5)	3 (3.2)	14 (15.1)	3 (3.2)	3.5	0.86
10. ฉลองความสำเร็จหรือ ชัยชนะ	27 (29.0)	6 (6.5)	37 (39.8)	23 (24.7)	2.4	1.15
11. อยู่ในสถานบันเทิง	36 (38.7)	4 (4.3)	37 (39.8)	16 (17.2)	2.6	1.16
12. รู้สึกท้อแท้	74 (79.6)	2 (2.2)	14 (15.1)	3 (3.2)	3.5	0.86
13. รู้สึกตื่นเต้นกระวน กระวายใจ	78 (83.9)	4 (4.3)	9 (9.7)	2 (2.2)	3.7	0.73
14. รู้สึกเศร้าใจ	74 (79.6)	3 (3.2)	12 (12.9)	4 (4.3)	3.5	0.87
คะแนนเฉลี่ยรวม					3.1	0.63

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์  
เป็นรายข้อ ( $n = 93$ )

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็น	ไม่เห็นด้วย	<i>M</i>	<i>SD</i>
	อย่างยิ่ง		ด้วย	อย่างยิ่ง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
<b>ด้านความรู้เข้าใจ</b>						
<b>(Cognitive dimension)</b>						
1. การเลิกดื่ม ๆ ทำให้สุขภาพดี	84 (90.3)	9 (9.7)	0 (0)	0 (0)	3.9	0.29
2. การเลิกดื่ม ๆ ช่วยลด ภาวะแทรกซ้อนของโรคได้	80 (86.0)	13 (14.0)	0 (0)	0 (0)	3.8	0.34
3. การเลิกดื่ม ๆ ทำให้สามารถ ควบคุมโรคได้	85 (91.4)	8 (8.6)	0 (0)	0 (0)	3.9	0.28
4. การเลิกดื่ม ๆ ทำให้ลด ค่าใช้จ่าย	92 (98.9)	1 (1.1)	0 (0)	0 (0)	3.9	0.10
<b>ด้านความรู้สึก</b>						
<b>(Affective dimension)</b>						
5. การเลิกดื่ม ๆ จะทำให้ได้รับ กำลังใจ	78 (83.9)	13 (14.0)	1 (1.1)	1 (1.1)	3.8	0.49
6. การเลิกดื่ม ๆ ทำให้เกิด ความภาคภูมิใจ	81 (87.1)	10 (10.8)	2 (2.2)	0 (0)	3.8	0.41
7. การเลิกดื่ม ๆ อาจทำให้รู้สึก หงุดหงิด	81 (87.1)	10 (10.8)	2 (2.2)	0 (0)	3.8	0.41
8. การเลิกดื่ม ๆ ทำให้ บรรยากาศงานเลี้ยง สังสรรค์ไม่สนุก	30 (32.1)	34 (36.6)	29 (31.2)	0(0)	3.0	0.80

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็น	ไม่เห็น	<i>M</i>	<i>SD</i>
	อย่างยิ่ง		ด้วย	ด้วย		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
<b>ด้านการปฏิบัติ</b>						
<b>(Behavioral dimension)</b>						
9. การเลิกดื่ม ฯ เป็นเรื่อง ที่ทำยาก	81 (87.1)	10 (10.8)	2 (2.2)	0 (0)	3.8	0.41
10. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทุกคนควรเลิกดื่ม ฯ	84 (90.3)	9 (9.7)	0 (0)	0 (0)	3.9	0.29
11. เราควรชวนเพื่อน ฯ ที่ป่วย ให้เลิกดื่ม ฯ	77 (82.8)	15 (16.1)	1 (1.1)	0 (0)	3.8	0.41
12. การเลิกดื่ม ฯ ทำให้เป็น ตัวอย่างที่ดี	89 (95.7)	4 (4.3)	0 (0)	0 (0)	3.9	0.20
	คะแนนเฉลี่ยรวม				3.8	0.24

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นรายข้อ ( $n = 93$ )

ข้อความ	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ด้านอารมณ์</b>							
1. บุคคลในครอบครัวต้องการให้ท่านเลิกดื่ม ๑ ด้วยความห่วงใย	90 (96.8)	3 (3.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4.9	0.17
2. เพื่อน ๆ พุดให้กำลังใจท่านในการเลิกดื่ม ๑	42 (45.2)	25 (26.9)	12 (12.9)	11 (11.8)	3(3.2)	3.9	1.16
3. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. แสดงความเชื่อมั่นว่าท่านจะสามารถเลิกดื่ม ๑ ได้	46 (49.5)	29 (31.2)	9 (9.7)	7 (7.5)	2 (2.2)	4.1	1.03
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเลิกดื่มด้านวัตถุสิ่งของ</b>							
4. บุคคลในครอบครัวเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน	64 (68.8)	12 (12.9)	4 (4.3)	11 (11.8)	2 (2.2)	4.3	1.13

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
5. เพื่อน ๆ ไม่ชักชวนให้ท่านดื่มแอลกอฮอล์	66 (71.0)	9 (9.7)	5 (5.4)	11 (11.8)	2 (2.2)	4.3	1.14
6. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ชวนท่านร่วมโครงการ ฯ	68 (73.1)	11 (11.8)	6 (6.5)	7 (7.5)	1 (1.1)	4.4	0.98
<b><u>แรงสนับสนุนทางสังคม</u></b>							
<b><u>ต่อการเลิกดื่ม</u></b>							
<b><u>แอลกอฮอล์</u></b>							
<b><u>ด้านข้อมูลข่าวสาร</u></b>							
7. บุคคลในครอบครัวแสวงหาข้อมูล	65 (69.9)	16 (17.2)	3 (3.2)	9 (9.7)	0 (0)	4.4	0.95
8. เพื่อน ๆ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรคในการเลิกดื่ม ฯ	55 (59.1)	21 (22.6)	6 (6.5)	8 (8.6)	3 (3.2)	4.2	1.12
9. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. แนะนำวิธีการเลิกดื่ม ฯ	64 (68.8)	17 (18.3)	4 (4.3)	4 (4.3)	4 (4.3)	4.4	1.05

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
<b>แรงสนับสนุน</b>							
<b>ทางสังคมต่อการเลิกดื่ม</b>							
<b>แอลกอฮอล์</b>							
<b>ด้านการประเมินคุณค่า</b>							
10. บุคคลใน							
ครอบครัวแสดง							
ความมั่นใจว่า	67 (72.0)	16 (17.2)	5 (5.4)	4 (4.3)	1 (1.1)	4.5	0.86
ท่านจะสามารถ							
เลิกดื่ม ๆ							
11. เพื่อน ๆ แสดง	70 (75.3)	15 (16.1)	6 (6.5)	2 (2.2)	0 (0)	4.6	0.70
ความชื่นชม							
คนที่สามารถเลิกดื่ม ๆ							
12. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	79 (84.9)	14 (15.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4.8	0.36
แสดงความชื่นชม							
ในการเลิกดื่ม ๆ							
คะแนนเฉลี่ยรวม						4.4	0.63