

ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคมต่อการเปลี่ยนแปลง ขั้นตอนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ จังหวัดเชียงราย

ฉัตรชฎา สุตาลังกา*** วิลาวัณย์ ไชยอุต*** พลอยไพลิน นามกร*** อ้อมขวัญ ทิมินกุล***
เอกลักษณ์ สิทธิพรวรกุล*** ฤทธิชัย พิมปา*** เกียรติณรงค์ มะโนสุข*** ธวัชชัย อภิเดชกุล*****

บทคัดย่อ

บทนำ : ชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่มีหลายเทศกาลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเริ่มตั้งแต่วัยรุ่น การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงปัญหาครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ จ. เชียงราย

วิธีการวิจัย : การศึกษาเชิงทดลอง ตัวอย่างเป็นชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ เป็นผู้ดื่มสุราไม่น้อยกว่า 6 เดือน อายุ 16-65 ปี จำนวน 65 คน ตัวอย่างได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม 7 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และประเมินการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ระดับความความเสี่ยงการติดแอลกอฮอล์ ประเมินภาวะสุขภาพ และประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบทีคู่

ผลการศึกษา : หลังเข้าร่วมโปรแกรม การเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้น นอกจากนี้ระดับความเสี่ยงการติดแอลกอฮอล์ ความคล่องแคล่วทางภาษาและความจำ ($p<.001$) ความทนทานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ($p<.05$) และคุณภาพชีวิต ($p<.001$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนเข้ารับโปรแกรม

สรุปผล : โปรแกรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์โดยประยุกต์ทฤษฎีปัญญาสังคมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งเสริมภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตในชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ ในการศึกษาต่อไปควรมีการติดตามผลของโปรแกรม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

คำสำคัญ : การดื่มแอลกอฮอล์ ชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ ทฤษฎีปัญญาสังคม

*สำนักวิชาการแพทยบูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

**ศูนย์ความเป็นเลิศการวิจัยสุขภาพชนชาติพันธุ์

***โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

****สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Corresponding author: ฉัตรชฎา สุตาลังกา, E-mail: Chatchada.sut@mfu.ac.th

Effect of social cognitive theory application on the stages of alcohol consumption behavior change, health status and quality of life for The Lahu Hill-Tribe people, Chiang Rai

Chatchada Satalangka^{***} Wilawan Chaiut^{***} Ploypailin Namkorn^{***} Aomkhwan Timinkul^{***}
Ekalak Sittipornvorakul^{***} Ritichai Pimpa^{***} Kiatnarong Manosuk^{***} Tawatchai Apidachkul^{****}

Abstract

Background: Among hill tribe people, there are many festivals related to alcohol consumption, which begins from adolescence. Alcohol consumption affects both physical and mental health and has an impact on the family and society.

Objective: To investigate the effect of applying social cognitive theory on the stages of change, health status, and quality of life of the Lahu Hill Tribe people in Chiang Rai.

Methods: A quasi-experimental study was conducted on a sample of Lahu hill tribe people. A total of 65 individuals aged 16 to 65 years had been alcohol dependent for at least 6 months. The sample group received a program to reduce alcohol consumption by applying social cognitive theory to 7 activities over a 4-week period. They were assessed for the levels of change in alcohol consumption behavior, alcohol consumption levels, health status, and quality of life before and after participation in the program. Descriptive statistics and paired t-test was used to analyze the data.

Results: After participation in the program, the stages of change in alcohol consumption behavior improved. In addition, alcohol consumption, verbal performance, working memory ($p < .001$), cardiopulmonary endurance ($p < .05$), and quality of life ($p < .001$) were significantly different from before receiving the program.

Conclusions The alcohol consumption reduction program using social cognitive theory had an effect on changing drinking behavior, promoting health, and quality of life among the Lahu hill tribe people. Further study on program outcomes should be monitored for sustainable development.

Keywords: alcohol consumption, Lahu Hill-Tribe people, social cognitive theory

*School of Integrative Medicine, Mae Fha Luang University

**The Center of Excellence for the Hill tribe Health Research

***Mae Fha Luang University Medical center

**** School of Health Science, Mae Fha Luang University

Corresponding author: Chatchada Satalangka, E-mail: Chatchada.sut@mfu.ac.th

บทนำ

การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ภาคเหนือมีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำในสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.00¹ ซึ่งวัฒนธรรมการดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มสังคม เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ ซึ่งในกลุ่มชาวไทยภูเขามีการผลิตแอลกอฮอล์เองสำหรับดื่มและใช้ในการประกอบพิธีกรรมต่างๆ การดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นผู้ใหญ่ การบรรลุนิติภาวะ และเป็นที่ยอมรับในสังคมนั้น จึงส่งผลให้การดื่มแอลกอฮอล์ในชาวไทยภูเขาเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นและการดื่มแอลกอฮอล์นั้นถือเป็นขนบธรรมเนียมที่ถือปฏิบัติมาแต่ยาวนานต่อการทำความเคารพบรรพบุรุษ²⁻³ ดังนั้นการดื่มแอลกอฮอล์จึงมีทุกช่วงวัยทั้งวัยรุ่น วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ เป็นที่ทราบกันดีว่าดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเอง ทั้งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมถึงต่อครอบครัว และสังคม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ พิกการ บาดเจ็บ ต้องนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และนำมาสู่การสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก⁴

จากการศึกษาที่ผ่านมามีข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ของชาวไทยภูเขา จ.เชียงราย แต่ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการลดการดื่มแอลกอฮอล์ของชาวไทยภูเขา ซึ่งการลดการดื่มแอลกอฮอล์เป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชาวไทยภูเขา โดยเฉพาะกลุ่มชาวไทยภูเขาในถิ่นทุรกันดารยังมีปัญหาการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์สถานการณ์ของ

ชาวไทยภูเขา พบว่า ปัจจัยที่สำคัญกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ ครอบครัว และเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคมที่ครอบคลุมปัจจัยการเรียนรู้ทั้งด้านตัวบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านพฤติกรรม ดังนั้นจึงเป็นที่มาของความสนใจการพัฒนาโปรแกรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม โดยการปรับแก้ปัจจัยดังกล่าวตรงกับกลวิธีในแต่ละขั้นตอนของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้กลวิธีการกระตุ้นให้รู้สึกกลัว ตลอดจนให้กำลังใจและประกาศให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ถึงเป้าหมายร่วมกัน เหมาะสำหรับกลุ่มที่อยู่ในระยะขั้นลังเลใจ และขั้นเตรียมความพร้อม⁵ ซึ่งเป็นกลุ่มส่วนใหญ่ของการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยหวังว่าผลการพัฒนารูปแบบนี้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ชาวไทยภูเขาที่ดื่มแอลกอฮอล์ ครอบครัวและชุมชน เพื่อยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนพื้นที่ชาวไทยภูเขา จังหวัดเชียงรายอย่างยั่งยืนและสามารถเป็นแนวทางในการจัดการด้านสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ จังหวัดเชียงราย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์และเป็นชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ ใน จังหวัดเชียงราย โดยขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากงานวิจัยของพรทิพย์และคณะ⁶ จำนวน 60 คนและเพื่อป้องกันการถอนตัวระหว่างการวิจัย จึงกำหนดขนาดของตัวอย่างเป็น 65 คน ในกระบวนการเก็บข้อมูล นักวิจัยได้ดำเนินการสุ่มพื้นที่จากฐานข้อมูลประชากรชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ จ.เชียงราย เลือกสุ่ม 2-3 หมู่บ้าน แล้วจึงเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเกณฑ์การคัดเลือกเป็นชนชาติพันธุ์เผ่าลาหู่ อายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ 6 เดือนขึ้นไปและสามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกคือไม่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญของการวิจัยได้ อันเนื่องจากภาวะทุพพลภาพหรือปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย สติปัญญา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

2. แบบสอบถามประเมินความเสี่ยงดื่มแอลกอฮอล์ ใช้แบบประเมิน Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยคำถาม 10 คำถาม ซึ่งแต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน แบบประเมินนี้มีค่าความไว .95 และค่าความจำเพาะ .80⁷

3. ชุดทดสอบภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต เป็นแบบทดสอบมาตรฐานของการทดสอบสมรรถนะทางกาย ได้แก่ การทำงานของสมอง ใช้แบบประเมิน Digit Span Test (DST) โดยให้กลุ่มตัวอย่างพูดซ้ำตัวเลขแบบเดียวกับที่ได้ยิน

มีค่าความไวร้อยละ 95.00 และค่าความจำเพาะร้อยละ 60.00⁸ และใช้แบบประเมิน Verbal fluency test โดยให้พูดชื่อสัตว์เท่าที่จะนึกได้ ในเวลา 1 นาที ค่าความไวร้อยละ 84.00 และค่าความจำเพาะร้อยละ 93.00⁹ สมรรถภาพปอด ใช้เครื่อง Peak flow meter โดยให้อม mouthpiece พร้อมปิดปากให้แน่นเป่าลมหายใจออกให้แรงและเร็วที่สุด จะได้ค่า Peak Expiratory Flow (PEF) บันทึกค่าที่มากที่สุดที่ได้จากการเป่า ครั้งที่ 3 ค่าความไวร้อยละ 78.00 และค่าความจำเพาะร้อยละ 92.00¹⁰ ความทนทานของระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต ทดสอบการเดินย่ำเท้า 2 นาที นับจำนวนครั้งจากเข่าข้างขวาที่ยกขึ้นลงอย่างสมบูรณ์ ค่าความไวร้อยละ 81.00 และค่าความจำเพาะร้อยละ 64.00¹¹ ความสามารถในการทรงตัว ทดสอบโดยให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้ และเดิน 3 เมตร อ้อมกรวย และเดินกลับไปนั่งอีกครั้ง ด้วยความเร็วการเดินปกติ ทดสอบ 2 ครั้ง บันทึกเวลาเฉลี่ย ค่าความไวร้อยละ 87.00 และค่าความจำเพาะร้อยละ 87.00¹² ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น มี 9 คำถามครอบคลุมอาการทางกายและจิตใจ แบ่งเกณฑ์เป็น 0-3 คะแนน ค่าความไวร้อยละ 90.00 และค่าความจำเพาะร้อยละ 89.00¹³ และคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม มี 26 ข้อคำถามค่าความไวร้อยละ 78.00 และค่าความจำเพาะร้อยละ 84.00¹⁴

4. แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่พัฒนาขึ้นเอง แบ่งเป็น 6 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ที่สอดคล้องกับทฤษฎี การให้คะแนนแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า ในแต่ละขั้นตอน
ประกอบด้วยคำถาม 5 ประเด็น รวมเป็น 30
ประเด็น และพิจารณาจากผลรวมของคะแนนใน
ชั้นที่มากที่สุดเป็นสำคัญ แบบสอบถามนี้ผ่านการ
ทดสอบค่าความตรง (validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ
3 ท่าน ที่เชี่ยวชาญในด้านพฤติกรรมศาสตร์
การส่งเสริมสุขภาพ และสาธารณสุข โดยมีค่า
IOC อยู่ระหว่าง .7-1.0¹⁵

5. โปรแกรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์
โดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม
ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ผ่านการทดสอบค่า
ความตรง จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่เชี่ยวชาญ
ในด้านพฤติกรรมศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพ
และสาธารณสุข โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง .7-1.0¹⁵

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ REH 62106
ลงวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการของโปรแกรมใช้เวลา 4
สัปดาห์ โปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม
หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
จากนั้นทำการสุ่มพื้นที่วิจัย ประเมินคุณสมบัติ
เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกของตัวอย่าง นักวิจัย
อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการ
วิจัยแก่ตัวอย่างและขอคำยินยอมในการเข้าร่วม
การวิจัย ประเมินก่อนการจัดกิจกรรม ได้แก่
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเสี่ยง
ดื่มสุรา การทำงานของสมอง สมรรถภาพปอด
ความทนทานของระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต
การทรงตัว ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และการ
เปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์
และดำเนินการทดลอง 7 กิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการประยุกต์ทฤษฎีและวัตถุประสงค์

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	การประยุกต์ทฤษฎีปัญญาสังคม	จุดมุ่งหวังกิจกรรม
0 (Baseline)	ประเมินก่อนการจัดกิจกรรม		
1	1. ทดสอบพิษสุราต่อบทบาท (การเปรียบเทียบสีของตับหมู หลังจากแช่ในแอลกอฮอล์) 2. เทน้ำละลายเงิน (การแข่งขัน การแลกเปลี่ยนเงินกับ แอลกอฮอล์)	ประยุกต์ใช้การกระตุ้นปัจจัยภายใน บุคคล (personal factors) ในด้าน การรับรู้	เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สะท้อน ให้เห็นภาพจริงที่อาจเกิดขึ้น กับร่างกายมนุษย์ โดย การ กระตุ้นให้รู้สึกกลัว (dramatic relief) เพื่อให้ข้อมูลที่แสดง การเปรียบเทียบปริมาณเงิน และค่าใช้จ่ายในการดื่ม แอลกอฮอล์
	3. ความหวัง (การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ผ่านการตอบคำถาม ในประเด็นประสบการณ์การเริ่ม การลด และการเลิกการดื่ม แอลกอฮอล์อย่างสร้างความหวัง แบบคู่และแบบกลุ่ม โดยบอกเล่า	ประยุกต์ใช้การกระตุ้นปัจจัยภายใน บุคคล (personal factors) ในด้าน self-efficacy (vicarious experience)	เพื่อให้ผู้ที่ประสบความสำเร็จ ในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ของตนให้แก่ ผู้อื่น

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	การประยุกต์ทฤษฎีปัญญาสังคม	จุดมุ่งหวังกิจกรรม
	วิธีการที่ประสบความสำเร็จในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์)		
	4.รूपถ่ายแห่งความสำเร็จ (สร้างสัญลักษณ์แทนพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จผ่านภาษากาย)	ประยุกต์ใช้ self-efficacy (vicarious experience) และ การสำรวจตนเอง self-regulation (self-observation)	เพื่อกำหนดเป้าหมายแห่งความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น ให้กำลังใจและประกาศให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ถึงเป้าหมายร่วมกัน (self-liberation)
	5.ปฏิทินความซื่อสัตย์ (บันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลงในปฏิทินความซื่อสัตย์)	ประยุกต์ใช้ self-efficacy (mastery experience) และ self-regulation (judgment process)	เพื่อกระทำพฤติกรรมตามแผนที่วางร่วมกันอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง และกำกับพฤติกรรมผ่านการจดบันทึกพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง
2	ประเมินการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์		
3	6.ประสบการณ์บอกเล่าสะท้อนความรู้สึกละและประชามติ (การกำหนดเป้าหมายผ่านการแสดงบทบาทสมมติ)	ประยุกต์ใช้ self-efficacy (Mastery experience และ vicarious experience) และ self-regulation (self-observe and judgment process)	เพื่อแสดงตัวอย่างเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับคนในครอบครัว และสร้างประชามติหมู่บ้านในการกำหนดเป้าหมายเลือกวันลดดื่มแอลกอฮอล์
	7.“คือตาเตเว่” การทำบุญสะเดาะเคราะห์และให้พร (พิธีฮ้องขวัญและเสริมสร้างกำลังใจโดยผู้นำจิตวิญญาณ และบรมฉายาลักษณ์ของพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9)	ประยุกต์ใช้ self-efficacy (verbal persuasion และ emotional arousal)	เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสร้างอารมณ์ร่วมในการลดการดื่มสุราและได้รับคำอวยพรจากผู้นำทางศาสนา
4	ประเมินหลังการจัดกิจกรรม		

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยแสดงเป็นจำนวน และร้อยละ

2. สถิติทดสอบทีคู่ (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบผลของระดับความเสี่ยงการติดแอลกอฮอล์ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยกำหนด

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก่อนทำการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ โดยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่าง

ตัวอย่างเป็นชนชาติพันธุ์เผ่าลาหู่ 65 คน เพศหญิง 47 คน (ร้อยละ 72.31) อายุ 15-65 ปี (34.06 ± 13.92 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

58 คน ร้อยละ 89.23 สถานภาพสมรสไม่มีทะเบียน 41 คน (ร้อยละ 63.08) ไม่ได้รับการศึกษา 28 คน (ร้อยละ 43.08) ประกอบอาชีพรับจ้าง 54 คน (ร้อยละ 83.08) และไม่มีโรคประจำตัว 50 คน (ร้อยละ 76.92) เริ่มต้นแอลกอฮอล์อายุ 10-15 ปี 35 คน (ร้อยละ 53.85) และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ 42 คน (ร้อยละ 64.61)

2. ผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตัวอย่าง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างร้อยละ 52.30 อยู่ในขั้นเตรียมความพร้อม (preparation) และร้อยละ 33.85 อยู่ขั้นที่ 2 ขั้นลังเลใจ (contemplation) และตัวอย่างส่วนใหญ่เปลี่ยนเป็นขั้นที่ 5 ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance) ร้อยละ 84.61 และร้อยละ 89.22 หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตัวอย่าง

โปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลง ขั้นตอนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2		หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)	(%)	(คน)	(%)	(คน)	(%)
ขั้นก่อนการพิจารณา	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ขั้นลังเลใจ	22	33.85	6	9.23	2	3.08
ขั้นเตรียมความพร้อม	34	52.30	1	1.54	2	3.08
ขั้นปฏิบัติ	9	13.85	3	4.62	3	4.62
ขั้นกระทำต่อเนื่อง	0	0.00	55	84.61	58	89.22

3. ผลของโปรแกรมต่อระดับความเสี่ยงการติดแอลกอฮอล์ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตัวอย่าง

หลังเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงการติดแอลกอฮอล์ ค่าคะแนนความคล่องแคล่วทางภาษาและความจำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความทนทาน

ของระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น ($p < .05$) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้สมรรถภาพปอด ความสามารถในการทรงตัว และภาวะซึมเศร้า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลของโปรแกรมต่อระดับความเสี่ยงการติดแอลกอฮอล์ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ภาวะสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M \pm SD$)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M \pm SD$)	t	P
ความเสี่ยงการติดแอลกอฮอล์(AUDIT)	10.72 $\pm$ 6.85	7.00 $\pm$ 6.42	3.38	.001***
ความคล่องแคล่วทางภาษา(VFT)	10.38 $\pm$ 2.45	12.36 $\pm$ 3.52	-3.75	.000***
ความจำ(DST)	10.56 $\pm$ 2.47	12.53 $\pm$ 3.42	-4.22	.000***

ภาวะสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M±SD)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม (M±SD)	t	P
ความทนทานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต (TMST)	75.53±10.70	80.01±10.51	-2.39	.020*
ความสามารถในการทรงตัว (TUG)	7.60±1.52	7.83±1.70	-.74	.456
สมรรถภาพปอด (PEF)	401.69±65.01	413.84±87.97	-.82	.413
ภาวะซึมเศร้า (PHQ-9)	5.78±2.23	5.18±3.33	1.16	.249
คุณภาพชีวิต(WHOQOL)	77.60±6.86	84.09±10.51	-3.67	.000***

Alcohol use disorder identification test (AUDIT), Verbal Fluency test (VFT), Digit span test (DST), 2 minutes Step test (TMST), Time up and go test (TUG), Peak expiratory flow (PEF), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL), *p<.05, ***p<.001

อภิปรายผล

โปรแกรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ที่ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนหนึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีนี้ Bandura กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรม บุคคล และสภาพแวดล้อม เป็นหลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม เน้นความเชื่อมั่นของตนเองที่จะปรับพฤติกรรมการดื่มสุรา และการกำกับพฤติกรรมของตนเอง¹⁶ สอดคล้องกับการสำรวจเบื้องต้นในตัวอย่างที่พบว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในขั้นลังเลใจและขั้นเตรียมความพร้อม ดังนั้นโปรแกรมจึงประกอบด้วย 7 กิจกรรม ที่สามารถอธิบายเชื่อมโยงกับทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดย

กิจกรรมที่ 1 ทดสอบพิษแอลกอฮอล์ต่อดับหมีที่ให้อาสาสมัครได้เกิดการเรียนรู้ความอันตรายจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง เรียนรู้ข้อเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบกิจกรรมการทดลอง

ฤทธิ์ของเหล้าและเบียร์กับดับหมีเพื่อสะท้อนให้เห็นภาพจริงที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกายมนุษย์ และเปรียบเทียบสีของดับหมีที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ ได้แก่ ดับสุขภาพดี ดับที่แช่สุรา 40 ดีกรี และดับที่แช่เบียร์

กิจกรรมที่ 2 เหน้าละลายเงิน เพื่อกระตุ้นอารมณ์ในการเปรียบเทียบปริมาณเงินและค่าใช้จ่ายในการดื่มแอลกอฮอล์ สะท้อนถึงการดื่มแอลกอฮอล์ หากมีการดื่มจำนวนมากและบ่อยครั้ง จะส่งผลเสียต่อค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ในทางกลับกันชี้ให้เห็นถึงเงินที่เสียไปหากเก็บออม เงินจำนวนนี้สามารถซื้ออะไรได้บ้าง ซึ่งกิจกรรมที่ 1 และ 2 ประยุกต์ใช้การกระตุ้นปัจจัยภายในบุคคลในด้านการรับรู้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สะท้อนให้เห็นภาพจริงที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกายมนุษย์ โดยการกระตุ้นให้รู้สึกกลัว (dramatic relief) เพื่อให้ข้อมูลที่แสดงการเปรียบเทียบปริมาณเงินและค่าใช้จ่ายในการดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับงานวิจัยของนุสรและคณะ¹⁷ อธิบายได้ว่าการรู้ถึงความเสี่ยงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมอันพึงประสงค์ และเห็นถึงความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม

แอลกอฮอล์และผลกระทบด้านบวก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด Rosenstock¹⁸ ที่เชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเนื่องจากเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถป้องกันการเกิดโรคหรือลดภาวะเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อสุขภาพได้

กิจกรรมที่ 3 ความหวัง เพื่อให้ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ของตนให้แก่ผู้อื่น โดยให้จับคู่และสลับกันถามคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ประยุกต์ใช้การกระตุ้นปัจจัยภายในบุคคลโดยการบอกเล่าประสบการณ์ (vicarious experience)

กิจกรรมที่ 4 รูปถ่ายแห่งความสำเร็จ เพื่อกำหนดเป้าหมายแห่งความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นให้กำลังใจและประกาศให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ถึงเป้าหมายร่วมกัน (self-liberation) มุ่งเน้นให้เห็นถึงความสุขและความภาคภูมิใจที่เกิดจากการทำสำเร็จในชีวิต เช่นเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ และให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้ เป็นการประยุกต์ใช้การบอกเล่าประสบการณ์ และการสำรวจตนเอง (self-observation)

กิจกรรมที่ 5 ปฏิทินความซื่อสัตย์ เพื่อกำหนดพฤติกรรมและกำกับพฤติกรรมผ่านการจดบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง 4 สัปดาห์ตลอดช่วงการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นการกำกับพฤติกรรมของตนเอง ประยุกต์ใช้ผ่านประสบการณ์โดยตรง (mastery experience) และผ่านการตัดสินใจ (judgment process) จะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่ 3 4 และ 5 เป็นไปตาม

แนวคิดของ Bandura¹⁶ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะทำให้มีแนวโน้มที่แน่นอนต่อความคาดหวังในผลลัพธ์สูง และมีผลกระทบต่อการตัดสินใจจะกระทำพฤติกรรมของบุคคล และเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะนำไปสู่การตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาวัติและคณะ¹⁹ พบว่า การรับรู้ความสามารถต่อตนเองเพิ่มมากขึ้นมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น

กิจกรรมที่ 6 ประสบการณ์บอกเล่าสะท้อนความรู้สึกและประชาชาติเพื่อแสดงตัวอย่างเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับคนในครอบครัวและสร้างประชาชาติหมู่บ้านในการกำหนดเป้าหมายเลิกวันลดดื่มสุรา โดยประยุกต์ใช้ mastery experience, vicarious experience, self-observe และ judgment process กิจกรรมได้กำหนดเป้าหมายผ่านการแสดงบทบาทสมมติ

กิจกรรมที่ 7 “ค้อตาเตเว่” การทำบุญสะเดาะเคราะห์และให้พร เป็นพิธีฮ้องขวัญและเสริมสร้างกำลังใจโดยผู้นำจิตวิญญาณ และการมอบมณายาลักษณะของพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดการดื่มแอลกอฮอล์และได้รับคำอวยพรจากผู้นำทางศาสนาของชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ทำพิธีค้อตาเตเว่ โดยมีความเชื่อว่าเมื่อได้รับเคราะห์ หรือมีการเจ็บป่วยไม่สบายกายและใจ หรือตั้งใจทำสิ่งต่างๆ ก็จะทำให้ผู้นำทางศาสนาสดขอพร กิจกรรมนี้ใช้ตัวเสริมแรงที่อยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น สร้างความมั่นใจในการรับรู้และการควบคุมความสามารถของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และการมอบพระบรม

ฉายาลักษณ์ในหลวงรัชกาลที่ 9 เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และเป็นคำมั่นสัญญาในการกำกับพฤติกรรม ประยุกต์ใช้การให้กำลังใจผ่านคำพูด (verbal persuasion) เพื่อการกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกร่วม (emotional arousal)

กิจกรรมที่ 6 และ 7 เน้นการปฏิสัมพันธ์ผ่านการใช้คำพูดที่แสดงความห่วงใย ความรู้สึกของครอบครัว เพื่อให้รู้สึกมั่นใจว่ามีคนคอยให้ห่วงใย รู้สึกเป็นคนพิเศษ สอดคล้องกับการศึกษาของนุสราและคณะ¹⁷ ที่กล่าวว่าแรงสนับสนุนมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมรวมถึงคำพูดและกำลังใจ และการทำประชาติหมุ่มบ้านเป็นการกำกับและสร้างความเชื่อมั่นว่าทำได้ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากส่วนใหญ่อยู่ในขั้นเตรียมความพร้อม และขั้นลังเลใจ เปลี่ยนเป็นขั้นกระทำต่อเนื่อง อาจเป็นเพราะกิจกรรมครอบคลุมปัจจัยที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ประยุกต์ใช้กลวิธีที่สอดคล้องกับระดับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้เหมาะสม และยังส่งผลให้ส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาใช้โปรแกรมที่มีกลวิธีการส่งเสริมลักษณะส่วนบุคคล การสะท้อนข้อมูลย้อนกลับเปรียบเทียบกับข้อมูลพื้นฐาน การให้การสนับสนุนกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระตุ้น เตือนถึงกลวิธีการป้องกันการดื่ม การลดหรือจำกัดการดื่ม และการสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลา 2 - 4 สัปดาห์ พบว่า อัตราการดื่ม ต่อ สัปดาห์ และจำนวนการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง การเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นในด้านการทำงานของสมอง

อธิบายได้ว่า การดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอส่งผลต่อเซลล์สมองและส่งผลต่อความจำสมาธิ การจดจ่อ การตัดสินใจ และความคล่องแคล่วทางภาษาลดลง²⁰ เมื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีสมาธิ การจดจ่อดีขึ้น อาจส่งผลความคล่องแคล่วทางภาษาดีขึ้น การลดการดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อความทนทานของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด และคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิต มิติด้านทางกายเป็นการเปลี่ยนแปลงหลัก ซึ่งสัมพันธ์กับผลการศึกษาภาวะสุขภาพด้านสมรรถภาพสมอง หัวใจและการไหลเวียนเลือดในการศึกษานี้มีการเปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นเพียงการทดสอบสมรรถภาพทางกายเบื้องต้น ดังนั้นการอธิบายกลไกที่เป็นไปได้ในเชิงลึก จึงควรศึกษาทางคลินิกเพิ่มเติม เช่น ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด คลื่นสมอง ค่าความสามารถของร่างกายในการนำออกซิเจนมาใช้สูงสุด เป็นต้น แต่การทดสอบสมรรถภาพปอด ภาวะซึมเศร้า และการทรงตัวไม่มีความต่าง อาจเนื่องมาจากข้อมูลพื้นฐานส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีความเสี่ยงล้ม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ที่ประยุกต์ทฤษฎีปัญญาสังคมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตในชาวไทยภูเขาเผ่าลาหู่ หากจะนำไปประยุกต์ใช้กับชนชาติพันธุ์อื่น ควรปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมตามบริบทสังคมนั้น ๆ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุน และเน้นการจัดกิจกรรมการสร้างการรับรู้ ความสามารถของตนเองผ่านการให้กำลังใจทาง วาจา การสร้างอารมณ์ร่วม และการกระตุ้น ความกลัว สำหรับการส่งเสริมพฤติกรรม การลดละเลิกแอลกอฮอล์ และการศึกษาต่อไปควร ติดตามผลกระทบภายหลังการทดลองใน ระยะเวลา 3 และ 6 เดือน เพื่อนำไปสู่ความ ยั่งยืนของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนจาก โครงการการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย: ประเด็นสุขภาพชนชาติพันธุ์ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2561 ศูนย์ความเป็นเลิศการ วิจัยสุขภาพชนชาติพันธุ์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้า หลวง และสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

References

1. National Statistical Office Thailand. The smoking and drinking behavior survey 2017. Bangkok: Pimdeekarnpim; 2018. (in Thai).
2. Wongchaum P. The relationship among knowledge, attitude and alcohol drinking behaviour of students in regular study programs at Burapha University. [Dissertation]. Chon Buri: Burapha University; 2014. (in Thai).
3. Detpetukyon S, Apidechkul T, Sunsern R, Anuwatnonthakate A, Singkhorn O, Putsa B, Thutsanti P. Patterns and perception of alcohol drinking among the Lahu people, Northern Thailand. J Health Res. 2018; 32(3): 185-97. doi: 10.1108/JHR-05-2018-020.
4. Kendzor DE, Dubbert PM, Olivier J, Businelle MS, Grothe KB, PATHS Investigators. The influence of physical activity on alcohol consumption among heavy drinkers participating in an alcohol treatment intervention. Addict Behav. 2008;33(10):1337-43. doi: 10.1016/j.add beh.2008.06.013.
5. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed). San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
6. Kongsut P, Chaisri S, Teangtum S. The development empowerment program on management with drinking behavior of alcohol dependence patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2013;27(1):45-61. (in Thai).
7. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. Addiction. 1993;88: 791-804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093x.
8. Etherton JL, Bianchini KJ, Greve KW, Heinly MT. Sensitivity and specificity of reliable digit span in malingered pain-related disability. Assessment. 2005;12(2):130-6. doi: 10.1177/1073191105 274859.
9. Charernboon T. Verbal fluency in the Thai elderly, elderly with mild cognitive impairment and elderly with dementia. Journal of Mental Health of Thailand. 2018;26(2):91-102. (in Thai).

10. Anees W, Gannon PF, Huggins V, Pantin CF, Burge PS. Effect of peak expiratory flow data quantity on diagnostic sensitivity and specificity in occupational asthma. *Eur Respir J*. 2004;23:730-4. doi: 10.1183/09031936.04.00027304.
11. Sirthawong A, Poncumhak P, Sungkamanee S, Manoy P, Boonla O. The optimal cut-off score of the 2-minute step test for prediction of cardiopulmonary endurance in older adults with hypertension. *Srinagarind Medical Journal*. 2019;34(2): 161-8. (in Thai).
12. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther*. 2000;80(9):896–903. doi: 10.1093/ptj/80.9.896.
13. Lee S, Dajpratham P. Criterion validity of the Thai version of the PHQ-9 and the PHQ-2 for screening major depression in Thai elderly. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*. 2017;27(1):30-7. (in Thai).
14. Apidechkul T. Comparison of quality of life and mental health among elderly people in rural and suburban areas, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2011;42(5):1282-92.
15. Meehanpong P, Chatdokmaipra K. Assessing quality of research instrument in nursing research. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2018;19(1):9-15 (in Thai).
16. Garrin JM. Self-efficacy, self-determination, and self-regulation: the role of the fitness professional in social change agency. *J Soc Change*. 2014;6(1):41-54. doi: 10.5590/JOSC.2014.06.1.05.
17. Srikitvilaisak N, Mongkolsomlit S. The effective of a behavioral change program in low risk drinking or hazardous drinking individuals. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2016;11(1):39-51. (in Thai).
18. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Commun*. 2015;30(6):566-76. doi: 10.1080/10410236.2013.873363.
19. Kamonpornmongkol J, Homsin P, Srisuriyawet R. Effects of self-efficacy enhancement on drinking refusal self-efficacy, outcome expectancy and skills among male primary school students. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2012;7(2):84-99. (in Thai).
20. Devenney LE, Coyle KB, Verster JC. Memory and attention during an alcohol hangover. *Hum Psychopharmacol*. 2019; 34(4):e2701. doi: 10.1002/hup.2701.