

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ  
ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการ  
ในโรงพยาบาลสวนปรุง



ณัฐภัทร ม่วงงาม

ลิขสิทธิ์ © โดย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
สิงหาคม 2566

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ  
ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการ  
ในโรงพยาบาลสวนปรุง



การค้นคว้าอิสระนี้เสนอต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

Copyright © Chiang Mai University  
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
สิงหาคม 2566

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ  
ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการ  
ในโรงพยาบาลสวนปรุง

ฉันทภัทร ม่วงงาม

การค้นคว้าอิสระนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

สินัญญา ขาวตระกูล ประธานกรรมการ ..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(อาจารย์ ดร.สินัญญา ขาวตระกูล) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราชกูร์)

ยุพิน กรรมการ ..... วรางคณา นาคเสน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยุพิน ขาววิกรัย) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน)

ฉันทภัทร ม่วงงาม กรรมการ .....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราชกูร์)

วรางคณา นาคเสน กรรมการ .....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน)

18 สิงหาคม 2566

© ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ วัชรานันท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา นาคเสน อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น รวมถึงคำปรึกษา และช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการค้นคว้าอิสระฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันเป็นประโยชน์ในระหว่างที่ได้ศึกษาเล่าเรียนในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุระเดช ไชยตอกเกี้ยว ที่ได้กรุณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขการค้นคว้าแบบอิสระให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง ที่กรุณาอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสวนปรุงที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และให้ความสะดวกอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้การค้นคว้าอิสระในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ญาติพี่น้องที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบพระคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ความหวังใจ กำลังใจ และให้การสนับสนุนตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาวิจัย หากมีข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขออภัยมา ณ ที่นี้

ณัฐภัทร ม่วงงาม

**หัวข้อการค้นคว้าอิสระ** พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ  
ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง

**ผู้เขียน** นายณัฐภัทร ม่วงงาม

**ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

**คณะกรรมการที่ปรึกษา** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราษฎร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

### บทคัดย่อ

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 225 คน ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบบังเอิญ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงทั้งหมด มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 86.7 ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย ขณะที่ร้อยละ 13.3 มีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ (ความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ) ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-0.745, p<.05$ )

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีความเสี่ยงที่เกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อโดยการปรับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารให้เหมาะสมขึ้น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

<b>Independent Study Title</b>	Food Consumption Behaviors and Nutrition Status of Alcohol-Dependent Patients in Suanprung Psychiatric Hospital	
<b>Author</b>	Mr. Nuttapat Muangngam	
<b>Degree</b>	Master of Public Health	
<b>Advisory Committee</b>	Asst. Prof. Dr. Jukkrit Wungrath	Advisor
	Asst. Prof. Dr. Warangkana Naksen	Co-advisor

### ABSTRACT

Malnutrition frequently occur among alcohol-dependent patients. This research study aimed to explore food consumption behaviors, assess nutritional status, and investigate the correlation between these two variables. The sample was composed of 225 alcohol-dependent inpatients from Suanprung Psychiatric Hospital, surveyed between August 2022 and January 2023 using accidental sampling. Data were collected via a demographic questionnaire, an alcohol consumption questionnaire, a food consumption behaviors questionnaire, and a nutritional assessment form, namely the Nutrition Alert Form. The collected data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation statistics.

The findings indicated that all alcohol-dependent inpatients at Suanprung Psychiatric Hospital displayed a moderate level of food consumption behaviors. Notably, 86.7% of these patients exhibited normal to mild malnutrition, while 13.3% showed signs of moderate malnutrition. The study also found a high negative correlation between food consumption behaviors and nutritional status in malnutrition. ( $r=-0.745$ ,  $p<.05$ ).

The results of this research suggest that alcohol-dependent patients are at risk of malnutrition. Consequently, these findings may be beneficial for healthcare professionals, providing them with insights that can help enhance the nutritional status of alcohol-dependent patients through the modification of food consumption behaviors.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved



## สารบัญ

	หน้า	
กิตติกรรมประกาศ	ก	
บทคัดย่อภาษาไทย	ง	
ABSTRACT	ฉ	
สารบัญตาราง	ญ	
<b>บทที่ 1</b>	<b>บทนำ</b>	<b>1</b>
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
	1.3 คำถามการวิจัย	4
	1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
<b>บทที่ 2</b>	<b>เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>5</b>
	2.1 โรคติดสุรา	6
	2.2 ภาวะโภชนาการ	14
	2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	25
<b>บทที่ 3</b>	<b>วิธีดำเนินการวิจัย</b>	<b>30</b>
	3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
	3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
	3.3 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	34
	3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	35
	3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	36

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	<b>37</b>
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล	38
4.2 ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์	40
4.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	41
4.4 ภาวะโภชนาการ	51
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ	55
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	<b>56</b>
5.1 สรุปผลการวิจัย	56
5.2 การอภิปรายผล	58
5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้	61
5.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	61
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	<b>62</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>68</b>
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย	69
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	70
ภาคผนวก ค หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล	71
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	72
<b>ประวัติผู้เขียน</b>	<b>77</b>

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล 38
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ 40
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แยกรายด้าน 43
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภค อาหาร 47
ตารางที่ 5	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภค อาหาร จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ 48
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเกณฑ์แบบประเมิน Nutrition Alert Form 51
ตารางที่ 7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินภาวะ โภชนาการ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ 52
ตารางที่ 8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภค อาหารและภาวะโภชนาการ 55

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ภาวะโรคและการบาดเจ็บ และผลกระทบต่อสังคม แอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของประชากรโลก (World Health Organization, 2018) องค์การสหประชาชาติได้มีการกำหนดให้มีการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ตามรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2560 มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 43 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 2.3 พันล้านคน มีค่าเฉลี่ยการดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 6.4 ลิตร/คน/ปี สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีแนวโน้มปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ในปี พ.ศ.2568 อยู่ที่ 6.2 ลิตร/คน/ปี เพิ่มขึ้น 4.1 ลิตรจาก 20 ปีก่อนหน้า (World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทยมีความชุกของการดื่มสุราเกือบ 3 ใน 10 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจำนวนนี้เป็นนักดื่มประจำและนักดื่มหนักร้อยละ 12.3, 10.1 ตามลำดับ (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) สุราเป็นสารมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อดื่มเป็นเวลานานจะเกิดการเสพติด ทำให้ต้องดื่มเป็นประจำ และดื่มเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเกิดเป็นการดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) ซึ่งในประเทศไทยพบนักดื่มแบบติดมีจำนวนมากถึง 2.1 ล้านคน (กรมสุขภาพจิต, 2559)

สุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดให้โทษชนิดหนึ่ง (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2562) การดื่มสุราทำให้เกิดโทษหลายประการ ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและผลกระทบต่าง ๆ ต่อครอบครัวและสังคมได้ เช่น ผลต่อสมอง ทำให้เกิดอาการเมาสุรามีผลต่อการตัดสินใจ มีความจำบกพร่อง ผลต่อดับ ทำให้เกิดดับอักเสบ ดับแข็ง และดับวาย ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลต่อสุขภาวะทางจิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลต่าง ๆ ตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมจากการดื่มสุราแล้วขับจนเกิดอุบัติเหตุทางถนน รวมไปถึงการทะเลาะวิวาท และการทำร้ายร่างกายได้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2562)

ผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดผลเสียต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดเป็นปัญหาด้านพฤติกรรม ด้านสมอง และร่างกาย โดยมีอารมณ์และพฤติกรรมจะเริ่มเปลี่ยนแปลง รวมไปถึงการตัดสินใจและการควบคุมตัวเองไม่ได้ รูปแบบความคิด ผิดปกติ สับสน มึนงง เบลอ ความจำไม่ดี ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ หากหยุดดื่มจะรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก และยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าจะเกิดผลเสียตามมา ส่งผลต่อพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการละเลยกิจกรรมอื่น ๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบต่าง ๆ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, 2552) รวมถึงละเลยการรับประทานอาหาร บางครั้งดื่มแต่สุรา ไม่รับประทานอาหารและข้ามมื้ออาหาร (हरस्था เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, และนิภา ณีสกุล, 2555) นอกจากนี้ยังส่งผลเสียต่อหน้าที่การงานความรับผิดชอบ ทำให้รายได้ลดลง จึงเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนได้ยาก ต้องเลือกรับประทานอาหารที่มีราคาถูกลง และด้อยคุณภาพ จนอาจมีผลต่อภาวะโภชนาการได้ (ประสิทธิ์ เขจรจิตร, นิภาพร ชูดีมันต์, และบงอร กุมพล, 2556)

ภาวะโภชนาการ เป็นสภาวะร่างกายที่มีผลมาจากการบริโภคอาหาร ผ่านกระบวนการย่อย ดูดซึมอาหาร กระบวนการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์ และความสามารถของสารอาหารที่รักษาสมดุลความปกติของการเผาผลาญ โดยภาวะโภชนาการปกติเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับพลังงานสมดุลเพียงพอกับการใช้พลังงานในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งในผู้ป่วยโรคติดสุราอาจพบปัญหาภาวะโภชนาการที่ได้รับพลังงานที่ไม่สมดุลกับพลังงานสำหรับใช้ในกิจวัตรประจำวันที่ลดลง เกิดจากการดื่มสุราปริมาณมากในแต่ละวันโดยไม่ทำกิจวัตรและกิจกรรมอื่น ๆ แอลกอฮอล์ในสุราให้พลังงานเฉลี่ยสูงถึง 7.1 กิโลแคลอรี/กรัม ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับสารอาหารชนิดอื่น แต่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ (Toffolo et al., 2012) ทำให้เสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินได้ ส่วนพลังงานที่ได้รับต่อวันอาจไม่เพียงพอเนื่องจากได้รับปริมาณสารอาหารไม่เหมาะสมกับภาวะร่างกาย ซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม ทั้งความชอบ ชนิด ปริมาณ และความถี่ในการรับประทานอาหาร มีปริมาณการรับประทานอาหารลดลง บางครั้งก็ไม่สามารถรับประทานอาหารครบ 3 มื้อและครบทั้ง 5 หมู่ต่อวัน นอกจากนี้มีความผิดปกติของการย่อยและการดูดซึมสารอาหาร ซึ่งเป็นผลจากการที่แอลกอฮอล์ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุผนังลำไส้และกระเพาะอาหาร (วจนะ เขมะวิชานูรัตน์, 2562) ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมทำให้ได้พลังงาน สารอาหารไม่ครบถ้วน และไม่เพียงพอต่อความต้องการจนอาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้

โรงพยาบาลสวนปรุง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 1 มีการบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราเริ่มตั้งแต่การคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา มีการให้การบำบัดรักษาระยะถอนพิษโดยจัดให้มีหอผู้ป่วยเฉพาะ ในปีงบประมาณ 2561-2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคติดสุราเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยใน จำนวน 1,068, 1,006, 721 และ 646 รายตามลำดับ แม้ว่าจำนวนของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในจะมีแนวโน้มลดลงในแต่ละปี แต่กลับพบว่าการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันเพิ่มขึ้น (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2564) จากการสำรวจภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงของ วณะ เขมะวิชานุรัตน์ (2562) พบว่ามีความชุกของการเกิดภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 38 โดยแบ่งเป็นภาวะทุพโภชนาการในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 19.6 ระดับปานกลางร้อยละ 14.8 และระดับรุนแรงร้อยละ 3.6 จากการสำรวจครั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรามีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 8.8 และน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 4.4 มีการรับประทานอาหารลดลงก่อนเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในถึงร้อยละ 66 ซึ่งภาวะทุพโภชนาการส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยหลายประการ เช่น เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ อ่อนล้าได้ง่าย อาจเพิ่มระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลนานขึ้น เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุรายังมีการศึกษาและสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยติดสุราที่น้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุราแบบผู้ป่วยใน เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมดื่ม และความรุนแรงของการเสพติดสุราที่มากกว่าผู้ป่วยนอก อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบพฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคติดสุรา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาส่งเสริมภาวะโภชนาการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดสุราต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง

1.2.2 เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง

### 1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงเป็นอย่างไร

1.3.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

### 1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.4.1 ผู้ป่วยโรคติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติในการดื่มสุรา และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol Dependence) ที่ได้เข้ารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวนปรุง ทุกครั้งการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2566

1.4.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง แบบแผนในการบริโภคอาหารหรือการแสดงออกของวัยผู้ใหญ่ในการบริโภคอาหาร ได้แก่ จำนวนมื้อที่บริโภคต่อวัน ชนิดของอาหารที่บริโภค การปรุงประกอบอาหารเพื่อบริโภค การรับประทานอาหารนอกบ้าน การรับประทานอาหารสำเร็จรูปบรรจุในภาชนะปิดสนิท การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารวัยผู้ใหญ่ของ สุระเดช ไชยตอกเกี้ยว (2561)

1.4.3 ภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นผลจากการบริโภคอาหาร และ การใช้ประโยชน์ของสารอาหารในร่างกาย โดยประเมินจากแบบประเมิน Nutrition Alert Form ซึ่งแสดงผลออกมาเป็นระดับทุพโภชนาการ พัฒนาโดย สุรัตน์ โคมินทร์และคณะ (2556) ซึ่งใช้ข้อมูลส่วนสูง น้ำหนัก รูปร่างของผู้ป่วย น้ำหนักที่เปลี่ยนใน 4 สัปดาห์ อาหารที่บริโภคในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร และโรคที่เป็นอยู่ในการประเมิน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 2.1 โรคติดเชื้อ

2.1.1 ความหมายของสุรา

2.1.2 สถานการณ์ของการดื่มสุรา

2.1.3 ความหมายของโรคติดเชื้อ

2.1.4 การวินิจฉัยโรคติดเชื้อ

2.1.5 อาการของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ

2.1.6 ผลกระทบของโรคติดเชื้อ

#### 2.2 ภาวะโภชนาการ

2.2.1 ความหมายของภาวะโภชนาการ

2.2.2 ประเภทของภาวะโภชนาการ

2.2.3 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการไม่ดี

2.2.4 ความต้องการสารอาหารในวัยผู้ใหญ่

2.2.5 การประเมินภาวะโภชนาการ

2.2.6 เครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมิน

2.2.7 ผลของสุราที่มีต่อภาวะโภชนาการ

#### 2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.3.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร



## 2.1 โรคติดสุรา

ในประเทศไทย มักนิยมเรียกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ว่า สุรา หรือ เหล้า หรือแอลกอฮอล์ ซึ่งมี การให้นิยามความหมายของสุราจากหลายท่านดังนี้

### 2.1.1 ความหมายของสุรา

สุรา หมายถึง วัตถุหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา (พระราชบัญญัติสุรา, 2493)

สุรา ตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมสุรากลั่น มอก. 2088-2544 หมายถึง เครื่องดื่ม ที่มีแรงแอลกอฮอล์เกิน 0.5 ดีกรี แต่ไม่เกิน 80 ดีกรี (ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม ฉบับที่ 2927, 2544)

สุรา หมายถึง สารจากธรรมชาติที่เกิดมาจากกระบวนการหมักน้ำตาลจากข้าว อุ่น หรือ ข้าวโพดกับยีสต์ จนได้สารที่เรียกว่า เอทานอล (Ethanol) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในเครื่องดื่ม ประเภทสุรา แต่การที่จะดื่มเอทานอลที่บริสุทธิ์เพียงอย่างเดียวนั้นไม่สามารถดื่มได้ เนื่องจากมีรสชาติ แรงบาดคอ จึงต้องมีส่วนผสมเพื่อให้รสชาติดีขึ้น (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2546)

สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของเอทิลแอลกอฮอล์ที่ได้จากกระบวนการหมักพืช ผลไม้ ผัก หรือข้าว เช่น เบียร์ กระแช่ ไวน์ เป็นต้น (ทวีพร วิสุทธิมรรค, 2548)

แอลกอฮอล์ หมายถึง สารอินทรีย์ชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเป็นของเหลว สีใส มีกลิ่นฉุน ระเหยง่าย โดยปกติเกิดขึ้นจากการหมักสารประเภทแป้งหรือน้ำตาลผสมยีสต์ เมื่อดื่มเข้าไปจะออกฤทธิ์ทำให้มีอาการมึนเมา (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ซึ่งอาจจะเรียกว่า น้ำเมา เหล้า เมรัย หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สาวิตรี อัยณางค์กรชัย, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปความหมายของสุรา ได้ว่า ของเหลวที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือเอทานอล ที่ได้มาจากกระบวนการหมักตามธรรมชาติของสารประเภท แป้งหรือน้ำตาลผสมยีสต์ เมื่อดื่มเข้าไปจะออกฤทธิ์ทำให้มีอาการมึนเมา

## 2.1.2 สถานการณ์ของการดื่มสุรา

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่คนนิยมดื่มมากทั่วโลก สถานการณ์การดื่มสุราทั่วโลก พบว่ามีนักดื่มสุราอยู่ประมาณ 2.3 พันล้านคน หรือร้อยละ 43 ของประชากรทั่วโลก สุราเป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของประชากรโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของการตายและพิการของประชากรโลกกลุ่มอายุ 15-49 ปี โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราประมาณ 3 ล้านคนต่อปี หรือร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization, 2018)

สถานการณ์การดื่มสุราของประเทศไทย พบว่าประเทศไทยมีความชุกของผู้ดื่มสุราที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 15.96 ล้านคน หรือร้อยละ 28.0 ในจำนวนนี้มีร้อยละ 10.1 เป็นการดื่มแบบหนัก คือมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 60 กรัมต่อครั้ง เมื่อพิจารณาปริมาณการดื่มต่อจำนวนนักดื่ม พบว่าประเทศไทยมีปริมาณการดื่มเฉลี่ย 20.3 ลิตรต่อนักดื่มต่อปี (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) โดยข้อมูลปริมาณการดื่มต่อจำนวนนักดื่มสูงเช่นนี้ สามารถสะท้อนถึงปัญหาที่เกิดจากการดื่มได้ ทั้งปัญหาสุขภาพและปัญหาเจ็บพล้นหลังจากการดื่มได้ เช่น อุบัติเหตุจราจร และทะเลาะวิวาทได้ ซึ่งพบว่าการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุอันดับที่ 6 ในชายไทย และอันดับที่ 11 ในหญิงไทยของความเสี่ยงปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ หรือ YLDs นอกจากนี้การเสพติดสุราเป็นสาเหตุอันดับที่ 13 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร หรือ DALYs ในชายไทย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566)

สถานการณ์การดื่มสุราของจังหวัดในภาคเหนือ ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน พบว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูง เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2565) จากการจัดลำดับความเสี่ยงต่อปัญหาจากการดื่มสุรารายจังหวัด โดยใช้ดัชนีระดับความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด ซึ่งใช้ข้อมูลจากตัวแปรความชุกของนักดื่มปัจจุบัน สัดส่วนของนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบัน สัดส่วนของนักดื่มหนักต่อนักดื่มปัจจุบัน สัดส่วนของผู้ที่ดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะต่อนักดื่มปัจจุบัน และความชุกของนักดื่มวัยรุ่นปัจจุบันต่อประชากรวัยรุ่น พบว่าดัชนีระดับความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดน่าน เชียงราย และแพร่ สูงสุดเป็น 3 อันดับแรกของประเทศและจังหวัดพะเยาอันดับ 5 ของประเทศในปี พ.ศ. 2564 (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ซึ่งสถานการณ์การดื่มสุราของจังหวัดในภาคเหนือมีความรุนแรง ควรมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เพื่อป้องกัน ความคุม และลดปัญหาจากการดื่มสุรา

### 2.1.3 ความหมายโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของโรคติดสุราพบว่า มีผู้ที่นิยามความหมายไว้หลากหลาย และยังพบคำที่มีความหมายใกล้เคียงกันกับคำว่าโรคติดสุรา เช่น โรคติดแอลกอฮอล์ การติดสุรา และภาวะติดสุรา โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้คำว่า โรคติดสุรา ซึ่งโรคติดสุรามีความหมายได้หลากหลายดังนี้

โรคติดสุรา หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนก่อให้เกิดผลเสียกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายหรือจิตใจ โดยการดื่มนั้นมีลักษณะที่ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น และหากหยุดดื่มจะมีอาการแสดงของการขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร่างกาย (กรมควบคุมโรค, 2551)

โรคติดสุรา หมายถึง การดื่มสุรามีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ใช้เวลาส่วนใหญ่ในกิจกรรมดื่มสุรา ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มสุราขึ้น ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ส่งผลกระทบทำให้ละเลยกิจกรรมหน้าที่รับผิดชอบของตน และเมื่อหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุรา (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

โรคติดสุรา หมายถึง กลุ่มอาการทางพฤติกรรม จิตใจ และความนึกคิด ผู้ที่เป็นโรคนี้จะมีแรงผลักดันภายในให้อยากดื่มสุราอยู่เสมอจนเป็นภาวะเสพติดสุรา และมีผลกระทบต่อสุขภาพและความรับผิดชอบตามมา (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2557)

โรคติดสุรา หมายถึง ลักษณะของร่างกายที่มีความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลจากการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลงจะมีอาการขาดสุราร่างกายใน 24 - 48 ชั่วโมง เช่น หงุดหงิด ใจสั่น นอนไม่หลับ จนไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ต้องหาดื่มสุราเพื่อลดอาการขาดสุราลง (American Psychiatric Association, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปความหมายของโรคติดสุราว่า กลุ่มอาการทางร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมที่มีความอยากดื่มสุราอย่างรุนแรงและในปริมาณที่เพิ่มขึ้น โดยไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ จนเกิดอาการของการติดสุรา และอาการขาดสุราถ้าหยุดดื่ม

#### 2.1.4 การวินิจฉัยโรคติดสุรา

การวินิจฉัยโรคติดสุราในประเทศไทย ใช้เกณฑ์ของระบบการจำแนกโรคสากลขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders) และเกณฑ์การวินิจฉัยตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder : DSM) โดยมีหลักเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้

ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ตามระบบการจำแนกโรคสากลขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 จะได้รับการบันทึกรหัสวินิจฉัยตามกลุ่มโรค F10.2 ตามรหัสจำแนกโรคสากลตามระบบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งโรคจากการดื่มสุรามีอยู่ในหมวดย่อย F10.0 – F10.9 ในหมวดโรคทางจิตใจและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยจะต้องมีลักษณะอาการอย่างน้อย 3 ข้อจาก 6 ข้อร่วมกันในระยะเวลา 1 ปี ดังต่อไปนี้ (ปริทรรศน์ ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552)

- 1) มีความต้องการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างรุนแรงหรือมีความรู้สึกซ้ำ ๆ ที่ต้องการดื่มสุราให้ได้
- 2) ไม่มีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการดื่ม โดยไม่สามารถควบคุมการดื่มไม่ว่าจะเป็นการเริ่มต้นดื่ม การหยุดดื่มและปริมาณการดื่มโดยมักจะมึปริมาณการดื่มมากกว่าที่ตั้งไว้แต่แรก
- 3) เกิดอาการทางร่างกายของภาวะขาดสุราเมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง
- 4) มีภาวะคือสุรา สามารถทนทานต่อฤทธิ์ของสุราได้มากขึ้น
- 5) ขาดความสนใจต่อความสนุกสนาน หรือกิจกรรมอื่น เน้นไปดื่มสุรา หมกมุ่นกับการดื่มสุรา
- 6) ดื่มสุราต่อ ถึงแม้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นแล้ว หรือยังคงดื่มทั้งที่คาดได้ว่าเกิดอันตรายขึ้น

สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน เดิมมีการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4<sup>th</sup> Edition : DSM-IV) ของ American Psychiatric Association (2005) โดยจะแยกกลุ่ม โรคหรือความผิดปกติที่เกี่ยวกับสุรา จำแนกเป็นสองกลุ่ม การใช้สุราในทางที่ผิด (Alcohol Abuse) และ โรคติดสุรา (Alcohol Dependence) ส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใหม่ที่มีการปรับระบบการวินิจฉัยเป็นฉบับที่ 5 (DSM-V) ได้รวม 2 กลุ่มอาการนี้เข้ารวมเป็นกลุ่มโรคเดียวกัน คือ กลุ่มความผิดปกติจากการใช้สุรา (Alcohol Use Disorder) ซึ่งเป็นรูปแบบการใช้สุราที่มีปัญหา ทำให้เกิดความบกพร่องอย่างเห็นได้ชัดหรือทุกข์ทรมาน โดยแสดงอาการออกมาอย่างน้อย 2 อาการ ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ดังต่อไปนี้

- 1) บริโภคสุราในปริมาณมาก หรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้
- 2) มีความพยายามที่จะลดหรือเลิกดื่มแต่ทำไม่สำเร็จ
- 3) ใช้เวลาอย่างมากในการแสวงหาสุรา ดื่มสุรา หรือฟื้นจากการเมาสุรา
- 4) มีความอยาก หรือต้องการอย่างมากในการใช้สุรา
- 5) ดื่มสุราบ่อย ๆ ส่งผลต่อบทบาทภาระหน้าที่การทำงาน ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติ
- 6) ยังคงดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีปัญหาในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น ปัญหาทางสังคม ปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา
- 7) ดื่มสุราจนทำให้กิจกรรมสำคัญทางสังคม หน้าที่การทำงาน หรือการพักผ่อนต่าง ๆ ลดลงหรือต้องถูกยกเลิกไป
- 8) ดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกในสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย
- 9) ยังคงดื่มสุราอยู่ แม้ว่าจะทราบว่าตนมีปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิต ซึ่งเกิดจากการใช้สุรา
- 10) มีการดื้อต่อสุรา โดยมีอาการดังต่อไปนี้ ใช้สุราในปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดอาการเมา และผลจากสุราลดลงเมื่อใช้ในปริมาณเท่าเดิม
- 11) มีอาการถอนพิษสุรา โดยมีอาการดังต่อไปนี้ มีอาการของกลุ่มอาการถอนพิษสุรา และมีการใช้สุราเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงอาการถอนพิษสุรา

จากการประเมินอาการแสดงข้างต้น สามารถจำแนกความรุนแรงของกลุ่มความผิดปกติจากการใช้สุรา (Alcohol Use Disorder) ได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย (Mild) มีอาการแสดง 2 – 3 อาการ ระดับปานกลาง (Moderate) มีอาการแสดง 4 – 5 อาการ และระดับรุนแรง (Severe) มีอาการแสดง 6 อาการขึ้นไป เมื่อเทียบโรคจิตเวชในหมวด Alcohol Use Disorder จำแนกตามระบบ DSM-V กับรหัสโรคตามระบบ ICD-10 พบว่า กลุ่มความผิดปกติจากการใช้สุรา (Alcohol Use Disorder) ระดับปานกลาง (Moderate) และระดับรุนแรง (Severe) จัดในรหัสโรค F10.2 ตามระบบ ICD-10

### 2.1.5 อาการของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

อาการของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จะมีอาการทั่วไปที่สามารถพบได้ 2 อาการ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2565)

**อาการเมาสุรา (Alcohol Intoxication)** หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีอาการไม่สบายจากพิษของแอลกอฮอล์ ซึ่งจะมีการแสดงอาการที่ผิดปกติของพฤติกรรมหรือจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ อาการที่แสดงออกเริ่มตั้งแต่ อารมณ์แปรปรวนเปลี่ยนแปลงง่าย ขาดการยับยั้งชั่งใจ มีอารมณ์ก้าวร้าว พูดไม่ชัด เดินเซ ตากระตุก สมาธิบกพร่อง ความจำบกพร่อง หมดสติ อาจร้ายแรงจนถึงตายได้จากฤทธิ์แอลกอฮอล์ที่กดการหายใจโดยอาการที่แสดงจากการเมาสุราขึ้นอยู่กับระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด ซึ่งขึ้นกับปริมาณความเร็วและชนิดของสุราที่ดื่มด้วย

**อาการขาดสุรา (Alcohol Withdrawal)** หมายถึง สภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาหรือสภาวะทางจิตใจ จะเกิดอาการขึ้นหลังจากหยุดสุรา หรือลดปริมาณการดื่มลง เนื่องจากการดื่มสุราเป็นประจำ ทำให้ร่างกายมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงอยู่เสมอ จึงเกิดการปรับตัวของระบบของตัวรับสารสื่อประสาทต่าง ๆ ในสมอง เมื่อหยุดดื่มสุราอย่างกะทันหัน ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว ระบบต่าง ๆ ของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Sympathetic Autonomic Nervous System) เกิดเป็นกลุ่มอาการของการขาดสุรา ซึ่งอาการขาดสุราที่ตามมาที่มีความรุนแรงถึงการเกิดอาการสมองสับสน (Delirium) โดยอาการสมองสับสนจะเกิดขึ้นในวันที่ 2 - 3 หลังจากผู้ป่วยที่ติดสุรามานานและดื่มปริมาณมากหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลง อาการอาจอยู่ได้นาน 7 - 10 วัน (อังกูร ภัทรากร, ธนุรช ทิพวงษ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, พัชรรัตน์แสง, และวิมล ลักขณาภิชนัช, 2558)

อาการขาดสารแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) อาการที่เกิดขึ้นภายใน 6 – 8 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มครั้งสุดท้าย เช่น อาการสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง เหงื่อแตก มีไข้ ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง 2) อาการที่เกิดขึ้นภายใน 7 ชั่วโมง ถึง 2 วัน หลังจากหยุดดื่มครั้งสุดท้าย ได้แก่ อาการชัก 3) อาการที่เกิดขึ้นภายใน 3 - 4 วันหลังจากหยุดดื่มครั้งสุดท้าย คือ อาการเพ้อ สับสนเคลื่อนไหว มือสั่น ลิ้นสั่น ขาสั่น ตกใจกลัวง่าย นอนไม่หลับ ประสาทหลอน ความจำเสื่อม

### 2.1.6 ผลกระทบของโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเอง และครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2565) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **ผลกระทบต่อร่างกาย** การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องมากเกินไปของผู้ป่วยโรคติดสุราส่งผลกระทบเป็นพิษต่อร่างกายในด้านต่าง ๆ

1.1) ผลต่อดับ เนื่องจากแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ยับยั้งการสลายกรดไขมันให้กลายเป็นพลังงาน ทำให้ไขมันที่ไม่ถูกใช้จึงถูกเก็บสะสมไว้ในตับ จึงทำให้เซลล์ตับถูกทำลายจากการสะสมไขมันที่ตับ เกิดเป็นภาวะไขมันพอกตับ (Fatty Liver) มีการกระตุ้นสร้างคอลลาเจนสะสมจนกลายเป็นพังผืด เกิดตับโต ตับอักเสบ จนกลายเป็นตับแข็ง

1.2) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร แอลกอฮอล์ทำให้เกิดการอักเสบบริเวณระบบทางเดินอาหาร ตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหารเกิดการอักเสบ กระเพาะเป็นแผลและเส้นเลือดดำบริเวณหลอดอาหารโป่งพอง มีโอกาสเส้นเลือดแตก ทำให้อาเจียนเป็นเลือด หากเสียเลือดมากถึงขั้นเสียชีวิตได้ อีกทั้งมีส่วนรบกวนกระบวนการย่อยและดูดซึมอาหาร ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารได้

1.3) ผลต่อระบบประสาทและสมอง พบว่าแอลกอฮอล์มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมอง โดยส่งผลทำให้เนื้อสมอง ทั้งสมองส่วนสีเทา และส่วนสีขาวมีปริมาณลดลง อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดการฝ่อของฮิปโปแคมปัส และเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมทุกประเภท (Oscar-Berman M & Marinković K, 2007)

1.4) ผลต่อระบบอื่น ๆ ในร่างกาย เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในร่างกายต้องผ่านกระบวนการเมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์ ทำให้ได้สารตัวกลาง คือ อะเซทาลดีไฮด์ และ NADH ปริมาณมาก ซึ่งระดับ NADH สูง ทำให้ยับยั้งกระบวนการสลายกลูโคสให้เป็นพลังงาน โดยทำให้ไม่

สามารถเข้าสู่วัฏจักรเครบส์ได้จึงสิ้นสุดที่ไพรูเวต และทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตกลูโคสจากสารอื่นด้วยกระบวนการกลูโคเนโอเจเนซิส (Gluconeogenesis) ได้ ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดต่ำ นอกจากนี้เมื่อไพรูเวตมีปริมาณมากจึงต้องเปลี่ยนเป็นแลคเตต (Lactate) ร่างกายจะพยายามขับออกที่ไต ทำให้รบกวนการขับกรดยูริกได้น้อยลง เกิดเป็นกรดยูริกในกระแสเลือดสูง ทำให้เป็นโรคเก๊าต์ ซึ่งพบมากในผู้ป่วยโรคไตตื้อ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหลายประการ ได้แก่ ประสิทธิภาพการนอนลดลง นอนหลับได้ไม่สนิทเนื่องจากนอนกรน หยุดหายใจขณะหลับจากกล้ามเนื้อบริเวณคอหอยหย่อน การเกิดสารแอลดีไฮด์และอนุมูลอิสระที่มีความว่องไวในการทำปฏิกิริยากับโปรตีนและดีเอ็นเอ แล้วทำให้โปรตีนและดีเอ็นเอสูญเสียสภาพ ก่อให้เกิดความผิดปกติของเซลล์และก่อให้เกิดมะเร็งได้ต่อไป (ตรีทิพย์ รัตนารชัย, 2557)

2) **ผลกระทบต่อด้านจิตใจ** การดื่มสุราในปริมาณมาก เมื่อสุราเข้าสู่ร่างกายสามารถดูดซึมผ่านหลอดเลือดเข้าไปทำลายเซลล์สมองได้โดยตรง ทำให้การกำจัดของเสียในสมองแย่ลง เนื้อสมองเสียหาย เกิดเนื้อสมองส่วนคอร์เทกซ์ฝ่อ ซึ่งมีผลต่อการเชื่อมต่อทางจิต เช่น อาการประสาทหลอน หูแว่ว หลงผิด

3) **ผลกระทบต่อด้านครอบครัว** ผู้ป่วยโรคไตตื้อมักจะมีอารมณ์แปรปรวน ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่ายโดยไม่มีสาเหตุ ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันต้องได้รับความเครียด เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัวและอาจจะถูกทำร้ายได้ ผลการศึกษาของ สุกุมมา แสงเดือนฉาย (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคไตตื้อมีการทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัว และทะเลาะกับเพื่อน ร้อยละ 48.8 และ ร้อยละ 23.3 ตามลำดับ

4) **ผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ** หลังดื่มสุรา ผู้ป่วยโรคไตตื้อมักมีอาการไม่พึงประสงค์จากการดื่มสุรามากเกินไปหรือเมาค้าง จะกระทบต่อกิจกรรม หน้าทีความรับผิดชอบ ทำให้มักจะขาดงาน มาทำงานสาย ทำงานบกพร่อง เกิดอุบัติเหตุในระหว่างงาน ทำให้ต้องเปลี่ยนงานบ่อย ๆ หรือถูกพักงานหรือให้ออกจากงาน ซึ่งการถูกพักงานหรือให้ออกจากงานจะเกิดปัญหาทางการเงิน จนต้องยืมผู้อื่นเป็นหนี้สิน สำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวันรวมถึงใช้เงินเพื่อดื่มสุรา

จะเห็นได้ว่าการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นโรคไตตื้อเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต เกี่ยวข้องกับโรคและการบาดเจ็บหลายอย่าง ทั้งยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้



## 2.2 ภาวะโภชนาการ

### 2.2.1 ความหมายของภาวะโภชนาการ

ศิริพร จริยาจิริวัฒนา และคณะ (2553) ให้ความหมายของ ภาวะโภชนาการ หมายถึง ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการควบคุมสมดุลปกติของร่างกายที่ต้องอาศัยพลังงานจากกระบวนการเผาผลาญอาหารมาใช้ในกระบวนการทางเคมีทำให้การเจริญเติบโตและการเป็นไปตามปกติ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทั้งแบบที่ต้องใช้เซลล์และไม่ใช้เซลล์เป็นสื่อ อีกทั้งเกี่ยวข้องกับกระบวนการฟื้นฟูของร่างกาย

ศิริพันธุ์ จุลกรังคะ (2553) ให้ความหมายของ ภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะหรือสุขภาพของร่างกายที่เป็นผลมาจากอาหารที่ร่างกายได้รับ

จากความหมายข้างต้นอาจสรุปได้ว่าภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะสุขภาพหรือสภาพของร่างกายแต่ละบุคคลที่เป็นผลมาจากการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้พลังงานมาใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการนำอาหารไปใช้ประโยชน์เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต

### 2.2.2 ประเภทของภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ภาวะโภชนาการดี และภาวะโภชนาการไม่ดีหรือทุพโภชนาการ (ศิริพันธุ์ จุลกรังคะ, 2553) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **ภาวะโภชนาการดี** หมายถึง ภาวะสุขภาพหรือสภาพของร่างกายที่เป็นผลมาจากการได้รับอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ คือต้องได้รับอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน และปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รวมถึงการที่ระบบร่างกายสามารถนำสารอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพต่อร่างกายได้อย่างเต็มที่

2) **ภาวะโภชนาการไม่ดี หรือทุพโภชนาการ** หมายถึง ภาวะสุขภาพหรือสภาพของร่างกายที่เป็นผลมาจากการได้รับอาหารที่มีสารอาหารไม่ครบ และปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือได้รับเพียงพอ แต่ระบบร่างกายไม่สามารถนำสารอาหารไปใช้ประโยชน์แก่ร่างกายได้ หรือการได้รับสารอาหารบางชนิดปริมาณมากเกินไปจนเกินความจำเป็นของร่างกาย จึงทำให้เกิดภาวะผิดปกติขึ้น แบ่งย่อยเป็น 2 ลักษณะ คือภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Nutrition) และภาวะโภชนาการเกิน (Over Nutrition)

**2.1) ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Nutrition)** หมายถึง ภาวะสุขภาพหรือสภาพของร่างกายที่เป็นผลมาจากการได้รับอาหารที่มีสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยอาจขาดสารอาหารบางชนิด หรือขาดสารอาหารร่วมกับพลังงาน เช่น โรคขาดโปรตีนขาดแคลอรี หรือขาดวิตามิน

**2.2) ภาวะโภชนาการเกิน (Over Nutrition)** หมายถึง ภาวะสุขภาพหรือสภาพของร่างกายที่เป็นผลมาจากการได้รับอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย และถูกสะสมไว้ในร่างกายจนเกิดอาการผิดปกติ เช่น การรับประทานอาหารที่มีพลังงานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ร่างกายจะสะสมพลังงานส่วนเกินไว้ในสภาพไขมัน ทำให้เกิดโรคอ้วน เป็นต้น

### 2.2.3 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการไม่ดี

1) สาเหตุที่เกิดจากการบริโภค คือ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยที่ร่างกายมีสภาพปกติสมบูรณ์ทุกอย่าง สามารถย่อย ดูดซึม นำสารอาหารจากอาหารไปใช้ได้เต็มที่ ถือว่าเป็นปัจจัยมูลฐานที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ไม่ดี (Primary Cause) สาเหตุอาจมาจากพฤติกรรมนิสัยบริโภคที่ไม่ดี บริโภคอาหารน้อยไม่เพียงพอ ทั้งอาจมาจากความเคยชินหรือแม้แต่นิสัยการบริโภค หรือมาจากปัจจัยอื่น ๆ ทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความยากจน ทัศนคติ ประเพณี ความนิยม ความเชื่อผิดๆ ในเรื่องอาหาร การอบรมที่ได้รับถ่ายทอดกัน ทำให้บริโภคอาหารที่ด้อยในทางคุณค่าทางโภชนาการ

2) สาเหตุที่เกิดจากสภาพทางด้านร่างกายของผู้บริโภค คือ การบริโภคอาหารที่ครบถ้วนเพียงพอ แต่มีความผิดปกติของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถนำสารอาหารจากอาหารที่รับประทานไปใช้ประโยชน์ได้ ทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ไม่ดีขึ้น ในทางโภชนาการถือว่าเป็นปัจจัยรอง (Secondary Cause) ในการทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ซึ่งสภาพร่างกายที่ผิดปกติ อาจผิดปกติในระบบย่อยอาหาร การกินอาหาร การกลืนอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึมอาหาร การขนส่งอาหาร การนำสารอาหารไปใช้ประโยชน์ การเก็บสะสม การขับถ่าย

## 2.2.4 ความต้องการสารอาหารในวัยผู้ใหญ่

การบริโภคอาหารที่พอเหมาะและเหมาะสมมีความสำคัญกับทุกเพศทุกวัย จากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มช่วงอายุ 18 - 60 ปี ดังนั้นผู้วิจัยจะทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหารในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละวันของวัยผู้ใหญ่ โดยปริมาณพลังงานอ้างอิงที่ควรได้รับในแต่ละวันในวัยผู้ใหญ่ เพศชาย ควรได้รับ 1,800 – 2,200 กิโลแคลอรีต่อวัน และผู้ใหญ่เพศหญิง ควรได้รับ 1,500 – 1,800 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งต้องเลือกรับประทานอาหารเพื่อให้ได้ปริมาณพลังงานที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากแหล่งสารอาหารหลักที่ให้พลังงาน ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และ โปรตีน ซึ่งเป็นสารอาหารหลักที่ร่างกายต้องการปริมาณมากหรือมหโภชนะ (Macronutrient) นอกจากนี้ควรต้องได้รับสารอาหารอื่น ๆ ที่ร่างกายต้องการปริมาณน้อยหรือจุลโภชนะ (Micronutrient) แต่ร่างกายจำเป็นจะต้องได้รับ ได้แก่ แร่ธาตุและวิตามิน (สุปราณี แจ่มบำรุง และคณะ, 2563)

1) **คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate)** เป็นสารอาหารสำคัญที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย และให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรีต่อกรัม ในวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง ควรได้รับสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 45 - 65 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน โดยเลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตในกลุ่มของผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี ถั่วเมล็ดแห้ง น้านม เป็นหลัก และไม่ควรรับประทานน้ำตาลเกินร้อยละ 5 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน หรือน้ำตาลไม่เกิน 24 กรัมต่อวัน

2) **ไขมัน (Fat)** เป็นแหล่งของพลังงาน ช่วยดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี และวิตามินเค โดยไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี ในวัยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ควรได้รับไขมันร้อยละ 25 - 35 ของพลังงานทั้งหมดที่ควรได้รับต่อวัน โดยเป็นไขมันอิ่มตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 และไขมันทรานส์น้อยกว่าร้อยละ 1 ส่วนที่เหลือเป็นไขมันไม่อิ่มตัว

3) **โปรตีน (Protein)** เป็นสารอาหารที่เป็นองค์ประกอบหลักของเซลล์ทุกเซลล์ในร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นบกล้ามเนื้อ กระดูก เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน รวมถึงเอนไซม์ ฮอร์โมนต่าง ๆ โดยโปรตีน 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี ปริมาณโปรตีนที่แนะนำให้บริโภคในวัยผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงคือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน หรือประมาณร้อยละ 10 - 15 ของพลังงานทั้งหมดที่ควรได้รับต่อวัน

4) **วิตามิน (Vitamin)** ร่างกายต้องการวิตามินโดยขาดไม่ได้ เพราะวิตามินช่วยให้ อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำหน้าที่ได้ตามปกติ ช่วยสร้างความเจริญเติบโต สร้างความต้านทานโรค และป้องกันโรค โดยวิตามินแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ วิตามินที่ละลายในไขมัน และวิตามินที่ละลายในน้ำ

4.1) **วิตามินที่ละลายในไขมัน** ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี และ วิตามินเค

4.1.1) **วิตามินเอ (Vitamin A)** มีหน้าที่ช่วยเรื่องการมองเห็น บำรุงรักษา การเจริญเติบโต และลักษณะเฉพาะของเซลล์ในเนื้อเยื่อ พบได้ทั้งในแหล่งอาหารที่มาจากพืชและสัตว์ เช่น ตับ ไข่แดง น้ำมันตับปลา ฟักทอง แครอท เป็นต้น ซึ่งผู้ใหญ่เพศชายควรได้รับวิตามินเอ 700 ไมโครกรัมต่อวัน เพศหญิงควรได้รับวิตามินเอ 600 ไมโครกรัมต่อวัน

4.1.2) **วิตามินดี (Vitamin D)** มีหน้าที่ควบคุมภาวะสมดุลแคลเซียมและ ฟอสเฟตในเลือด ร่างกายได้รับวิตามินดีส่วนใหญ่จากการได้รับรังสีเหนือม่วงชนิดบีจากแสงแดด และที่เหลือร้อยละ 10 - 20 มาจากอาหาร เช่น น้ำมันตับปลา ไข่แดง นม เนย ตับ ซึ่งผู้ใหญ่ควรได้รับ วิตามินดีจากอาหาร 600 IU

4.1.3) **วิตามินอี (Vitamin E)** มีหน้าที่ขจัดอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นในร่างกาย มนุษย์ แหล่งของวิตามินอีในอาหารได้แก่ น้ำมันพืชชนิดต่าง ๆ เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น และถั่วเมล็ดแห้ง ปริมาณวิตามินอีอ้างอิงที่ควรได้รับในผู้ใหญ่ เพศชาย 13 มิลลิกรัมต่อวันและเพศหญิง 11 มิลลิกรัมต่อวัน

4.1.4) **วิตามินเค (Vitamin K)** มีหน้าที่เป็นโคเอนไซม์ในการสังเคราะห์ โพรตีนที่ใช้ในกระบวนการแข็งตัวของเลือดและเมแทบอลิซึมของกระดูก มักมีมากในผักใบเขียว เช่น ผักปวยเล้ง ผักสลัด เป็นต้น ปริมาณวิตามินเคอ้างอิงที่ควรได้รับในผู้ใหญ่ เพศชาย 120 ไมโครกรัมต่อ วัน และเพศหญิง 90 ไมโครกรัมต่อวัน

4.2) **วิตามินที่ละลายในน้ำ** ได้แก่ วิตามินบี1 วิตามินบี2 ในอาซิน กรดแพนโทเทนิก วิตามินบี6 โฟเลต วิตามินบี12 ไบโอดิน และวิตามินซี

4.2.1) **วิตามินบี1 (Vitamin B1) หรือ ไธอามีน (Thiamine)** ทำหน้าที่ช่วยในระบบการทำงานของระบบหัวใจ ระบบหมุนเวียนโลหิต ระบบประสาท ช่วยกระบวนการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย ร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์ได้เอง จำเป็นต้องได้รับจากอาหาร แหล่งของวิตามินบี1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ ข้าวซ้อมมือ ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วดำ และงา ปริมาณวิตามินบี1 ที่ควรได้รับประจำวันในวัยผู้ใหญ่ เพศชาย 1.2 มิลลิกรัมต่อวัน และเพศหญิง 1.1 มิลลิกรัมต่อวัน

4.2.2) **วิตามินบี2 (Vitamin B2) หรือ ไรโบฟลาวิน (Riboflavin)** ทำหน้าที่ในขบวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน อาหารที่มีวิตามินบี2 สูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ ไข่ นม โดยผู้ใหญ่เพศชายควรได้รับ 1.3 มิลลิกรัมต่อวัน และผู้ใหญ่เพศหญิงควรได้รับ 1.1 มิลลิกรัมต่อวัน

4.2.3) **ไนอะซิน (Niacin)** มีหน้าที่ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต ระบบย่อยอาหารทำงานอย่างปกติ และบำรุงผิวหนัง ไนอะซินพบมากใน ตับสัตว์ เนื้อสัตว์ มันฝรั่ง ถั่วลิสง โดยผู้ใหญ่เพศชายควรได้รับ 16 มิลลิกรัมต่อวัน และผู้ใหญ่เพศหญิงควรได้รับ 14 มิลลิกรัมต่อวัน

4.2.4) **กรดแพนโทเทนิก (Panthothenic Acid)** ทำหน้าที่สังเคราะห์กรดไขมัน คอเลสเตอรอล สารสื่อประสาท และฮอร์โมน พบอยู่ในอาหารทั่วไป แต่ที่พบในปริมาณสูง ได้แก่ กลุ่มธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง ไข่ เนื้อสัตว์ เห็ด อะโวคาโด ปริมาณที่ควรได้รับ 5 มิลลิกรัมต่อวัน

4.2.5) **วิตามินบี6 หรือ ไพริดอกซีน (Pyridoxine)** มีความสำคัญในกระบวนการเผาผลาญของโปรตีน ความต้องการวิตามินบี 6 ของร่างกายสัมพันธ์กับปริมาณโปรตีนที่ทาน โดยผู้ใหญ่เพศชายควรได้รับ 1.3 - 1.7 มิลลิกรัมต่อวัน และผู้ใหญ่เพศหญิงควรได้รับ 1.3 - 1.5 มิลลิกรัมต่อวัน

4.2.6) **โฟเลต (Folate)** ทำหน้าที่เป็นโคเอนไซม์ของปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับกรดนิวคลีอิกและกรดอะมิโน แหล่งอาหารที่ดีของโฟเลต ได้แก่ ดอกกะหล่ำ ดอกและใบกุยช่าย มะเขือเทศ ผักตระกูลกะหล่ำ ซึ่งผู้ใหญ่ควรได้รับโฟเลต 300 ไมโครกรัมต่อวัน

4.2.7) วิตามินบี 12 (Vitamin B12) หรือ โควบาลามิน (Cobalamin) มีหน้าที่ช่วยสังเคราะห์ดีเอ็นเอ แหล่งอาหารที่พบ ส่วนใหญ่พบในอาหารที่มาจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ซึ่งผู้ใหญ่ควรได้รับ 300 ไมโครกรัมต่อวัน

4.2.8) ไบโอติน (Biotin) ทำหน้าที่เป็น โคเอนไซม์ที่ช่วยวิตามินบีชนิดอื่น ๆ ในกระบวนการเมแทบอลิซึม แหล่งอาหารที่มีไบโอตินมาก ได้แก่ ไข่แดง ไข่ขาว ถั่ว น้ำมัน ไข่แดง ซึ่งผู้ใหญ่ควรได้รับ 30 ไมโครกรัมต่อวัน

4.2.9) วิตามินซี (Vitamin C) ช่วยต้านสารอนุมูลอิสระ สังเคราะห์คอลลาเจน ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก วิตามินซีพบมากในผักผลไม้ เช่น ฝรั่ง มะขามป้อม มะขามเทศ พริกหวาน ผักคะน้า เป็นต้น ในผู้ใหญ่เพศชายต้องการวิตามินซี 100 มิลลิกรัมต่อวัน และผู้หญิง 85 มิลลิกรัมต่อวัน

5) **เกลือแร่ (Mineral)** มีความสำคัญเช่นเดียวกับวิตามิน ช่วยรักษาสมดุลของร่างกาย และเป็นส่วนประกอบของโครงสร้างต่าง ๆ ในร่างกาย ผู้ใหญ่จึงควรบริโภคอาหารที่ให้เกลือแร่ในปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งเกลือแร่ที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

5.1) **แคลเซียม (Calcium)** มีหน้าที่หลักช่วยรักษาความแข็งแรงและรูปร่างของกระดูก พบมากในปลาตัวเล็กตัวน้อย เต้าหู้ งา และผักใบเขียว ซึ่งผู้ใหญ่ควรได้รับแคลเซียม 800 – 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน

5.2) **ฟอสฟอรัส (Phosphorus)** มีหน้าที่สำคัญเป็นส่วนประกอบหลักของกระดูก ฟอสเฟต กรดนิวคลีอิก พบมากในน้ำมัน เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่แดง ข้าว ซึ่งผู้ใหญ่ควรได้รับแคลเซียม 700 มิลลิกรัมต่อวัน

5.3) **แมกนีเซียม (Magnesium)** มีหน้าที่ช่วยควบคุมอุณหภูมิ การยืดหดของกล้ามเนื้อ การสังเคราะห์โปรตีน พบมากใน ผักใบเขียว ผลไม้ ถั่วเมล็ดแห้ง ในผู้ใหญ่เพศชายต้องการแมกนีเซียม 300 - 310 มิลลิกรัมต่อวัน และเพศหญิงต้องการแมกนีเซียม 250 - 260 มิลลิกรัมต่อวัน

5.4) **โซเดียม (Sodium)** มีหน้าที่ช่วยรักษาสมดุลของแรงดันออสโมติกและการกระจายตัวของของเหลวในร่างกาย โซเดียมพบในอาหารเกือบทุกชนิด โดยเฉพาะเครื่องปรุงรสต่าง ๆ จึงควรทานในปริมาณที่เหมาะสม ปริมาณโซเดียมที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน ผู้ใหญ่เพศชาย 475 – 1,475 มิลลิกรัมต่อวัน และผู้ใหญ่เพศหญิง 400 – 1,200 มิลลิกรัมต่อวัน

5.5) โพแทสเซียม (Potassium) มีหน้าที่รักษาระดับความเข้มข้นของ ออสโมลาริตีในของเหลวภายในเซลล์และภายนอกเซลล์ โพแทสเซียมพบมากในเนื้อสัตว์ ผักใบเขียว ผลไม้บางชนิดที่มีสีเข้ม เช่น ทูเรียน มะละกอ เป็นต้น ผู้ใหญ่ต้องการ โพแทสเซียมจากอาหาร โดยเพศชายประมาณ 2,525 - 4,200 มิลลิกรัมต่อวัน และเพศหญิง 2,050 - 3,400 มิลลิกรัมต่อวัน

ผู้ป่วยโรคติดสุราควรต้องรับประทานอาหารให้มีความหลากหลายและปริมาณที่ เพียงพอครบทั้ง 5 หมู่ตามปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละวันข้างต้น นอกจากนี้ควรเน้นเพิ่มการรับประทานวิตามินบี<sub>1</sub> มากขึ้น โดยสามารถรับประทานวิตามินบี<sub>1</sub> ใน รูปแบบยาเม็ดและแหล่งของวิตามินบี<sub>1</sub> ในอาหารได้แก่ เนื้อสัตว์ ข้าวซ้อมมือ ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วดำ และงา เพื่อป้องกันภาวะ Wernicke-Korsakoff Syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของสมองได้รับบาดเจ็บ เยียบพลันเนื่องจากขาดวิตามินบี<sub>1</sub> ที่มักพบในผู้ป่วยโรคติดสุรา (สุนทร ศรีโกไสย, 2556)

## 2.2.5 การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการ เป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อระบุหรือค้นหาปัญหาโภชนาการ และสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลจากความสัมพันธ์เชื่อมโยง ระหว่างปัจจัยภายในร่างกาย ปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่เกี่ยวข้องกับอาหารที่บริโภค และการใช้ ประโยชน์ของสารอาหารต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งการประเมินภาวะโภชนาการจะใช้ข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การวัดสัดส่วนร่างกายของผู้ป่วย (Anthropometry Assessment) เป็นการ ประเมินภาวะโภชนาการ โดยอาศัยการวัดขนาดรูปร่างส่วนประกอบของร่างกายซึ่งเปลี่ยนแปลงตาม ภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว นิยมใช้แพร่หลาย เครื่องมือราคาไม่แพง แต่ผู้วัด ต้องได้รับการฝึกฝนเทคนิคการวัดให้ถูกต้อง คาดเคลื่อนจากค่าจริงน้อยที่สุด

1.1) น้ำหนักตัว เป็นการชั่งน้ำหนักร่างกายที่ประกอบด้วย ส่วนที่เป็นไขมัน และส่วนที่ไม่ใช่ไขมัน คือ ของเหลว กระดูก กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และอวัยวะภายใน เป็นวิธีที่ ง่ายในการวัดและประเมินผล โดยอุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับการชั่งน้ำหนัก ผู้ใหญ่ คือ เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลหรือสปริงที่มีความละเอียดของเครื่องชั่งน้ำหนัก 0.1 กิโลกรัม หรือ 100 กรัม (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และอุไรพร จิตต์แจ้ง, 2555) ในการชั่งให้ได้ค่าใกล้เคียงความเป็น จริงที่สุด คือควรชั่งในช่วงเช้าก่อนรับประทานอาหารเช้า และต้องมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของ เครื่องชั่งน้ำหนัก รวมทั้งการวางเครื่องชั่งน้ำหนัก ควรวางบนพื้นเรียบและมีแสงสว่างเพียงพอสำหรับการอ่านตัวเลข

1.2) การวัดส่วนสูง เป็นการวัดความยาวรวมของร่างกายซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ขนาดโครงร่างของร่างกายได้ โดยส่วนสูงของร่างกายประกอบด้วย ความยาวขา กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง และกะโหลกศีรษะรวมกัน เครื่องวัดส่วนสูงที่เหมาะสมสำหรับวัดส่วนสูงผู้ใหญ่ ควรเป็นเครื่องวัดส่วนสูงที่ทำจากวัสดุแข็งแรง เช่น ไม้ หรืออลูมิเนียม หรือกระดาษพื้นผิวไม่ลื่นโป่งมีความละเอียด 0.1 เซนติเมตร สามารถวางทาบกับผนังหรือเสาให้ตั้งฉากกับพื้นได้ มีความแข็งแรง ไม่โยกเยก และควรมีไม้ฉากสำหรับวัดค่าส่วนสูง (ถัดดา เหมาะสุวรรณ และอุไรพร จิตต์แจ้ง, 2555)

1.3) เส้นรอบเอว การวัดเส้นรอบเอวต้องวัดด้วยสายวัดมาตรฐาน โดยวัดรอบเอวระดับตำแหน่งกึ่งกลางของข้างเอวระหว่างขอบล่างของซี่โครงล่างกับขอบบนของแนวสันกระดูกเชิงกราน ให้สายรอบเอวแนบรอบเอว และอยู่ในแนวขนานกับพื้น (พิชญา บุญชยาอนันต์ และยงเกษม วรเศรษฐการกิจ, 2558) การวัดเส้นรอบเอวที่ให้ผลเชื่อถือได้ควรวัดในช่วงเช้าขณะยังไม่ได้รับประทานอาหารเช้า และตำแหน่งที่วัดไม่ควรมีเสื้อผ้าปิดหรือควรสวมใส่เสื้อผ้าเนื้อบางแทน โดยเส้นรอบเอวในผู้ใหญ่เพศชายไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร และเพศหญิงไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร

1.4) ดัชนีมวลกาย เป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะของแต่ละบุคคลว่าอ้วน น้ำหนักเกิน น้ำหนักน้อย และน้ำหนักปกติ แต่ไม่สามารถบอกถึงองค์ประกอบภายในร่างกายของแต่ละบุคคลได้ โดยคำนวณหาได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง เมื่อคำนวณมาแล้วจะมีการจัดเกณฑ์แปลความหมายดังนี้ (จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงษ์, 2564)

ระดับ	ค่าดัชนีมวลกาย (นานาชาติ) กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>	ค่าดัชนีมวลกาย (ประชากรเอเชีย) กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>
น้ำหนักตัวต่ำ	< 18.5	< 18.5
น้ำหนักตัวปกติ	18.5 - 24.9	18.5 - 22.9
น้ำหนักเกิน	25.0 - 29.9	23.0 - 24.9
อ้วนระดับ 1	30.0 - 34.9	25.0 - 29.9
อ้วนระดับ 2	35.0 - 39.9	≥ 30
อ้วนระดับ 3	≥ 40.0	-



2) **การประเมินทางชีวเคมี (Biochemistry Assessment)** เป็นวิธีการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือทดสอบหน้าที่ทางชีวภาพของสารที่อยู่ในเลือด ปัสสาวะ หรือเนื้อเยื่อต่าง ๆ แล้วนำไปเปรียบเทียบกับค่าปกติ ซึ่งสามารถบอกถึงภาวะโภชนาการได้โดยตรง การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยประเมินภาวะโภชนาการให้เราทราบว่าร่างกายเริ่มมีการขาดสารอาหารก่อนที่จะมีอาการปรากฏให้เห็น ตัวอย่างของการประเมินทางชีวเคมี เช่น การประเมินโปรตีนในเลือด การประเมินอัตราการทำลายโปรตีนโดยใช้ Urinary Urea Nitrogen การประเมินปริมาณโปรตีนที่รับประทานโดยใช้ BUN การประเมินภาวะวิตามินและเกลือแร่ เป็นต้น

3) **การประเมินอาการทางคลินิก (Clinical Assessment)** เป็นการประเมินภาวะโภชนาการโดยการตรวจร่างกายดูความผิดปกติ หรือการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกาย ซึ่งต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการประเมิน อาการที่แสดงออกที่เกิดขึ้นจากการขาดสารอาหาร เช่น การตรวจพบภาวะซีดบริเวณเล็บมือ เหงือก หรือผิวหนังได้ตา อาจเป็นอาการแสดงจากภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก การตรวจพบผมแห้ง ร่วงง่าย กล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง อาจเป็นอาการแสดงของการขาดโปรตีน แต่การตรวจด้วยวิธีนี้มีข้อจำกัดเรื่องความไวในการบ่งชี้ภาวะโภชนาการ และอาการแสดงอาจจะแสดงไม่ชัดว่าขาดสารอาหารชนิดใด (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และอุไรพร จิตต์แจ้ง, 2555)

4) **การประเมินจากอาหารที่บริโภค (Dietary Assessment)** เป็นการประเมินรายละเอียดการบริโภคอาหารในแต่ละวัน โดยประเมินถึงปริมาณของอาหารชนิดต่าง ๆ ที่ร่างกายบริโภค และปริมาณดังกล่าวเมื่อนำมาเทียบกับค่าปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันจะบ่งบอกได้ว่าร่างกายได้รับสารอาหารทั้งปริมาณและคุณภาพไปตามเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ ซึ่งความแม่นยำของผลที่ได้รับจากการประเมินจากอาหารที่บริโภคขึ้นกับการออกแบบแบบสอบถามตลอดจนความจำและการรู้คิดของผู้ตอบเป็นหลัก (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และอุไรพร จิตต์แจ้ง, 2555) เครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ การจดบันทึกการบริโภคอาหาร 3 วัน (3-Day Dietary Record) การซักประวัติการรับประทานอาหารย้อนหลัง 3 วัน (3-Day Dietary Recall) การสอบถามความถี่ในการบริโภคอาหาร (Food Frequency Questionnaire : FFQ) ประวัติการรับประทานอาหาร (Food History) เช่น การแพ้อาหาร ศาสนา ความชอบ และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เป็นต้น

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ทำการประเมินภาวะโภชนาการโดยวิธีการวัดสัดส่วนร่างกาย (Anthropometry Assessment) ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และหาดัชนีมวลกาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับแบบประเมินภาวะโภชนาการ

## 2.2.6 เครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมิน

การประเมินภาวะโภชนาการด้วยการใช้แบบประเมิน ในประเทศไทยมีแบบประเมินภาวะโภชนาการที่เป็นเครื่องมือมาตรฐานแนะนำโดยสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการ มี 2 แบบประเมิน (ครุณี วัลย์วโรดมวิจิตร และคณะ, 2562) ได้แก่ Nutrition Triage 2013 (NT2013) และ Nutrition Alert Form (NAF)

1) **Nutrition Triage 2013 (NT2013)** เป็นแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการพัฒนาโดย น.พ.วิบูลย์ ตระกูลสุน และคณะ พัฒนามาจากแบบฟอร์มการประเมินภาวะทุพโภชนาการ BNT (Bhumibol Adulyadej Hospital Nutrition Triage) โดยมีการเรียบเรียงเนื้อหาและปรับเกณฑ์การประเมินให้สอดคล้องกับแบบประเมินนานาชาติ โดยแบ่งระดับภาวะทุพโภชนาการออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ NT-1 (ไม่มีความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการ), NT-2 (มีความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการเล็กน้อย), NT-3 (มีความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการปานกลาง) และ NT-4 (มีความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการ)

2) **Nutrition Alert Form (NAF)** เป็นแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการที่พัฒนาโดย ศ.นพ.สุรรัตน์ โคมินทร์ แบบประเมินมีการประเมิน 8 หัวข้อใหญ่ โดยแบ่งระดับภาวะทุพโภชนาการออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ NAF-A (Normal-Mild Malnutrition) NAF-B (Moderate Malnutrition) และ NAF-C (Severe Malnutrition)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Alert Form ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับการศึกษาและประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง

## 2.2.7 ผลของสุราที่มีต่อภาวะโภชนาการ

1) สุราส่งผลกระทบต่อกระบวนการเมแทบอลิซึมของสารอาหารในร่างกาย กระบวนการเมแทบอลิซึมส่วนใหญ่ของแอลกอฮอล์จะไปรบกวนกระบวนการเมแทบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตและไขมันในร่างกาย (Halsted, 2010) โดยเมแทบอลิซึมของแอลกอฮอล์แบบ Oxidative Metabolism ผ่านวิถีแอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนส จะยับยั้งวัฏจักรเครบส์ และการสลายกรดไขมันให้เป็นพลังงาน (ตรีทิพย์ รัตนวรชัย, 2557) ทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันที่รับประทานเข้าไปได้ แต่ร่างกายจะใช้พลังงานจากการสลายแอลกอฮอล์ที่ให้พลังงานสูง ทำให้รู้สึกอึดและไม่ต้องการสารอาหารอื่น เป็นผลให้เกิดการขาดสารอาหารได้

2) **สูตรรบกวนกระบวนการย่อยและดูดซึมอาหาร** แอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้เกิดการอักเสบของตับอ่อน ทำให้น้ำย่อยโปรติเอสและน้ำย่อยไลเปสที่ผลิตจากตับอ่อนลดลง ส่งผลให้กระบวนการย่อยโปรตีนและไขมันที่อาศัยน้ำย่อยหลักจากตับอ่อนไม่สามารถย่อยและดูดซึมได้สมบูรณ์ (Halsted, 2010) อีกทั้งยังส่งผลต่อการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน นอกจากนี้แอลกอฮอล์มีส่วนใหญ่ร้อยละ 80 - 90 ถูกดูดซึมผ่านลำไส้เล็ก (ตรีทิพย์ รัตนวรชัย, 2557) ซึ่งแอลกอฮอล์จะไปรบกวนระบบการดูดซึมสารอาหารบริเวณลำไส้เล็ก ส่งผลทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

3) **สูตรส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลง** ผู้ป่วยโรคตับอ่อนมักจะดื่มสุราเป็นประจำ ไม่คำนึงถึงสุขภาพ ละเลยการดูแลตนเอง ตลอดจนมีพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม ทั้งความชอบ ชนิด ปริมาณ และความถี่ในการรับประทานอาหาร สอดคล้องกับการสัมภาษณ์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคตับอ่อนในภาคเหนือที่พบว่าวิถีชีวิตก่อนติดสุรามักเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (हरस्था เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมิ์สุวิวัฒน์, และนิภา ณีสกุล, 2555) แต่หลังติดสุราจะไม่สนใจตนเอง สุขภาพ และเรื่องอาหาร นอกจากนี้เอทานอลในสุราให้พลังงานประมาณ 7.1 กิโลแคลอรีต่อกรัม หรือ 29 กิโลจูลต่อกรัม (ตรีทิพย์ รัตนวรชัย, 2557) จึงทำให้ไม่หิว รับประทานอาหารลดลง บางครั้งก็ไม่สามารถรับประทานอาหารครบ 3 มื้อและครบทั้ง 5 หมู่ต่อวัน ส่งผลให้พลังงานที่ได้รับต่อวันอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากได้รับปริมาณสารอาหารไม่เหมาะสมกับภาวะร่างกาย

ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี หรือภาวะทุพโภชนาการ ในผู้ป่วยโรคตับอ่อน อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม หรืออาจเกิดจากปัญหาการดูดซึม ซึ่งปัญหาการดูดซึมนั้นเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เนื่องมาจากกระบวนการเมแทบอลิซึมของเอทานอลในสุรา ส่วนพฤติกรรมบริโภคเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรง และสามารถส่งเสริมปรับเปลี่ยนได้ ผู้วิจัยจึงเลือกพฤติกรรมบริโภคมาศึกษาและหาความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในการศึกษาครั้งนี้

## 2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

### 2.3.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่ามีผู้ที่นิยามความหมายไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะหรือวิธีการรับประทานอาหารที่เกิดจากความรู้อย่างเข้าใจในการเลือกซื้ออาหาร ค่านิยม วัฒนธรรม และการได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2550)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร โดยครอบคลุมถึงชนิดของอาหาร และการกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน (ดวงตา สุวรรณรัตน์, และไหมไทย ศรีแก้ว, 2552)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในด้านการรับประทาน การเลือกซื้อที่กระทำหรือแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึกจนเกิดเป็นนิสัย (ดวงพร โฆษินทร์เดชา, 2554)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่บุคคลกระทำเป็นประจำซึ่งอาจแสดงออกทั้งทางด้านการกระทำ เช่น การเลือกชนิดอาหาร การปรุงรส การจัดเตรียมอาหาร การบริโภค สุนัขนิสัยในการบริโภค และทางด้านความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ ต่อการบริโภคอาหาร โดยกระทำด้วยความเต็มใจ และไม่ขัดกับความรู้อย่างลึกซึ้ง (สว่างจิต คงภิบาล, 2558)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติในการรับประทานอาหารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่มีความเชื่อเข้ามาเกี่ยวข้องตามบทบาทของสังคมและวัฒนธรรม โดยมีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการกระทำเกี่ยวกับอาหาร (ปนนดา จันทร์สุกรี และวศิน แก้วชาญคำ, 2561)

จากความหมายข้างต้นพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จึงหมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับอาหาร แบบแผนในการบริโภคอาหารหรือการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร เช่น การเลือกบริโภคอาหาร ชนิดอาหารที่รับประทาน การเลือกซื้อ การปรุงประกอบ

### 2.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคมีอยู่หลายด้าน ซึ่งมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งสิ้น (เกศศิริ ปันธุระ, 2550) ได้กำหนดไว้โดยสังเขปดังนี้

1) **ปัจจัยด้านกายภาพ** เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมของชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลผลิตทางการเกษตร ส่งผลต่อการมีอาหารสำหรับบริโภคในชุมชน ได้แก่ สภาพภูมิอากาศ สภาพภูมิศาสตร์ อุณหภูมิ ความอุดมสมบูรณ์ หรือความแห้งแล้งของแผ่นดิน เป็นต้น ตลอดจนความสะดวกในการคมนาคมติดต่อกับชุมชนอื่น ๆ

#### 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

2.1) **ราคาอาหาร** เนื่องจากระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย เป็นระบบแบบการค้าเสรี จึงมีสินค้าที่เป็นประเภทอาหารจำนวนมาก ซึ่งแหล่งที่มีอาหารมากหรือแหล่งที่ผลิตได้มาก ราคาอาหารจะถูกกว่าแหล่งที่มีอาหารน้อยหรือแหล่งที่ผลิตอาหารได้น้อย การที่อยู่ใกล้แหล่งผู้ผลิตอาหารมีโอกาสได้บริโภคอาหารที่ราคาถูกกว่า และมีคุณค่าดีเนื่องจากอาหารสดใหม่

2.2) **ความเจริญก้าวหน้าทางการผลิต และการสื่อสาร** ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการผลิตอาหาร ทั้งในด้านการผลิตทางเกษตรกรรม การเก็บรักษา การแปรรูปอาหาร ทำให้เกิดผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ตลอดจนมีการบรรจุวัสดุและรูปแบบต่าง ๆ ที่ล่อตาล่อใจ และอำนวยความสะดวก ทำให้เป็นที่นิยมในการบริโภค

2.3) **สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว** รายได้มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอย่างมาก รายได้ของครอบครัวเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ที่มีรายได้สูงจะสนใจและเลือกซื้ออาหารที่มีราคาแพงมาบริโภค ซึ่งสามารถเลือกซื้ออาหารได้ทั้งชนิดและปริมาณอาหารที่หลากหลาย

#### 3) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

3.1) **การศึกษา** การศึกษามีความสำคัญอย่างมากต่อการรับประทานอาหาร หากตนเองหรือผู้ดูแลเรื่องอาหาร มีการศึกษาที่ดีมีความรู้ในเรื่องการรับประทานอย่างถูกต้อง จะทำให้สามารถเลือกอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อร่างกายและประกอบอาหารอย่างสงวนคุณค่าทางโภชนาการ

**3.2) อาชีพ** ความต้องการอาหารของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ลักษณะอาชีพ และชนิดของงานที่ทำก็เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อลักษณะหรือประเภทของการรับประทานอาหาร

**3.3) ขนาดของครอบครัว** จำนวนของคนที่อยู่อาศัยอยู่ในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อปริมาณและคุณภาพอาหารในครอบครัวด้วย กล่าวคือ จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายด้านอาหารที่มากขึ้นตามจำนวนสมาชิก ในขณะที่รายได้คงที่ ทำให้ต้องควบคุมหรือลดค่าใช้จ่ายด้านอาหารลง อาหารที่รับประทานก็จะจะเป็นอาหารที่มีราคาถูกลงและด้อยคุณภาพ

**3.4) สภาพจิตใจและอารมณ์** การบริโภคอาหารจะมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ของแต่ละบุคคล การที่บุคคลจะรับประทานอาหารชนิดใดหรือแบบแผนการรับประทานอาหารอย่างไรขึ้นอยู่กับวิธีการอบรมสั่งสอนของแม่หรือผู้ดูแลมาตั้งแต่เด็ก ซึ่งอาการหรืออารมณ์ของผู้ที่ป้อนอาหารจะมีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารของเด็ก เป็นผลทำให้เกิดความชอบหรือไม่ชอบอาหารบางชนิดจนกระทั่งเติบโต

**3.5) การเปลี่ยนแปลงสภาพของสังคมไทย** มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง ทำให้เกิดมลพิษด้านต่าง ๆ มากขึ้น ส่งผลต่อความสมดุลของธรรมชาติและระบบนิเวศน์ ทำให้อาหารที่มีอยู่ตามธรรมชาติลดน้อยลงไป หรือไม่เหมาะสมที่จะนำมาบริโภค และทำให้วิถีชีวิตของคนชนบทเปลี่ยนแปลงไปจากการขยายตัวของสังคมเมือง ทำให้สังคมชนบทเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบการบริโภคตามสังคมเมือง มีการซื้ออาหารมาบริโภคมากขึ้น พึ่งพาการตลาดมากขึ้น นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป จากครัวเรือนครอบครัวขยายสู่ครัวเรือนครอบครัวเดี่ยว หรือครัวเรือนที่ไม่มีครอบครัวและญาติมากขึ้น ทำให้มีโอกาสเลือกซื้อหรือทำอาหารเองมากขึ้นตามความรู้สึกรพอใจ จะก่อเกิดการยอมรับอาหารและนำอาหารนั้นมาบริโภคเป็นประจำ

**3.6) วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อและค่านิยม** สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการเลือกซื้อชนิดอาหาร การจัดอาหาร หรือรูปแบบการรับประทาน ความเชื่อบางอย่างมีกฎเกณฑ์จะต้องเป็นแบบนี้แบบนั้น เป็นกฎเกณฑ์ของสังคมที่ถือปฏิบัติสืบทอดกันมาจนกลายเป็นข้อห้าม

**3.7) การสนับสนุนทางสังคม** ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีผู้ดูแลและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีคนดูแลจะพฤติกรรมการบริโภคอาหารถูกต้องมากกว่าไม่มีคนดูแล (ศศิธร ชำนาญผล, 2542)

4) **ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ ความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น โรคระบบทางเดินอาหารที่เกี่ยวกับการผลิตน้ำย่อยลดลง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ได้ ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยาก ทานอาหารที่ย่อยง่าย ๆ ทำให้นิสัยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปได้

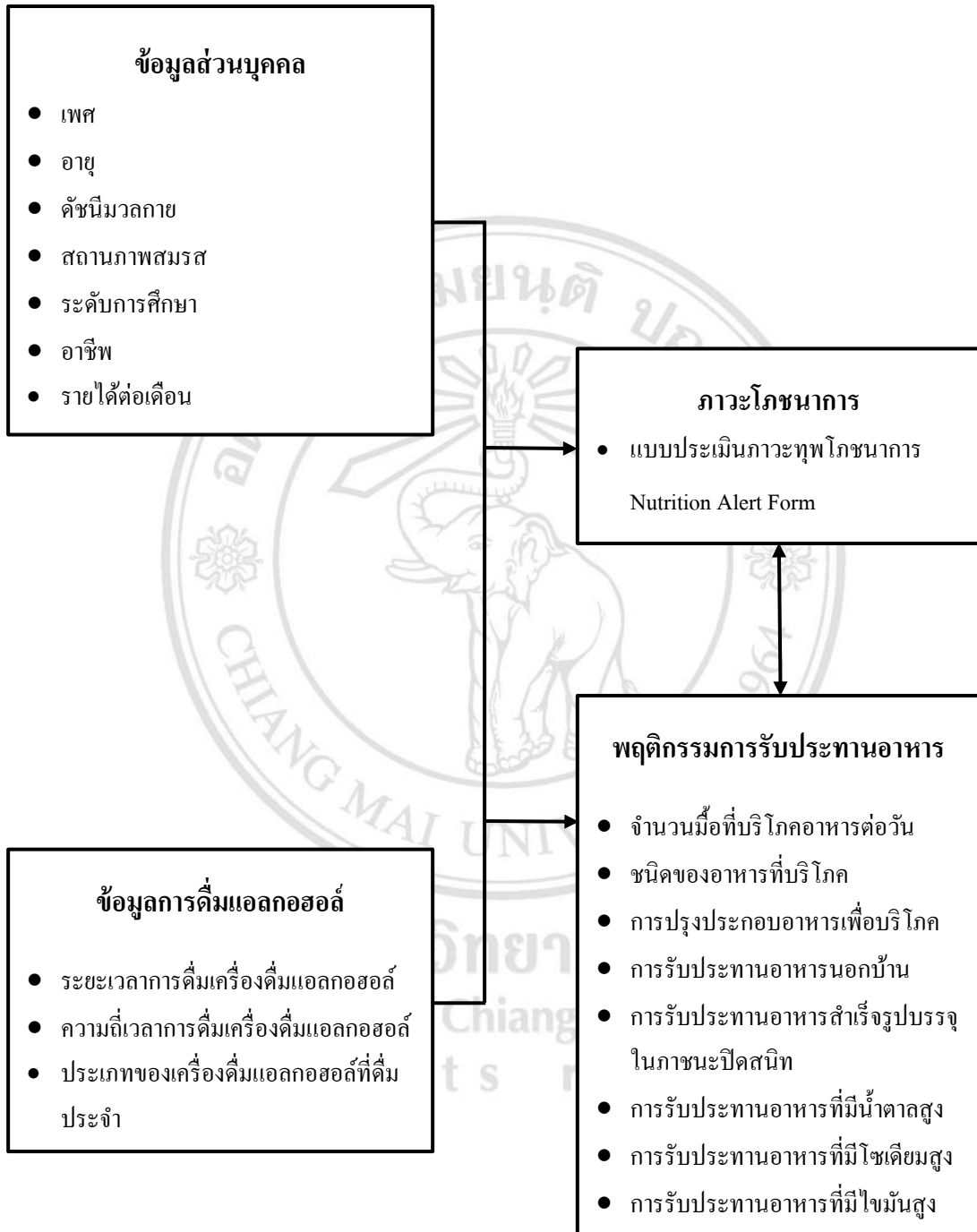
5) **ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ นโยบายหรือมาตรการต่าง ๆ ของรัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐ ที่มีผลต่อการควบคุมการบริโภคอาหาร

จากข้างต้น จะสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ปัจจัยทางด้านกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยที่ตัวบุคคลและปัจจัยเอื้ออื่น ๆ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลต่อมา



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## กรอบแนวคิดในการวิจัย





## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดยาที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 225 ราย ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคติดยา อายุระหว่าง 18 – 60 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 413 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดยาที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดยา
- 2) ไม่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์หรือมีอาการถอนพิษระดับเล็กน้อย ประเมินจากแบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version; CIWA-Ar) มีคะแนน CIWA-Ar น้อยกว่า 8 คะแนน ประเมินโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
- 3) ไม่เป็นโรคที่ส่งผลต่อความต้องการพลังงานของร่างกายหรือภาวะโภชนาการ ได้แก่ ไตเรื้อรัง มะเร็ง หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กระดูกหัก ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และตับเรื้อรัง
- 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- 5) อายุระหว่าง 18 - 60 ปี
- 6) มีความสมัครใจในการร่วมการวิจัย

ไม่มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คำนวณจากสูตรคำนวณสัดส่วนประชากรของ W.G.Cochran (1953)

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คำนวณจากสูตร } n_0 = \frac{z^2 p(1-p)}{e^2}$$

$$\text{และปรับด้วย } n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0-1)}{N}}$$

โดยให้

- n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
- N = ขนาดของประชากร
- Z = ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด โดยกำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (ระดับนัยสำคัญ 0.05)  
Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96
- p = ค่าประมาณของสัดส่วนประชากร (กำหนดให้ p = 0.5)
- e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง  
โดยระดับความเชื่อมั่น 95 % สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

จากสูตรดังกล่าวได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 200 คน หลังจากนั้นปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลเพิ่มอีก 12 % ได้ทั้งสิ้น 224 คน และเพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลของนักวิจัยจึงเก็บข้อมูล 225 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน

ผู้วิจัยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Non – Probability Sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยพยายามเก็บตัวอย่างเท่าที่จะทำได้ตามที่มีอยู่หรือที่ได้รับความร่วมมือ

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแบบประเมินภาวะโภชนาการดังนี้

#### 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และดัชนีมวลกาย ซึ่งดัชนีมวลกาย คำนวณจากน้ำหนักตัว และส่วนสูงที่ได้จากโปรแกรมระบบสารสนเทศโรงพยาบาล โดยเครื่องชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงชนิดแกนเลื่อนอัตโนมัติพร้อมระบบเชื่อมต่อและแสดงผลบนฐานข้อมูลโรงพยาบาล ชื่อทางการค้า INBODY รุ่น BSM370 ซึ่งมีการสอบเทียบและแผนการบำรุงรักษาเป็นประจำ

#### 2) แบบสอบถามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์

แบบสอบถามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นประจำ

#### 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารวัยผู้ใหญ่ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยสุระเดช ไชยตอกเกี้ยว (2561) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ จำนวนมื้อที่บริโภคอาหารต่อวัน ชนิดของอาหารที่บริโภค การปรุงประกอบอาหารเพื่อบริโภค การรับประทานอาหารนอกร้าน การรับประทานอาหารเช้ารูปบรรจุในภาชนะปิดสนิท การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 38 ข้อ โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วย

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติประมาณ 1 – 3 ครั้งใน 1 เดือน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติ 1 – 3 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติ 4 – 6 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยมาก	หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

แบ่งระดับการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับอาหารโดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนของเบสท์ (Best, J.W , 1977) ให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน คะแนนสูงสุด 5 คะแนน การแปลความหมายค่าคะแนนพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ค่าคะแนน 3.67 – 5.00	หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมดี
ค่าคะแนน 2.34 – 3.66	หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมปานกลาง
ค่าคะแนน 1.00 – 2.33	หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

โดยได้รับการตรวจสอบความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้คะแนน 0.89 (สุระเดช ไชยตอกเกี่ย, 2561)

4) แบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form พัฒนาโดย สุรัตน์ โคมินทร์และคณะ (2556) โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะโภชนาการ Subjective Global Assessment (SGA) ผ่านการทดสอบ Receiver Operating Characteristic Curve และสัมประสิทธิ์แคปปา 0.57 (Komindrg, Tangsermwong, and Janepanish, 2013) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่แนะนำสำหรับการประเมินภาวะโภชนาการจากแนวทางเวชปฏิบัติคำแนะนำการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่นอนโรงพยาบาล พ.ศ.2560 สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย โดยใช้ในการประเมินจากข้อมูลด้านโภชนาการของผู้ป่วยทั้งสิ้น 8 หัวข้อ โดยมีคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับตามระดับความรุนแรงภาวะทุพโภชนาการ

0 – 5 คะแนน (NAF =A) : Normal-Mild Malnutrition

6 – 10 คะแนน (NAF =B) : Moderate Malnutrition

≥ 11 คะแนน (NAF = C) : Severe Malnutrition

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University  
All rights reserved

### 3.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงการวิจัยเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งได้ผ่านการพิจารณารับรองตามหนังสือรับรองเลขที่ 6/2565 เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 และทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่ออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อเพื่อแนะนำตัว และประสานงานในการเข้าเก็บข้อมูล ต่อจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแบบตัวต่อตัวโดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัย พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ หลังจากนั้นหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้ลงชื่อในใบยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และแจ้งให้ทราบว่าในระหว่างการให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่พึงจะได้รับ และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะสรุปนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

### 3.4 การรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัยอย่างเป็นทางการ

2) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รักษาผู้ป่วยโรคจิตสุรา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตสุราที่จะเข้าร่วมงานวิจัย

3) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดแบบตัวต่อตัว เพื่อชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์ ความเสี่ยง หรือประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัย และวิธีดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

4) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคจิตสุรา โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยตนเอง และผ่านการประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Alert Form โดยผู้วิจัย

5) ในการเก็บข้อมูลจะสิ้นสุดลงเมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

6) นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนข้อมูลภาวะโภชนาการและคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สถิติ T-test และ Analysis of Variance (ANOVA)
- 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและคะแนนภาวะโภชนาการ โดยนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบการแจกแจง พบว่าการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงได้ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) ในการหาความสัมพันธ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ (Burns & Grove, 2009) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

$r = 1$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r = 0.70 - 0.99$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r = 0.30 - 0.69$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r = 0.01 - 0.29$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายถึง	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะ โภชนาการในผู้ป่วยโรคไตสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 225 ราย ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยจึงขอแนะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการบรรยายประกอบตารางแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 4 ภาวะโภชนาการ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved



## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 90.2 มีอายุเฉลี่ย 42.02 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.39 ปี) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปีถึงร้อยละ 34.2 ด้านดัชนีมวลกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.3 มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 14.2 และมีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 40.5 ซึ่งแบ่งเป็น มีภาวะอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 20.0 รองลงมาคือน้ำหนักเกิน และมีภาวะอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 17.8 และ 2.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสเป็น โสด (ร้อยละ 57.8) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 42.6) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 45.3) มีรายได้ของตนเองต่อเดือน อยู่ในช่วง 10,001 – 15,000 บาท (ร้อยละ 43.6) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=225)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	203	90.2
หญิง	22	9.8
อายุ (ปี) ( $\bar{X}$ =42.02, SD=9.39)		
18 – 30	26	11.6
31 – 40	77	34.2
41 – 50	70	31.1
51 – 60	52	23.1
ดัชนีมวลกาย ( $\bar{X}$ =22.32, SD=3.60)		
BMI < 18.5 กก./ตรม. (น้ำหนักตัวต่ำ)	32	14.2
BMI 18.5 – 22.9 กก./ตรม. (น้ำหนักปกติ)	102	45.3
BMI 23.0 – 24.9 กก./ตรม. (น้ำหนักเกิน)	40	17.8
BMI 25.0 – 29.9 กก./ตรม. (อ้วนระดับ 1)	45	20.0
BMI $\geq$ 30 กก./ตรม. (อ้วนระดับ 2)	6	2.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	130	57.8
สมรส	85	37.8
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	10	4.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	2.2
ประถมศึกษา	22	9.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	96	42.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	60	26.7
อนุปริญญา/ปวส.	27	12.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	15	6.7
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	102	45.3
เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน/เลี้ยงสัตว์)	53	23.6
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/อาชีพอิสระ	24	10.7
ข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	21	9.3
พนักงานเอกชน	15	6.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	4.4
รายได้ของตนเองต่อเดือน (บาท)		
< 5,000	11	4.9
5,001 – 10,000	52	23.1
10,001 – 15,000	98	43.6
15,001 – 20,000	41	18.2
20,001 – 25,000	13	5.8
> 25,000	10	4.4

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในช่วง 5 - 10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 44.9) ส่วนความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ดื่มเกือบทุกวัน (ความถี่ 5 - 6 วัน/สัปดาห์) มากที่สุดร้อยละ 56.9 รองลงมาเป็นดื่มทุกวัน (ความถี่ 7 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 32.0 โดยประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่กลุ่มตัวอย่างดื่มเป็นประจำมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สุราขาว/สุรากลั่น สุราสี/สุราแดง และสุราพื้นบ้าน โดยมีจำนวนร้อยละ 61.3, 15.6, 12.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ (n=225)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)		
< 5	39	17.3
5 - 10	101	44.9
11 - 15	52	23.1
16 - 20	23	10.2
> 20	10	4.5
ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่มทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์)	72	32.0
ดื่มเกือบทุกวัน (5 - 6 วัน/สัปดาห์)	128	56.9
ดื่มวันเว้นวัน (3 - 4 วัน/สัปดาห์)	24	10.7
ดื่มทุกสัปดาห์ (1 - 2 วัน/สัปดาห์)	1	0.4
ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นประจำ		
สุราขาว/สุรากลั่น	138	61.3
สุราสี/สุราแดง	35	15.6
สุราพื้นบ้าน	29	12.9
เบียร์	20	8.9
ไวน์องุ่น/แชมเปญ/ไวน์ผลไม้	3	1.3

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารประกอบด้วยข้อคำถามด้านจำนวนมื้ออาหารที่บริโภคอาหารต่อวัน ชนิดของอาหารที่บริโภค การปรุงประกอบอาหารเพื่อบริโภค การรับประทานอาหารนอกบ้าน การรับประทานอาหารเช้ารูปบรรจุในภาชนะปิดสนิท การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแยกรายด้าน มีรายละเอียดดังนี้และแสดงในตารางที่ 3

1) จำนวนมื้อที่บริโภคอาหารต่อวัน กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 44.0 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 21.3 รับประทานอาหารเช้าทุกวัน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 51.6 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 16.4 และรับประทานอาหารเช้าตรงเวลา ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 38.7 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 20.4

2) ชนิดของอาหารที่บริโภค กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ทุกวัน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 41.3 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 17.8 รับประทานอาหารเช้าชนิดเดิมซ้ำๆ ทุกวัน ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 16.0 บ่อยครั้ง ร้อยละ 37.8 บางครั้ง ร้อยละ 34.2 รับประทานอาหารเช้าทุกๆ คืบๆ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 11.1 บางครั้ง ร้อยละ 30.2 รับประทานอาหารเช้าหมักดอง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 19.6 บางครั้ง ร้อยละ 44.5 รับประทานอาหารเช้ารสเปรี้ยวจัด ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 20.0 บางครั้ง ร้อยละ 38.3 รับประทานอาหารเช้ารสเผ็ดจัด ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 5.3 บ่อยครั้ง ร้อยละ 23.6 รับประทานอาหารเช้ารสเค็มจัด ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 7.5 บ่อยครั้ง ร้อยละ 24.9 รับประทานอาหารเช้ารสหวาน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 12.0 บางครั้ง ร้อยละ 33.3 รับประทานอาหารเช้ามันๆ ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 11.6 บ่อยครั้ง ร้อยละ 28.0 รับประทานผัก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 34.2 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 20.0 รับประทานผลไม้ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 39.6 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 28.9 ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 – 8 แก้ว ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 30.2 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 8.9 ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 0.4 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 54.7 บ่อยครั้ง ร้อยละ 40.9 ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 1.3 บางครั้ง ร้อยละ 12.4

3) การปรุงประกอบอาหารเพื่อบริโภค กลุ่มตัวอย่างนิยมปรุงประกอบอาหารรับประทานเอง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 33.3 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 36.4 ซื้ออาหารปรุงสำเร็จมาไว้รับประทาน ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 11.1 บ่อยครั้ง ร้อยละ 37.8 ปรุงประกอบอาหารโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของ

วัตถุดิบ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 36.0 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 37.8 ประงประกอบอาหารด้วยการผัด ทอด ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 11.1 บ่อยครั้ง ร้อยละ 37.3 ประงประกอบอาหารด้วยวิธีปิ้งย่าง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 35.1 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 36.0

4) การรับประทานอาหารนอกบ้าน กลุ่มตัวอย่างนิยมรับประทานอาหารนอกบ้าน ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 4.9 บ่อยครั้ง ร้อยละ 30.7

5) การรับประทานอาหารสำเร็จรูปบรรจุในภาชนะปิดสนิท กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารสำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูปแทนอาหารปกติ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 23.1 บางครั้ง ร้อยละ 33.8 อ่านฉลากอาหารกระป๋องก่อนบริโภค ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 29.3 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 34.2 รับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปแทนข้าว ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 20.9 บางครั้ง ร้อยละ 33.3 รับประทานอาหารกระป๋อง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 17.3 บางครั้ง ร้อยละ 32.0

6) การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง กลุ่มตัวอย่างปรุงอาหารเพิ่มเติมโดยใช้น้ำตาลก่อนรับประทาน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 17.3 บางครั้ง ร้อยละ 32.4 คั้นเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 9.8 บางครั้ง ร้อยละ 24.4 ปรุงอาหารด้วยน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชาต่อวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 11.1 บางครั้ง ร้อยละ 23.6

7) การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง กลุ่มตัวอย่างปรุงอาหารเพิ่มเติมโดยใช้เครื่องปรุงรสก่อนรับประทานอาหาร ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 7.5 บ่อยครั้ง ร้อยละ 33.3 ประงประกอบอาหารโดยใช้ผงชูรส ผงปรุงรสทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 6.7 บ่อยครั้ง ร้อยละ 30.2 ปรุงอาหารด้วยเกลือมากกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 21.3 บางครั้ง ร้อยละ 30.7

8) การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง กลุ่มตัวอย่างประกอบอาหารเองโดยใช้น้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 28.9 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 35.1 ประกอบอาหารเองโดยใช้น้ำมันมะพร้าว/น้ำมันปาล์ม ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 9.8 บ่อยครั้ง ร้อยละ 37.8 ประกอบอาหารเองโดยใช้น้ำมันจากสัตว์ ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 5.3 บ่อยครั้ง ร้อยละ 16.0 รับประทานอาหารประเภทผัด ทอด ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 20.4 บ่อยครั้ง ร้อยละ 45.8 และรับประทานเนื้อติดมัน ปฏิบัติบ่อยมาก ร้อยละ 8.9 บ่อยครั้ง ร้อยละ 34.2

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารแยกรายด้าน

ที่	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) การปฏิบัติ				
		ปฏิบัติ บ่อย มาก	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
จำนวนมื้ออาหารที่บริโภคอาหารต่อวัน						
1 +	ท่านรับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น	12 (5.3)	65 (28.9)	99 (44.0)	48 (21.3)	1 (0.4)
2 +	ท่านรับประทานอาหารเช้าทุกวัน	8 (3.6)	63 (28.0)	116 (51.6)	37 (16.4)	1 (0.4)
3 +	ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ	9 (4.0)	79 (35.1)	87 (38.7)	46 (20.4)	4 (1.8)
ชนิดของอาหารที่บริโภค						
4 +	ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุก วัน ได้แก่ (หมู่ที่ 1) เนื้อสัตว์ นม ไข่ หรือถั่วเมล็ดแห้ง (หมู่ที่ 2) ข้าว แป้ง น้ำตาล (หมู่ที่ 3) ผัก (หมู่ที่ 4) ผลไม้ (หมู่ที่ 5) ไขมัน	20 (8.9)	71 (31.6)	93 (41.3)	40 (17.8)	1 (0.4)
5 -	ท่านรับประทานอาหารชนิดเดิมซ้ำ ๆ ทุกวัน	36 (16.0)	85 (37.8)	77 (34.2)	27 (12.0)	0 (0.0)
6 -	ท่านรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ	4 (1.8)	25 (11.1)	68 (30.2)	90 (40.0)	38 (16.9)
7 -	ท่านรับประทานอาหารหมักดอง	1 (0.4)	44 (19.6)	100 (44.5)	66 (29.3)	14 (6.2)
8 -	ท่านรับประทานอาหารรสเปรี้ยวจัด	10 (4.4)	45 (20.0)	86 (38.3)	68 (30.2)	16 (7.1)
9 -	ท่านรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด	12 (5.3)	53 (23.6)	80 (35.6)	68 (30.2)	12 (5.3)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ที่	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) การปฏิบัติ				
		ปฏิบัติ บ่อย มาก	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
10 -	ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม	17 (7.5)	56 (24.9)	71 (31.6)	53 (23.6)	28 (12.4)
11 -	ท่านรับประทานอาหารรสหวาน	5 (2.2)	27 (12.0)	75 (33.3)	76 (33.8)	42 (18.7)
12 -	ท่านรับประทานอาหารมันๆ	26 (11.6)	63 (28.0)	65 (28.9)	53 (23.6)	18 (8.0)
13 +	ท่านรับประทานผัก	23 (10.2)	74 (32.9)	77 (34.2)	45 (20.0)	6 (2.7)
14 +	ท่านรับประทานผลไม้	13 (5.8)	46 (20.4)	89 (39.6)	65 (28.9)	12 (5.3)
15 +	ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว	45 (20.0)	91 (40.4)	68 (30.2)	20 (8.9)	1 (0.4)
16 -	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	123 (54.7)	92 (40.9)	10 (4.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
17 -	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ที่มีส่วนผสมของน้ำตาล	2 (0.9)	3 (1.3)	28 (12.4)	96 (42.7)	96 (42.7)
การปรุงประกอบอาหารเพื่อบริโภค						
18 +	ท่านนิยมนึ่งประกอบอาหารรับประทานเอง	7 (3.1)	36 (16.0)	75 (33.3)	82 (36.4)	25 (11.1)
19 -	ท่านซื้ออาหารปรุงสำเร็จมาไว้รับประทาน	25 (11.1)	85 (37.8)	83 (36.9)	29 (12.9)	3 (1.3)
20 +	ท่านปรุงประกอบอาหารโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของวัตถุดิบ	4 (1.8)	31 (13.8)	81 (36.0)	85 (37.8)	24 (10.7)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ที่	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) การปฏิบัติ				
		ปฏิบัติ บ่อย มาก	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
21	ทำนุบำรุงประกอบอาหารด้วยการผัด	25	84	70	40	6
-	ทอด	(11.1)	(37.3)	(31.1)	(17.8)	(2.7)
22	ทำนุบำรุงประกอบอาหารด้วยวิธีปิ้งย่าง	4	34	79	81	27
+		(1.8)	(15.1)	(35.1)	(36.0)	(12.0)
การรับประทานอาหารนอกบ้าน						
23	ทำนุบำรุงรับประทานอาหารนอกบ้าน	11	69	71	56	18
-		(4.9)	(30.7)	(31.6)	(24.9)	(8.0)
การรับประทานอาหารสำเร็จรูปบรรจุในภาชนะปิดสนิท						
24	ทำนุบำรุงรับประทานอาหารสำเร็จรูปหรือ	8	52	76	71	18
-	กึ่งสำเร็จรูปแทนอาหารปกติ	(3.6)	(23.1)	(33.8)	(31.6)	(8.0)
25	ทำนุบำรุงอ่านฉลากอาหารกระป๋องก่อน	6	29	66	77	47
+	บริโภค	(2.7)	(12.9)	(29.3)	(34.2)	(20.9)
26	ทำนุบำรุงประทานขนมปังสำเร็จรูป	7	47	75	76	20
-	แทนข้าว	(3.1)	(20.9)	(33.3)	(33.8)	(8.9)
27	ทำนุบำรุงประทานอาหารกระป๋อง เช่น	4	39	72	85	25
-	ปลากระป๋อง ผัก/ผลไม้กระป๋อง หอย กระป๋อง	(1.8)	(17.3)	(32.0)	(37.8)	(11.1)
การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง						
28	ทำนุบำรุงอาหารเพิ่มเติมโดยใช้น้ำตาล	7	39	73	80	26
-	ก่อนรับประทาน	(3.1)	(17.3)	(32.4)	(35.6)	(11.6)
29	ทำนุบำรุงดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น	4	22	55	88	56
-	น้ำอัดลม น้ำหวาน	(1.8)	(9.8)	(24.4)	(39.1)	(24.9)



ตารางที่ 3 (ต่อ)

ที่	ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ) การปฏิบัติ				
		ปฏิบัติ บ่อย มาก	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
30	ท่านปรุงอาหารด้วยน้ำตาลเกิน 6 ช้อน - ช้อนต่อวัน	0 (0.0)	25 (11.1)	53 (23.6)	80 (35.6)	67 (29.8)
การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง						
31	ท่าน ปรุงอาหารเพิ่มเติมโดยใช้ - เครื่องปรุงรส เช่น ปลา ร้า เกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส ก่อนรับประทานอาหาร ทุกครั้ง	17 (7.5)	75 (33.3)	71 (31.6)	49 (21.8)	13 (5.8)
32	ท่านปรุงประกอบอาหารโดยใช้ผงชูรส - ผงปรุงรส ลงในอาหารทุกครั้ง	15 (6.7)	68 (30.2)	81 (36.0)	50 (22.2)	11 (4.9)
33	ท่านปรุงอาหารด้วยเกลือมากกว่า - 1 ช้อนชาต่อวัน	5 (2.2)	48 (21.3)	69 (30.7)	71 (31.6)	32 (14.2)
การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง						
34	ท่านประกอบอาหารเองโดยใช้น้ำมัน + พืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก	4 (1.8)	17 (7.5)	65 (28.9)	79 (35.1)	60 (26.7)
35	ท่านประกอบอาหารเองโดยใช้น้ำมัน - มะพร้าว/น้ำมันปาล์ม	22 (9.8)	85 (37.8)	67 (29.8)	32 (14.2)	19 (8.4)
36	ท่านประกอบอาหารเองโดยใช้น้ำมัน - จากสัตว์ เช่น น้ำมันไก่ น้ำมันหมู	12 (5.3)	36 (16.0)	66 (29.3)	76 (33.8)	35 (15.6)
37	ท่านรับประทานอาหารประเภทผัด - ทอด	46 (20.4)	103 (45.8)	72 (32.0)	4 (1.8)	0 (0.0)
38	ท่านรับประทานเนื้อติดมัน หมูติดมัน - หนังไก่ เครื่องในสัตว์	20 (8.9)	77 (34.2)	68 (30.2)	41 (18.2)	19 (8.4)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (225 คน) มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (n=225)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมเหมาะสมดี (3.67 – 5.00 คะแนน)	0	0.0
พฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน)	225	100.0
พฤติกรรมไม่เหมาะสม (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0.0

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในภาพรวมทั้งหมด พบว่ามีค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ย 3.07 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 คะแนน) โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ 2.46 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 3.62 คะแนน

สำหรับคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านต่าง ๆ และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในปัจจุบันด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ของตนเองต่อเดือน ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นประจำ ไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านเพศพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมากที่สุด (3.08 คะแนน) ด้านอายุ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละกลุ่ม แตกต่างกันอย่างน้อย 1 กลุ่ม โดยด้านอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 31 - 40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมากที่สุด (3.12 คะแนน) ด้านดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย 23.0 – 24.9 กก./ตรม. (น้ำหนักเกิน) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมากที่สุด (3.16 คะแนน) และด้านระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มที่มีระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5 - 10 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมากที่สุด (3.10 คะแนน) ซึ่งรายละเอียดคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านต่าง ๆ และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ (n=225)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	3.07	0.22	-
เพศ			0.023 <sup>*a</sup>
ชาย	3.08	0.22	
หญิง	2.97	0.20	
อายุ (ปี)			0.042 <sup>*b</sup>
18 – 30	2.98	0.23	
31 – 40	3.12	0.20	
41 – 50	3.06	0.21	
51 – 60	3.06	0.25	
ดัชนีมวลกาย			<0.001 <sup>*b</sup>
BMI < 18.5 กก./ตรม. (น้ำหนักตัวต่ำ)	2.75	0.15	
BMI 18.5 – 22.9 กก./ตรม. (น้ำหนักปกติ)	3.13	0.20	
BMI 23.0 – 24.9 กก./ตรม. (น้ำหนักเกิน)	3.16	0.18	
BMI 25.0 – 29.9 กก./ตรม. (อ้วนระดับ 1)	3.09	0.13	
BMI ≥ 30 กก./ตรม. (อ้วนระดับ 2)	2.96	0.12	
สถานภาพสมรส			0.963 <sup>b</sup>
โสด	3.07	0.22	
สมรส	3.07	0.23	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3.09	0.21	
ระดับการศึกษา			0.780 <sup>b</sup>
ไม่ได้รับการศึกษา	2.93	0.12	
ประถมศึกษา	3.08	0.24	
มัธยมศึกษาตอนต้น	3.08	0.24	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3.06	0.22	
อนุปริญญา/ปวส.	3.06	0.16	
ปริญญาตรีขึ้นไป	3.07	0.24	
อาชีพ			0.366 <sup>b</sup>
รับจ้างทั่วไป	3.07	0.22	
เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน/เลี้ยงสัตว์)	3.08	0.25	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/อาชีพอิสระ	3.09	0.21	
ข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3.13	0.20	
พนักงานเอกชน	2.98	0.20	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.00	0.21	
รายได้ของตนเองต่อเดือน (บาท)			0.796 <sup>b</sup>
< 5,000	2.98	0.20	
5,001 – 10,000	3.06	0.25	
10,001 – 15,000	3.08	0.23	
15,001 – 20,000	3.07	0.19	
20,001 – 25,000	3.06	0.21	
> 25,000	3.12	0.17	
ระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)			<0.001 <sup>*b</sup>
< 5	2.96	0.21	
5 – 10	3.10	0.20	
11 – 15	3.07	0.22	
16 – 20	3.02	0.26	
> 20	2.99	0.26	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
ความถี่ในการคั้มเครื่องคั้มแอลกอฮอล์			0.760 <sup>b</sup>
คั้มทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์)	3.06	0.24	
คั้มเกือบทุกวัน (5 - 6 วัน/สัปดาห์)	3.07	0.22	
คั้มวันเว้นวัน (3 - 4 วัน/สัปดาห์)	3.10	0.15	
คั้มทุกสัปดาห์ (1 - 2 วัน/สัปดาห์)	3.19	-	
ประเภทของเครื่องคั้มแอลกอฮอล์ที่คั้มเป็นประจำ			0.677 <sup>b</sup>
สุราขาว/สุรากลั่น	3.07	0.24	
สุราสี/สุราแดง	3.10	0.20	
สุราพื้นบ้าน	3.02	0.21	
เบียร์	3.10	0.15	
ไวน์องุ่น/แชมเปญ/ไวน์ผลไม้	3.12	0.08	

หมายเหตุ : \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 <sup>a</sup> ทดสอบโดยสถิติ t-test <sup>b</sup> ทดสอบโดยสถิติ ANOVA

#### ส่วนที่ 4 ภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ ได้แก่ คะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการด้วยเครื่องมือแบบประเมิน Nutrition Alert Form (NAF) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.7 ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย และพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการปานกลาง ร้อยละ 13.3 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเกณฑ์แบบประเมิน Nutrition Alert Form : NAF (n=225)

เกณฑ์ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
NAF = A : Normal-Mild Malnutrition (0 – 5 คะแนน)	195	86.7
NAF = B : Moderate Malnutrition (6 – 10 คะแนน)	30	13.3
NAF = C : Severe Malnutrition ( $\geq 11$ คะแนน)	0	0.0

สำหรับคะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านต่าง ๆ และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะทุพโภชนาการในปัจจุบันด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ของตนเองต่อเดือน ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นประจำ ไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านเพศพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการประเมินภาวะทุพโภชนาการในเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะทุพโภชนาการมากกว่าเพศชาย (มีความเสี่ยงทุพโภชนาการมากกว่าเพศชาย) ด้านดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะทุพโภชนาการในแต่ละกลุ่ม แตกต่างกันอย่างน้อย 1 กลุ่ม ซึ่งรายละเอียดคะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านต่าง ๆ และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินภาวะโภชนาการ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ (n=225)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	2.48	2.23	-
เพศ			0.028 <sup>*a</sup>
ชาย	2.32	2.05	
หญิง	3.95	3.21	
อายุ (ปี)			0.400 <sup>b</sup>
18 – 30	3.12	2.60	
31 – 40	2.27	1.98	
41 – 50	2.54	2.30	
51 – 60	2.37	2.32	
ดัชนีมวลกาย			<0.001 <sup>*b</sup>
BMI < 18.5 กก./ตรม. (น้ำหนักตัวต่ำ)	6.88	1.76	
BMI 18.5 – 22.9 กก./ตรม. (น้ำหนักปกติ)	1.75	1.53	
BMI 23.0 – 24.9 กก./ตรม. (น้ำหนักเกิน)	1.18	0.64	
BMI 25.0 – 29.9 กก./ตรม. (อ้วนระดับ 1)	2.07	0.65	
BMI $\geq$ 30 กก./ตรม. (อ้วนระดับ 2)	3.17	0.41	
สถานภาพสมรส			0.936 <sup>b</sup>
โสด	2.43	2.12	
สมรส	2.53	2.40	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2.60	2.46	
ระดับการศึกษา			0.951 <sup>b</sup>
ไม่ได้รับการศึกษา	2.80	1.79	
ประถมศึกษา	2.32	2.34	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.47	2.38	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2.62	2.28	
อนุปริญญา/ปวส.	2.52	1.99	
ปริญญาตรีขึ้นไป	2.00	1.69	
อาชีพ			0.359 <sup>b</sup>
รับจ้างทั่วไป	2.52	2.12	
เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน/เลี้ยงสัตว์)	2.42	2.45	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/อาชีพอิสระ	2.38	2.34	
ข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.67	1.28	
พนักงานเอกชน	3.19	2.54	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.20	2.90	
รายได้ของตนเองต่อเดือน (บาท)			0.414 <sup>b</sup>
< 5,000	3.09	2.77	
5,001 – 10,000	2.46	2.33	
10,001 – 15,000	2.57	2.30	
15,001 – 20,000	2.17	1.94	
20,001 – 25,000	3.08	2.43	
> 25,000	1.40	0.84	
ระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)			0.035 <sup>*b</sup>
< 5	3.18	2.49	
5 – 10	2.04	1.85	
11 – 15	2.85	2.40	
16 – 20	2.13	2.22	
> 20	3.00	3.13	



ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	p-value
ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			0.136 <sup>b</sup>
ดื่มทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์)	2.25	2.14	
ดื่มเกือบทุกวัน (5 - 6 วัน/สัปดาห์)	2.75	2.37	
ดื่มวันเว้นวัน (3 - 4 วัน/สัปดาห์)	1.71	1.52	
ดื่มทุกสัปดาห์ (1 - 2 วัน/สัปดาห์)	2.00	-	
ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นประจำ			0.892 <sup>b</sup>
สุราขาว/สุรากลั่น	2.52	2.35	
สุราสี/สุราแดง	2.20	2.08	
สุราพื้นบ้าน	2.62	2.50	
เบียร์	2.55	1.36	
ไวน์อ่อน/แชมเปญ/ไวน์ผลไม้	1.67	0.58	

หมายเหตุ : \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 <sup>a</sup> ทดสอบโดยสถิติ t-test <sup>b</sup> ทดสอบโดยสถิติ ANOVA

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง มีการกระจายของคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารและคะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) ในการหาความสัมพันธ์

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารและคะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการพบว่าคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-0.745, p<.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารและคะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการ (n=225)

ภาวะโภชนาการ	คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหาร	
	r	p-value
คะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการ	-0.745	<0.001

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 225 คน ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) ในการหาความสัมพันธ์ โดยผลการศึกษารูปได้ดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

##### 5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.2 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 34.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ดัชนีมวลกาย 18.5 - 22.9 กก./ตรม.) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็น โสด ร้อยละ 57.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45.3 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001 - 15,000 บาท

##### 5.1.2 ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประวัติระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5 - 10 ปี ร้อยละ 44.9 โดยส่วนใหญ่มีความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5 - 6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 56.9 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างดื่มสุราขาว/สุรากลั่นเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 61.3

### 5.1.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 225 คน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง มีคะแนนอยู่ในช่วง 2.34 – 3.66 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 3.07 คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 2.46 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 3.62 คะแนน โดยพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลปัจจัยด้านเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ปัจจัยด้านระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มในแต่ละปัจจัย

### 5.1.4 ภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการที่ประเมินด้วยเครื่องมือแบบประเมิน Nutrition Alert Form (NAF) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 195 คน ร้อยละ 86.7 ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย และกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ร้อยละ 13.3 พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการปานกลาง โดยพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลปัจจัยด้านเพศ ดัชนีมวลกาย และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ปัจจัยด้านระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาวะทุพโภชนาการระหว่างกลุ่มในแต่ละปัจจัย

### 5.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและคะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-0.745, p<.05$ )

## 5.2 การอภิปรายผล

### 5.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงทั้งหมด พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ถึงแม้ว่าผู้ที่ติดสุราอาจเกิดพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม ทั้งความชอบ ชนิด ปริมาณ และความถี่ในการรับประทานอาหาร มีปริมาณการรับประทานอาหารลดลง แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงยังอยู่ในระดับที่เหมาะสมปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกรที่ต้องใช้แรงงาน ทำให้จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบถ้วน เพื่อที่จะได้มีกำลังในการประกอบอาชีพ อีกทั้งอาชีพเกษตรกรยังสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย สามารถนำผลผลิตของตนที่ได้จากการเพาะปลูกหรือเลี้ยงสัตว์มาประกอบอาหารรับประทานได้ นอกจากนี้แบบแผนการดำเนินชีวิตก่อนติดสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราในเขตล้านนา มักเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลดี และรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ (हरस्था เศรษฐบุญพา, จารุณี รัศมิ์สุวิวัฒน์, และสกวรัตน์ เทพประสงค์, 2555) ซึ่งทำให้เกิดเป็นนิสัยที่ดีในการเลือกรับประทานอาหาร จะเห็นได้จากการสำรวจพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคติดสุราครั้งนี้ เกือบครึ่งหนึ่งจะรับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ และครบ 5 หมู่เกือบทุกวัน มีการรับประทานอาหารที่หลากหลาย หลีกเลียงอาหารที่มีรสชาติจัด นอกจากนี้ยังมีข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านอายุ โดยกลุ่มอายุ 31 - 40 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมที่สุด รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เท่ากันคือกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี และ 51 - 60 ปี ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมดีว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำที่สุดในการสำรวจ คือกลุ่มอายุ 18 - 30 ปี เนื่องจากในวัยที่มีอายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและรอบคอบในการเลือกรับประทานอาหาร ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักเกิน และน้ำหนักปกติ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมมากที่สุดเป็น 2 อันดับแรก มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมดีว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายอื่น เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้มีน้ำหนักตัวคงที่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดสมดุลพลังงานที่ได้รับและที่ใช้ในงานในแต่ละวัน ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น คะแนนพฤติกรรมจะลดลง อาจเนื่องมาจากระยะเวลาเสพติดแอลกอฮอล์นานขึ้น แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดการทำงานของสมอง ส่งผลต่อสมองทำให้การตัดสินใจไม่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ

## 5.2.2 ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรง

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรงร้อยละ 86.7 ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย และร้อยละ 13.3 มีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรงส่วนใหญ่ยังมีภาวะโภชนาการที่ดี บางส่วนมีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง เนื่องจากภาวะโภชนาการปกติเป็นความสมดุลของความต้องการใช้พลังงานกับการบริโภคอาหาร ซึ่งความต้องการพลังงานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีความต้องการพลังงานเท่ากับบุคคลวัยผู้ใหญ่ทั่วไป ซึ่งในผู้ป่วยโรคติดเชื้อมักมีปริมาณมากในแต่ละวันโดยไม่ทำกิจกรรมและกิจกรรมอื่น ๆ ทำให้มีกิจกรรมทางกายน้อย ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างพบว่าพฤติกรรมด้านจำนวนมื้อของอาหารที่บริโภคในแต่ละวันเกือบครึ่งรับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ และพฤติกรรมการบริโภคด้านสารอาหารที่บริโภคในแต่ละวันพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งรับประทานอาหารครบ 5 หมู่เกือบทุกวัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับพลังงานที่สูงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม และกับแก๊สมันที่มีพลังงานสูง โดยการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ในขณะที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่นิยมดื่มควบคู่กับแก๊สมันที่มีรสชาติเปรี้ยว เค็ม มันและเค็ม เช่น ของขบเคี้ยวประเภทถั่วทอด มันทอด เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ และยำต่าง ๆ ซึ่งมีพลังงานสูง (สิริรัฐ สุกันธา, วิสุทธร จิตอารี, จีรพร ศรีวัฒนากุลกิจ, และสุพัฒน์ ไทวิจักขณ์ชัยกุล, 2550) จึงอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่วนใหญ่รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อและหลากหลายครบทั้ง 5 หมู่ ประกอบกับพลังงานจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกับแก๊สมัน ทำให้เกิดสมดุลของความต้องการพลังงานกับการบริโภคอาหาร นอกจากนี้อาจมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว จึงทำให้ส่วนใหญ่ได้รับพลังงานที่ได้รับสมดุลหรือมากกว่าพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรงส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ อีกส่วนหนึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการปานกลาง อาจมีปัญหาระงับน้ำหนักรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการพลังงาน รวมถึงอาจเกิดจากผลของสารที่ไปรบกวนการย่อยและการดูดซึมอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสวนปรง ได้แก่การศึกษาของวณะ เชมะวิชานรัตน์ (2562) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการและภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสวนปรง พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสวนปรงส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 62.0) โดยการสำรวจร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติอาจมีความแตกต่างกัน เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการแตกต่างกัน

### 5.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงในการศึกษาค้นคว้าพบว่าพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $r=-0.745$ ) เนื่องจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารโดยรวมที่เหมาะสมปานกลาง ซึ่งพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อรูปร่างและมวลของร่างกาย ซึ่งสามารถประเมินได้จากการวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในรูปของน้ำหนัก และส่วนสูง แล้วนำมาหาสัดส่วนของน้ำหนักและส่วนสูงเป็นค่าดัชนีมวลกาย จากการสำรวจพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีพฤติกรรมกรรับประทานอาหารที่ค่อนข้างเหมาะสมทั้งจำนวนมื้อและชนิดอาหารที่บริโภค จึงทำให้มีคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสมปานกลาง ซึ่งพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสมส่งผลต่อข้อคำถามในแบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form (NAF) ในด้านน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายรูปร่างของผู้ป่วย น้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง ลักษณะอาหาร ปริมาณที่รับประทาน ทำให้คะแนนการประเมินภาวะโภชนาการมีคะแนนที่ต่ำ ซึ่งคะแนนการประเมินภาวะโภชนาการด้วยเครื่องมือแบบประเมิน NAF ยิ่งคะแนนต่ำ แสดงว่ามีภาวะทุพโภชนาการที่น้อย หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่ามีภาวะโภชนาการที่ดี จึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมกรบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ณ ประเทศบราซิล ของ Feldman, Balbinotti, Escobar, and Hagen (2021) พบว่าพฤติกรรมกรบริโภคอาหารส่งผลต่อภาวะโภชนาการทั้งดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และการประเมิน Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

### 5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หัวข้อการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารประเภทผัด ทอด โดยใช้น้ำมันจากน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม น้ำมันจากสัตว์ และรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันเป็นประจำ ซึ่งอาจจะเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหาร ดังนั้นควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ และปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อราบางส่วน มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มีน้ำหนักตัวที่น้อยจะส่งผลต่อสุขภาพของตน และความรุนแรงในการถอนพิษสุรา ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีบทบาทในการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา บุคคลรอบข้าง ญาติ ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา

### 5.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การวิจัยในครั้งนี้ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้แบบประเมินที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ในการบริโภคอาหารเท่านั้น ทำให้ได้ข้อมูลไม่ชัดเจนบางครั้งพบว่ามีความถี่การบริโภคที่บ่อยแต่ปริมาณบริโภคที่น้อย หรือมีความถี่การบริโภคที่น้อยแต่ปริมาณมาก ดังนั้นควรศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ครอบคลุมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นชนิดอาหารที่รับประทาน ปริมาณอาหารที่รับประทาน จะทำให้ทราบข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเที่ยงตรงมากกว่านี้

2) การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ซึ่งเป็นการศึกษาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถระบุได้ว่าอะไรเป็นสาเหตุและผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน ควรใช้การศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Descriptive Study) หรือการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) ในการศึกษา

3) การวิจัยในครั้งนี้ มีการศึกษาเพียงปัจจัยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อราเพิ่มเติม



## เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). รายงานการศึกษาเรื่องความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: บิยอนด์พับลิชชิ่ง.
- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2546). พิษภัยของแอลกอฮอล์ สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (เล่มที่ 27). กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. สืบค้นจาก <https://www.saranukromthai.or.th>
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 5). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. *Nutrition assessment*. สืบค้น 1 ตุลาคม 2564, จาก <https://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Nutrition%20assessment.pdf>
- ฐิตินันท์ ดวงจินา, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และณัฐชยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. (2563). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *พยาบาลสาร*, 47(1), 231-241.
- ครุณี วัลย์โรตมวิจิตร, ปรียานุช แยมวงษ์, ประณิธิ หงสประภาส, กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์, จงจิตร อังกะวานิช, วีระ เดชพิศประเสริฐ, ... อุปถัมภ์ สุภสินธุ์. (2562). คำแนะนำการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่นอนโรงพยาบาล พ.ศ. 2560 ตอนที่ 1: การให้อาหารเข้าทางเดินอาหาร(คำแนะนำที่ 1-4). *วารสารโภชนบำบัด*, 27(1), 10-38.
- ดวงดา สุวรรณรัตน์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และไหมไทย ศรีแก้ว. (2552). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 21(2), 122-136.

- ดวงพร โขอินทร์เคษา. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. กรุงเทพฯ.
- ตรีทิพย์ รัตนวรชัย. (2557). พืชแอลกอฮอล์เชิงชีวเคมี. *ธรรมชาติวิทยา*, 14(3), 405-430.
- ทวีพร วิสุทธีมรรค. (2548). *เภสัชวิทยาของยาและสารเสพติด*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ปณันดา จันทรสุกรี และวศิน แก้วชาญคำ. (2561). *รายงานการวิจัยสภาพแวดล้อมทางอาหารภายในมหาวิทยาลัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของนักศึกษาไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม ฉบับที่ 2927 เรื่องกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมสุรากลั่น. (2544, 22 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 118 ตอนที่ 94 ง, หน้า 21.
- ประสิทธิ์ เขจรจิตร, นิภาพร ชูติมันต์ และบังอร กุมพล. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการต่ำของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอภูหินางรายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 168-175.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). *AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: ทานตะวันเปเปอร์.
- พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493. (2493, 6 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 67 ตอนที่ 16, หน้า 346.
- พัชญา บุญชยาอนันต์, และยงเกษม วรเศรษฐการกิจ. (2558). *คู่มือแนวทางการดูแลผู้ที่น้ำหนักเกินและอ้วน*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2553). *คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ*. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2561) *แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. สืบค้น 20 กันยายน 2564, จาก <http://www.royin.go.th/dictionary>

โรงพยาบาลสวนปรุง. (2564). รายงานประจำปี 2564 โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

ลัดดา เหมาะสุวรรณ, และอุไรพร จิตต์แจ้ง. (2555). คู่มือเครื่องชี้วัดทางโภชนาการและโรคที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

วจนะ เขมะวิชานุรัตน์. (2562). ภาวะทุพโภชนาการ และภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง. *จิตเวชวิทยาสาร*, 35(3), 209-220.

วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์. (2541). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร*. นนทบุรี: กรมการแพทย์

ศศิกานต์ ศรีมณี และคณะ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ และพฤติกรรม การถวายภัตตาหารของประชาชน ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสยาม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

ศศิธร ชำนาญผล. (2542). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร จริยาจิรวัดนา, เรียมทอง วิบูลย์ศักดิ์, วรรณภา กางกั้น, ชูชัย ทรงพุฒิ, เฉิดโฉม ศิริผล และลลิตา สุกแสงปัญญา. (2555). การสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ชลบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี*.

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2562). *การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในไทย ประจำปี พ.ศ.2560*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2565). *ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2565*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2565). *แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี. (2558). *แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2547). *คู่มือการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สว่างจิต คงภิลาล. (2558). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2557). *ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2566). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2562). *โทษพิษภัยของสุรา และผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สิริพันธุ์ จุลกรังคะ. (2553). *โภชนศาสตร์เบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สิริรัฐ สุกันธา, วิสุทธร จิตอารี, จีรพร ศรีวัฒนานุกุลกิจ และ สุพัฒน์ ไตวิจักษณ์ชัยกุล. (2550). *การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่*. สืบค้น 12 พฤษภาคม 2566, จาก [https://archive.lib.cmu.ac.th/full/res/2550/tressh510080\\_50\\_full.pdf](https://archive.lib.cmu.ac.th/full/res/2550/tressh510080_50_full.pdf)
- สุกมา แสงเดือนฉาย. (2550). *การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุรา และเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา*. *วารสารสถาบันชัยญารักษ์*, 4(1), 31-48
- สุนทร ศรีโกไสย. (2556). *แนวเวชปฏิบัติการบริหารรักษาผู้ป่วยติดยาสุราสำหรับสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช*. สืบค้น 6 พฤษภาคม 2565, จาก [http://www.suanprung.go.th/reference\\_web/ec/clinical12.pdf](http://www.suanprung.go.th/reference_web/ec/clinical12.pdf)

- สุปราณี แจ่มบำรุง, ลัดดาเหมาะสุวรรณ, เบ็ญจลักษณ์ ผลรัตน์, อุมพร สุทัศน์วรวิฑู, เอมอร อุดมเกษมา  
ลี, นลินี จงวิริยะพันธุ์, ... อาณัติ นิตินธรรมง. (2563). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับ  
ประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: เอ.วี. โปรเกรสซีฟ
- สุระเดช ไชยตอกเกี่ย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 13(45), 68-78.
- หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์ และ นิภา ณีสกุล. (2555). วิธีชีวิตก่อนติดสุราของผู้ป่วยโรค  
ติดสุราในพื้นที่ภาคเหนือ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- อังกูร กัทธากร, ธนุรช ทิพยวงษ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, พัชรี รัตนแสง และวิมล ลักขณาภิชนัชช.  
(2558). แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.  
4th Ed. DSM-IV TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
fifth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blackburn, G., Bistran, B., Maini, B., Schlamm, H., & Smith, M. (1977). Nutritional and metabolic  
assessment of the hospitalized patient. *Journal of Parenteral and Nutrition*, 1(1), 11-21.
- Cochran, W.G. (1953). *Sampling Techniques*. New York : John Wiley & Sons.
- Feldman, J. V., Balbinotti, L., Escobar, M., & Hagen, M. E. K. (2021). Eating habits and nutritional  
status of alcohol users admitted to a hospital unit / Hábitos alimentares e estado nutricional de  
alcoolistas internados em uma unidade hospitalar. *Brazilian Journal of Development*, 7(3),  
31273–31288.
- Halsted, C. (2010). ALCOHOL | Effects of Consumption on Diet and Nutritional Status. In B.  
Caballero (Ed.), *Encyclopedia of Human Nutrition (Second Edition)* (pp. 62-69). n.p.: Elsevier.
- Komindrg S, Tangsermwong T, Janepanish P. (2013). Simplified malnutrition tool for Thai patients.  
*Asia Pacific Journal Clinical Nutrition*. 22(4):516-521.

- Mitchell, M. C., & Herlong, H. F. (1986). Alcohol and nutrition: caloric value, bioenergetics, and relationship to liver damage. *Annual review of nutrition*, 6(1),457-474.
- Oei, T. P., & Burrow, T. (2000). *Alcohol expectancy and drinking refusal self-efficacy: a test of specificity theory*. *Addict Behavior*, 25(4), 499-507.
- Oscar-Berman M, Marinković K. (2007). Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology review*. 17(3), 239-57.
- Santolaria, F., Pérez-Manzano, J. L., Milena, A., González-Reimers, E., Gómez-Rodríguez, M. A., Martínez-Riera, A., ... & de la Vega-Prieto, M. J. (2000). Nutritional assessment in alcoholic patients. Its relationship with alcoholic intake, feeding habits, organic complications and social problems. *Drug and alcohol dependence*, 59(3), 295-304.
- Toffolo, M. C. F., de Aguiar-Nemer, A. S., & da Silva-Fonseca, V. A. (2012). Alcohol: effects on nutritional status, lipid profile and blood pressure. *Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2(6), 205-211.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization.



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง  
 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข  
 ที่อยู่เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลทนายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ รหัสไปรษณีย์ 50100  
 โทรศัพท์ 053 908500 ต่อ 60340

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่หนังสือรับรอง	: เลขที่ 6/2565
ชื่อโครงการ	: พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคจิตเสพยา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่โครงการวิจัย	: SPH.IRB003/2564 SCS_ful
ผู้วิจัยหลัก	: นายณัฐภัทร ม่วงงาม
สังกัดหน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	: -
ประเภทการทบทวน	: การพิจารณาโครงร่างการวิจัยแบบเต็มชุด (Full Board Review)
เอกสารที่รับรอง : เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย	
1. โครงร่างการวิจัย	ฉบับวันที่ 8 พฤษภาคม 2565
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล	ฉบับวันที่ 8 พฤษภาคม 2565
3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับวันที่ 8 พฤษภาคม 2565
4. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย	ฉบับวันที่ 8 พฤษภาคม 2565
วันที่ให้การรับรอง : 20 กรกฎาคม 2565	วันที่หมดอายุการรับรอง : 20 กรกฎาคม 2566
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี	
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง ให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)	
 ลงนาม..... (นายจักริน ปิงคลาศัย) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	 ลงนาม..... (นายกิตติวิ โปธิโน) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)	



## ภาคผนวก ข

# หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



ที่ อว ๘๓๙๓(๒๑).๐๑/ ๐๑๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง  
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตให้นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุระเดช ไชยดอกเก้ง

ด้วย นายณัฐภัทร ม่วงงาม รหัสประจำตัว ๖๓๒๒๓๒๐๑๔ นักศึกษาระดับปริญญาโท แผนการศึกษา แบบ ๓ (การค้นคว้าอิสระ) หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการอนุมัติหัวข้อและโครงร่างปริญญานิพนธ์ หัวข้อเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง : Food Consumption Behaviors and Nutrition Status of Alcohol-Dependent Patients in Suanprung Psychiatric Hospital โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราชกูร์ และอาจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงขออนุญาตให้นักศึกษาดังกล่าวใช้เครื่องมือการวิจัยของท่าน คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ใหญ่ จากรายงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อนักศึกษาจักได้นำเครื่องมือการวิจัยไปประกอบการทำปริญญานิพนธ์ ทั้งนี้ หากท่านมีผลการพิจารณาเป็นประการใดขอความกรุณาแจ้งกลับไปยังคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ที่ phcmu@cmu.ac.th หรือสามารถติดต่อสอบถามนักศึกษาได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓-๕๖๖-๑๑๑๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.สุวัฒน์ จิรียาเลิศศักดิ์)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
โทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๒๕๑๘ โทรสาร ๐-๕๓๙๔-๒๕๒๔  
E-mail : phcmu@cmu.ac.th

## ภาคผนวก ก

### หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล



ที่ อว ๘๓๙๓(๒๑).๐๑/๐๕๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง  
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๖๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตให้นักศึกษาระดับปริญญาโท เก็บข้อมูลการทำวิจัยปริญญานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

ด้วย หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กำหนดให้นักศึกษาคำเนินการจัดทำวิจัยปริญญานิพนธ์ กระบวนวิชา ๖๗๖๗๙๘ (สธ.๗๙๘) การค้นคว้าอิสระ ของนายณัฐภัทร ม่วงงาม รหัสประจำตัว ๖๓๒๒๓๒๐๑๔ นักศึกษาระดับปริญญาโท แบบ ๓ (การค้นคว้าอิสระ) ได้รับการอนุมัติโครงร่างปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง : Food Consumption Behaviors and Nutrition Status of Alcohol-Dependent Patients in Suanprung Psychiatric Hospital”

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงขออนุญาตให้นักศึกษารายดังกล่าวลงพื้นที่เพื่อทำวิจัยปริญญานิพนธ์ในเขตโรงพยาบาลของท่านระหว่างเดือน สิงหาคม - ธันวาคม ๒๕๖๕ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยนักศึกษาได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่หนังสือรับรอง ๖/๒๕๖๕ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.สุวัฒน์ จิรียาเลิศศักดิ์)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
โทรศัพท์ 0-5394-2518 โทรสาร 0-5394-2525  
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : phcmu@cmu.ac.th

## ภาคผนวก ง

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์
3. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร
4. แบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร  
สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริง

1. อายุ ..... ปี
2. น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร
3. เพศ  1) ชาย  2) หญิง
4. สถานภาพ  1) โสด  2) สมรส  3) หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษาสูงสุด  1) ไม่ได้เรียนหนังสือ  
 2) ประถมศึกษา  
 3) มัธยมศึกษาตอนต้น  
 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.  
 5) อนุปริญญา/ปวส.  
 6) ปริญญาตรีขึ้นไป
6. อาชีพหลัก  
 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ  2) เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน/เลี้ยงสัตว์)  
 3) พนักงานเอกชน  4) ข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ  
/พนักงานรัฐวิสาหกิจ  
 5) รับจ้างทั่วไป  6) ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/อาชีพอิสระ  
 7) นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา  8) อื่น ๆ โปรดระบุ .....
7. รายได้ของท่านต่อเดือน  
 1) ไม่เกิน 5,000 บาท  2) 5,001 – 10,000 บาท  
 3) 10,001 – 15,000 บาท  4) 15,001 – 20,000 บาท  
 5) 20,001 – 25,000 บาท  6) 25,001 บาทขึ้นไป

แบบสอบถามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริง

1. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มานานเท่าไร

- 1) น้อยกว่า 5 ปี
- 2) 5 – 10 ปี
- 3) 11 – 15 ปี
- 4) 15 – 20 ปี
- 5) มากกว่า 20 ปี

2. ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนหน้าที่จะมารับการรักษาครั้งนี้

- 1) ดื่มทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์)
- 2) ดื่มเกือบทุกวัน (5 - 6 วัน/สัปดาห์)
- 3) ดื่มวันเว้นวัน (3 - 4 วัน/สัปดาห์)
- 4) ดื่มทุกสัปดาห์ (1 - 2 วัน/สัปดาห์)
- 5) ดื่มทุกเดือน (1 - 3 วัน/เดือน)
- 6) ดื่มนาน ๆ ครั้ง

3. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดใดมากที่สุด

- 1) เบียร์
- 2) ไวน์องุ่น/แชมเปญ/ไวน์ผลไม้
- 3) ไวน์คูลเลอร์
- 4) สุราพื้นบ้าน (เช่น อุ กะแช่ สาโท)/ยาดองเหล้า
- 5) สุราขาว/สุรากลั่น เช่น เหล้าขาว จีน ร่ม เต็กีลา โขจู สาเก
- 6) สุราสี/สุราแดง เช่น วิสกี้ บรั่นดี เชียงซุน
- 7) สุราผสมน้ำผลไม้/เหล้าปั่น/ค็อกเทล
- 8) อื่น ๆ โปรดระบุ .....

**แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร**

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านในช่วง 3 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

<b>ไม่เคยปฏิบัติ</b>	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อความนั้น
<b>ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง</b>	หมายถึง ปฏิบัติประมาณ 1 - 3 ครั้งใน 1 เดือน
<b>ปฏิบัติเป็นบางครั้ง</b>	หมายถึง ปฏิบัติ 1 - 3 ครั้ง/สัปดาห์
<b>ปฏิบัติบ่อยครั้ง</b>	หมายถึง ปฏิบัติ 4 - 6 ครั้ง/สัปดาห์
<b>ปฏิบัติบ่อยมาก</b>	หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

ข้อความพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	บ่อยมาก	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น					
2. รับประทานอาหารเช้าทุกวัน					
3. รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ					
4. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน					
5. รับประทานอาหารชนิดเดิมซ้ำ ๆ ทุกวัน					
.					
.					
.					
.					
.					
38. รับประทานเนื้อติดมัน หมูติดมัน หนังไก่ เครื่องในสัตว์					

# แบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form

## NUTRITION ALERT FORM แบบประเมินภาวะโภชนาการ



เลขที่แบบประเมิน	ชาย หญิง อายุ ปี	วัน/เดือน/ปีที่รับ	
การวินิจฉัยเบื้องต้น	ข้อมูลจาก ผู้ป่วยญาติ อื่นๆ		
ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องโดยเลือกเพียง 1 ช่องในแต่ละหัวข้อใหญ่และหัวข้อย่อย (ยกเว้น 6,8 เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง) และใส่คะแนนในช่อง			
<b>1. ส่วนสูง/ ความยาวตัว/ ความยาวช่วงแขนจากปลายนิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง (Arm span)</b>	คะแนนครั้งที่ 1	คะแนนครั้งที่ 2	คะแนนครั้งที่ 3
วัดส่วนสูง ซม. วัดความยาวตัว ซม. Arm span ซม. ญาติบอก ซม.			
<b>2. น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ม.)<sup>2</sup>)</b>	น้ำหนัก	BMI	BMI
2.1 น้ำหนัก <input type="checkbox"/> ชั่งในท่านอน (1) <input type="checkbox"/> ชั่งในท่านยืน (0) <input type="checkbox"/> ชั่งไม่ได้ (0) <input type="checkbox"/> ญาติบอก (0)			
2.2 BMI <input type="checkbox"/> BMI < 17.0 กก./ม <sup>2</sup> (2) <input type="checkbox"/> BMI 17.0-18.0 กก./ม <sup>2</sup> (1) <input type="checkbox"/> BMI 18.1-29.9 กก./ม <sup>2</sup> (0) <input type="checkbox"/> BMI ≥ 30.0 (1)			
<b>หากไม่ทราบน้ำหนัก ให้ผล Albumin หรือ ผล Total Lymphocyte Count (TLC)</b>	Albumin	Albumin	Albumin
2.1 ผล Albumin <input type="checkbox"/> ≤ 2.5 g/dl (< 25 g/l) (3) <input type="checkbox"/> 2.6-2.9 g/dl (26-29 g/l) (2) <input type="checkbox"/> 3.0-3.5 g/dl (30-35 g/l) (1) <input type="checkbox"/> >3.5 g/dl (35 g/l) (0)			
2.2 ผล TLC <input type="checkbox"/> ≤ 1,000 cells/mm <sup>3</sup> (3) <input type="checkbox"/> 1,201-1,500 cells/mm <sup>3</sup> (1) <input type="checkbox"/> >1,500 cells/mm <sup>3</sup> (0) (TLC = (Total WBC X % Lymphocyte)/ 100) อย่างใดอย่างหนึ่ง			
<b>3. รูปร่างของผู้ป่วย</b>			
<input type="checkbox"/> ผอมมาก (2) <input type="checkbox"/> อ้วนมาก (1) <input type="checkbox"/> ผอม (1) <input type="checkbox"/> ปกติ-อ้วนปานกลาง (0)			
<b>4. น้ำหนักเปลี่ยนใน 4 สัปดาห์</b>			
<input type="checkbox"/> ลดลง/ผอมลง (2) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (0) <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น/อ้วนขึ้น (1) <input type="checkbox"/> คงเดิม (0)			
<b>5. อาหารที่กินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา</b>			
5.1 ลักษณะอาหาร <input type="checkbox"/> อาหารน้ำๆ (2) <input type="checkbox"/> อาหารเหลวๆ (2) <input type="checkbox"/> อาหารนุ่มกว่าปกติ (1) <input type="checkbox"/> อาหารเหมือนปกติ (0)			
5.2 ปริมาณที่กิน <input type="checkbox"/> กินน้อยมาก (2) <input type="checkbox"/> กินมากขึ้น (0) <input type="checkbox"/> กินน้อยลง (1) <input type="checkbox"/> กินเท่ากับปกติ (0)			
<b>6. อาการต่อเนื่อง &gt; 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)</b>			
6.1 ปัญหาทางการเคี้ยว/กลืนอาหาร <input type="checkbox"/> สำลัก (2) <input type="checkbox"/> เคี้ยว/กลืนลำบาก/ได้อาหารทางสายยาง (2) <input type="checkbox"/> กลืนได้ปกติ (0)			
6.2 ปัญหาระบบทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> ท้องเสีย (2) <input type="checkbox"/> ปวดท้อง (2) <input type="checkbox"/> ปกติ (0)			
6.3 ปัญหาระหว่างกินอาหาร <input type="checkbox"/> อาเจียน (2) <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ (2) <input type="checkbox"/> ปกติ (0)			
<b>7. ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร</b>			
<input type="checkbox"/> นอนติดเตียง (2) <input type="checkbox"/> ต้องมีผู้ช่วยบ้าง (1) <input type="checkbox"/> นั่งๆ นอนๆ (0) <input type="checkbox"/> ปกติ (0)			
<b>8. โรคที่เป็นอยู่ โดยต้องแจ้งให้นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบ (เลือกได้มากกว่า 1 ช่อง)</b>			
โรคที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (3 คะแนน)	โรคที่มีความรุนแรงมาก (6 คะแนน)		
<input type="checkbox"/> DM (เบาหวาน) (3) <input type="checkbox"/> CKD-ESRD (ไตเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> Septicemia (ติดเชื้อในกระแสเลือด) (3) <input type="checkbox"/> Solid cancer (มะเร็งทั่วไป) (3) <input type="checkbox"/> Chronic heart failure (หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> Hip fracture (ข้อสะโพกหัก) (3) <input type="checkbox"/> COPD (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> Severe head injury (บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง) (3) <input type="checkbox"/> ≥ 2° of burn (แผลไฟไหม้ระดับ 2 ขึ้นไป) (3) <input type="checkbox"/> CLD/Cirrhosis/Hepati cencaph (ตับเรื้อรัง) (3) <input type="checkbox"/> อื่นๆ* (3)	<input type="checkbox"/> Severe pneumonia (ปอดบวมขั้นรุนแรง) (6) <input type="checkbox"/> Critically ill (ผู้ป่วยวิกฤต) (6) <input type="checkbox"/> Multiple fracture (กระดูกหักหลายตำแหน่ง) (6) <input type="checkbox"/> Stroke/CVA (อัมพาต) (6) <input type="checkbox"/> Malignant hematologic disease/Bone marrow transplant (มะเร็งเม็ดเลือด/ปลูกถ่ายไขกระดูก) (6) <input type="checkbox"/> อื่นๆ* (6)		
*หากไม่ตรงโรคที่มี ให้คะแนนตามความหนักเบา			
วันเดือนปี	วันเดือนปี	วันเดือนปี	
ครั้งที่ 1 คะแนนรวม <b>A B C</b>	ครั้งที่ 2 คะแนนรวม <b>A B C</b>	ครั้งที่ 3 คะแนนรวม <b>A B C</b>	
0-5 คะแนน (NAF = A : Normal-Mild malnutrition) ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ พยาบาลจะทำหน้าที่ประเมินภาวะโภชนาการซ้ำภายใน 7 วัน <b>A</b>	6-10 คะแนน (NAF = B : Moderate malnutrition) กรุณาแจ้งให้แพทย์และนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบผลทันทีพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ให้นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ ทำการประเมินภาวะโภชนาการ และให้แพทย์ทำการดูแลรักษาภายใน 3 วัน <b>B</b>	≥ 11 คะแนน (NAF = C : Severe malnutrition) กรุณาแจ้งให้แพทย์และนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการทราบผลทันทีมีการทุพโภชนาการ ให้นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ ทำการประเมินภาวะโภชนาการ และให้แพทย์ทำการดูแลรักษาภายใน 24 ชั่วโมง <b>C</b>	

Reference : Surat Komindr, et al. Simplified malnutrition tool for Thai patients Asia Pac J Clin Nutr 2013;22(4):516-521

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล นายณัฐภัทร ม่วงงาม

ประวัติการศึกษา ปีการศึกษา 2557 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต  
สาขาวิชาโภชนาการและการกำหนดอาหาร  
คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการทำงาน พ.ศ. 2557 - 2558 ตำแหน่ง นักกำหนดอาหาร  
โรงพยาบาลบางปะกอก 9 อินเตอร์เนชั่นแนล  
พ.ศ. 2558 - 2561 ตำแหน่ง นักกำหนดอาหาร  
โรงพยาบาลพระรามเก้า  
พ.ศ. 2561 - ปัจจุบัน ตำแหน่ง นักโภชนาการปฏิบัติการ  
โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved