

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

Effects of a Health Literacy Promotion Program on Alcohol Consumption Behaviors among Alcohol Drinkers in Ban Mai Sub-District, Sam Phran District Nakhon Pathom Province

พิมพินา ศรีนพคุณ¹ กรรณิการ์ ฉัตรตอกไม้ไพร^{*1} ศศิธร รุจนเวช¹ บุญเรือง ขาวนวล² เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย¹

Pimnipa Srinopakun¹ Kannikar Chatdokmaiprai^{*1} Sasitorn Roojanavech¹

Boonruang Khaonuan² Petchnoy Singchangchai¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ประเทศไทย 73000

¹College of Nursing, Christian University of Thailand, Thailand 73000

²คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ ประเทศไทย 93210

²Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Thailand 93210

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ ALT และระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มควบคุม 21 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 4 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบประเมินปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และ แบบประเมิน Stages of change เครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.81 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และค่าเฉลี่ยเอนไซม์ตับ ด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่าผู้ดื่มสุรา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ และพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 61.90 อย่างไรก็ตามพบว่าค่าเฉลี่ยเอนไซม์ ALT ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ความรู้ด้านสุขภาพ, ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to compare mean health literacy scores, mean alcohol consumption behavior scores, mean alanine aminotransferase levels, and the level of behavioral change between an experimental group and a control group. The sample consisted of alcohol drinkers who were assigned to an experimental group ($n = 21$) and a control group ($n = 21$). The experimental group received the health literacy promotion program four times over a four-month period.

The research instruments included a health literacy promotion program, the Alcohol Use Disorders Identification Test, a health literacy questionnaire, and a Stages of Change assessment form. The content validity of the questionnaires (CVI) was 0.81. Reliability analysis demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of 0.94. Data were analyzed using descriptive statistics and Inferential statistics, including a one-way repeated measures ANOVA and independent t-tests to compare mean health literacy scores, mean alcohol drinking behavior scores, and mean liver enzyme levels between the experimental and control groups.

The results revealed that the experimental group had significantly higher mean health literacy scores than those in the control group ($p < .05$), and also had a statistically significant lower mean alcohol drinking behavior scores than those in the control group ($p < .05$). Additionally, 61.90% of participants in the experimental group showed positive changes in health behavior. However, the mean ALT levels of the experimental group after participation in the program did not differ significantly from those of the control group.

Keywords: Health literacy promotion program, Alcohol consumption behavior, Alcohol drinkers, Health Literacy, Stages of behavior change

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลกอย่างรุนแรง โดยมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและภาวะผิดปกติมากกว่า 200 โรค รวมถึงการบาดเจ็บและอุบัติเหตุร้ายแรงจากการสำรวจพบว่า โลกนี้มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึง 2.6 ล้านรายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของการเสียชีวิตทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2567 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.0 (ประมาณ 16 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 35.2 (ประมาณ 20.9 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งนับเป็นอัตราที่สูงที่สุดในรอบ 17 ปี โดยเพศชายมีอัตราการดื่มสูงถึงร้อยละ 55.7 ขณะที่เพศหญิงมีอัตราการดื่มร้อยละ 16.7 นอกจากนี้ ภาคกลางซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเจริญและการขยายตัวทางเศรษฐกิจสูง พบประชากรที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 31.7 ของประชากรทั้งหมด จัดอยู่ในระดับ

ปานกลางเมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ ของประเทศ² การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดการสะสมไขมันในตับและอนุมูลอิสระในตับ เกิดภาวะ oxidative stress และการทำลายเซลล์ตับเมื่อเซลล์ตับเสียหาย เอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) จะรั่วเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ระดับ ALT สูงขึ้น ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้การบาดเจ็บของตับ³

จังหวัดนครปฐมเป็นหนึ่งในจังหวัดของภาคกลางที่ยังคงประสบปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ากลุ่มนักดื่มมีพฤติกรรมการดื่มเป็นประจำสูงถึงร้อยละ 42.452 แม้ว่าจะมีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด ปีพ.ศ. 2565–2570 อย่างเป็นรูปธรรมแล้วก็ตาม อัตราการดื่มสุรายังไม่ลดลงโดยเฉพาะในตำบลบ้านใหม่ อำเภอสามปราชญ์ ซึ่งเป็นพื้นที่เมืองที่มีความเจริญและอยู่ใกล้กรุงเทพมหานคร พบอัตราการดื่มสุราสูง แม้ว่าจะมีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อลด ละ เลิกการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องในหลายรูปแบบ อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวยังไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำเป็นต้อง มุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดื่มเป็นสำคัญ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์และ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน งานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ⁴ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ สามารถช่วยลดพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ หรือ กล่าวได้ว่าการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อในการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ เป็นกุญแจสำคัญ ในการสร้างพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเอง⁶ ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมีความสนใจพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริม ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตำบลบ้านใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยคาดว่าโปรแกรม ดังกล่าวซึ่งบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพร่วม กับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพและองค์กรชุมชน จะสามารถช่วยลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และนำไปสู่การลดปัญหาสุขภาพและ ผลกระทบทางสังคมในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้าน สุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และค่าเฉลี่ยเอนไซม์ ALT ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลอง ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลัง เข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้าน สุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ ALT และศึกษาระดับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ระหว่างผู้ดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วม โปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

สมมุติฐาน

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และค่าเฉลี่ยเอนไซม์ ALT ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ ด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ ALT ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ⁴ ซึ่งอธิบายว่า เมื่อบุคคลสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 4) การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งผลให้บุคคล ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม เกิดการสร้าง ทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มการตระหนักรู้ เสริมแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว ยังส่งผลเชื่อมโยงกับแนวคิด Transtheoretical model⁷ ซึ่งอธิบายขั้นตอนความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of change) 5 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นก่อนคิด (Precontemplation) 2) ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (Contemplation) 3) ขั้นเตรียม หรือเริ่มปฏิบัติ (Preparation) 4) ขั้นปฏิบัติ (Action) และ 5) ขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (Maintenance) โดยคาดว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะสามารถเลื่อนระดับจาก ขั้นไม่คิดเปลี่ยนแปลงไปสู่ขั้นลงมือปฏิบัติและคงพฤติกรรมได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและ หลังการทดลอง (Two-group pretest posttest-design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทียนตัด และตำบลไร่ชิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทียนตัด ตำบลบ้านใหม่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าพูด ตำบลไร่ชิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นกลุ่มควบคุม โดยทั้งสองพื้นที่เป็นชุมชนแบบกึ่งเมือง และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.8 กำหนดขนาดอิทธิพลซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน⁵ ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายโดยคาดว่า จะมีผู้สูญหายจากการติดตาม ร้อยละ 20⁶ คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นเพศชาย และ หญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ อาศัยอยู่ในชุมชนที่ศึกษามากกว่า 1 ปี มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถอยู่ในชุมชนที่ศึกษาได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน หมายเลขหนังสือรับรอง บ.12/2566 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2567 จากนั้นนำหนังสือรับรองจริยธรรมเสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทียนตัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าพูด อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเริ่มดำเนินการภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามให้ความยินยอม

เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1) โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับประยุกต์กระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ⁴ ที่มีกระบวนการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1.1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ 1.2) การบรรยายให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.3) การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.4) การจัดการตนเองในการปรับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.5) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 1.6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยจัดกิจกรรมให้ดูโฆษณาเกี่ยวกับสุราโดยดูผ่าน Facebook และป้ายโฆษณาจากดาราผ่านสื่อต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์ และอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อดีข้อเสียจากการใช้สื่อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)⁹ แบ่งระดับการดื่มเป็น 4 ระดับ ดังนี้ การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (0-7 คะแนน) การดื่มแบบเสี่ยง (8-15 คะแนน) การดื่มแบบอันตราย (16-19 คะแนน) และการดื่มแบบติด (20 คะแนนขึ้นไป)

2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ¹⁰ ลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึง จำนวน 4 ข้อ 2) ทักษะการเข้าใจ จำนวน 4 ข้อ 3) ทักษะการสื่อสาร จำนวน 4 ข้อ 4) ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ 5) ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 4 ข้อ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 4 ข้อ

3) แบบประเมิน Stages of change พัฒนาขึ้นตามแนวคิด Transtheoretical Model (TTM)⁷ ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นลำดับขั้น โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกข้อความที่ตรงกับสถานะของตนเองมากที่สุด แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ 1) ไม่คิดที่จะเลิกดื่มสุรา (Precontemplation) 2) คิดจะเลิกดื่มสุราแต่ยังไม่พร้อม (Contemplation) 3) พร้อมที่จะเลิกดื่มสุรา (Preparation) 4) กำลังเลิกดื่มสุรา (Action) และ 5) เลิกได้แล้ว (Maintenance)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเป็นไปได้ของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และความเป็นไปได้นำไปใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพ¹⁰ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ รวม 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.81

2) แบบประเมินปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินปัญหาดังกล่าว

3) แบบประเมิน Stages of change ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของถ้อยคำและความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎี

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพ¹⁰ ที่สร้างขึ้น มาไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในหมู่บ้านอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) รวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94

การดำเนินการทดลองและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นก่อนทดลอง ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเตรียมทีมวิจัย ก่อนเริ่มทดลอง 1 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็น

กลุ่มทดลอง (ชุมชนบ้านใหม่) และกลุ่มควบคุม (บ้านท่าพูด) ชี้แจงรายละเอียดโครงการ สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัว โดยไม่มีผลกระทบ พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ดำเนินกิจกรรม ในการดำเนินกิจกรรม ทั้งสองกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1, หลังครั้งที่ 1 จำนวน 2 สัปดาห์, หลังครั้งที่ 2 ประมาณ 3 เดือน และหลังครั้งที่ 3 ประมาณ 2 เดือน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการเจาะเลือดตรวจค่าเอนไซม์ตับ (ALT) โดยทีมอาจารย์พยาบาลชุมชน (ไม่ต้องงดอาหาร) และได้รับแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการเจาะเลือดตรวจค่าเอนไซม์ตับ (ALT) การให้ความรู้ การทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แจกแผ่นพับ และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรม การดื่ม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 (ต้นเดือนกรกฎาคม 2567) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดื่ม ประเมินความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ และขั้นตอนการตัดสินใจเลิกดื่ม จากนั้นเจาะเลือดตรวจค่าเอนไซม์ตับ (ALT) และแจกแผ่นพับความรู้ ครั้งที่ 2 (หลังครั้งที่ 1 ประมาณ 2 สัปดาห์) และครั้งที่ 3 (หลังครั้งที่ 2 ประมาณ 3 เดือน) ผู้วิจัยแจ้งผลค่า ALT และดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับครั้งที่ 1 ส่วนครั้งที่ 4 (หลังครั้งที่ 3 ประมาณ 2 เดือน) ผู้วิจัยแจ้งผลตรวจครั้งสุดท้าย กล่าวขอบคุณ และปิดโครงการ

กลุ่มทดลอง มีรายละเอียดของกิจกรรมตามขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (ต้นเดือนกรกฎาคม 2567) ดำเนินกิจกรรม “การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลพื้นฐาน ประเมินพฤติกรรม ความรอบรู้ และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พร้อมเจาะเลือดตรวจค่า ALT ครั้งที่ 1 จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและเศรษฐกิจครอบครัว การเข้าถึงและรู้เท่าทันสื่อ อาทิ internet, facebook, LINE Application เป็นต้น การตัดสินใจและการจัดการตนเอง จัดตั้งกลุ่ม LINE เพื่อสื่อสารและติดตามต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 (หลังครั้งที่ 1 ประมาณ 2 สัปดาห์) ผู้วิจัยแจ้งผล ALT ครั้งที่ 1 พร้อมเจาะเลือดตรวจค่า ALT ครั้งที่ 2 และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เน้นทักษะการตัดสินใจ

การจัดการตนเอง และการสื่อสาร โดยใช้ประสบการณ์ผู้ที่สามารถลดการดื่มเป็นต้นแบบ อาทิให้ต้นแบบได้เล่าถึงวิธีการที่ตัดสินใจ และการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มที่สามารถทำได้สำเร็จ เช่น การลดพฤติกรรมการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกเย็น โดยปรับเปลี่ยนเป็นนำเงินมาหยอดกระปุก การลดพฤติกรรมโดยปรับการดื่มลง เพื่อหันมาเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลหลาน ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีค่า ALT สูง ผู้วิจัยให้คำแนะนำรายบุคคลและส่งต่อพบแพทย์ หากไม่เข้าร่วมกิจกรรมจะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน

ครั้งที่ 3 (หลังครั้งที่ 2 ประมาณ 3 เดือน) ผู้วิจัยแจ้งผล ALT ครั้งที่ 2 พร้อมเจาะเลือดตรวจค่า ALT ครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับครั้งที่ 2 เน้น “เพื่อนช่วยเพื่อน” ติดตามผลการปรับพฤติกรรม และเยี่ยมบ้านผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 4 (หลังครั้งที่ 3 ประมาณ 2 เดือน) ติดตามผลให้กำลังใจ มอบรางวัลเชิดชูเกียรติแก่ผู้ที่ลดการดื่มได้สำเร็จ เปิดโอกาสให้ถ่ายทอดประสบการณ์ สรุปองค์ความรู้ และปิดโครงการ โดยติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่ไม่เข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับค่าเอนไซม์ตับ และระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่โดยใช้สถิติอนุमान ได้แก่ สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measures ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ และค่าเฉลี่ยเอนไซม์ตับ และเปรียบเทียบรายคู่ด้วย Bonferroni method และสถิติ Independent t-test ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และค่าเฉลี่ยเอนไซม์ตับ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ และกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยก่อนการใช้สถิติอนุमान มีการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ ด้วยสถิติชาปีโรวิลค์ (Shapiro-Wilk test) พบว่ามีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงทำการเปรียบเทียบข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังกล่าว

ผลการวิจัย

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวม 42 คน เป็นกลุ่มควบคุม 21 คน และกลุ่มทดลอง 21 คน ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.43 อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 38.10 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 71.40 ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.20 และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 52.38 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.10 อายุ อยู่ในช่วง 51-60 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 42.90 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 16.90 ส่วนใหญ่ มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.80 และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 28.58

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของตัวแปรที่ศึกษา ในระยะก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน

ตัวแปรตาม	ก่อนเริ่มโปรแกรม (M±SD)	หลังโปรแกรม 2 สัปดาห์ (M±SD)	หลังโปรแกรม 3 เดือน (M±SD)	SS	df	MS	F	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	42.76 (5.07)	68.57(3.98)	77.71 (5.25)	13799.75	2	6899.87	446.41	.000
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	14.33 (6.43)	12.14(5.16)	7.57(3.52)	240.30	1.81	221.00	18.10	.000
ค่าเอนไซม์ตับ	28.90 (25.82)	34.38(31.77)	35.04(24.19)	920.44	2	460.22	1.61	.206

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความแตกต่างกันในทุกระยะของการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ตับไม่แตกต่างกันในทุกระยะของการศึกษา

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าเอนไซม์ตับระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ความรู้ด้านสุขภาพ	77.71	5.25	40.71	4.79	23.83	.000
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	7.57	3.52	15.23	8.91	-3.66	.001
ค่าเอนไซม์ตับ	35.04	24.19	44.76	32.93	-1.089	.283

จากตารางพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ แต่พบว่า ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ตับระหว่างกลุ่มทดลอง หลังได้รับ

โปรแกรมและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทุกระยะของการศึกษา โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของเอนไซม์ตับในกลุ่มควบคุมมากกว่าค่าปกติ (ไม่เกิน 40 U/L (หน่วยสากลต่อลิตร))

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหลังสิ้นสุดการศึกษา

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น		ไม่มีการเปลี่ยนแปลง		มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น		ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	13	61.90	8	38.10	5	23.81	16	76.19

จากตารางพบว่า หลังเสร็จสิ้นการศึกษาผู้ดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 61.90 และกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 23.81

การอภิปรายผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ตับ ALT และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

1.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในทุกระยะการวัด แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงและเลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือช่วยพัฒนาความรู้ระดับพื้นฐาน (functional health literacy)

การฝึกวิเคราะห์สื่อและโฆษณาช่วยพัฒนาความรู้ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) และกระบวนการกลุ่มร่วมกับการส่งเสริมการสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขช่วยพัฒนาความรู้ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) การพัฒนาอย่างบูรณาการทั้งสามระดับส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นชาย 5 และนักศึกษาแพทย์¹² ที่รายงานว่า การจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในทุกระยะติดตาม แม้ยังไม่เลิกดื่มโดยสมบูรณ์ แต่การลดความถี่และปริมาณการดื่มสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่าการพัฒนาความรู้ทั้งระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับ

วิจารณ์ญาณ⁴ ช่วยให้ผู้ใช้ร่วมเข้าใจข้อมูล วิเคราะห์ความเสี่ยง และตัดสินใจปรับพฤติกรรมได้เหมาะสม นำไปสู่การลดอันตรายจากการดื่ม (harm reduction) สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นชาย 5 ที่รายงานว่าการดื่มที่เป็นอันตรายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม

1.3 ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ตับ (ALT) ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ตับ (ALT) ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งที่ 2 และ 3 ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าแม้พฤติกรรมการดื่มจะลดลง แต่การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีอาจยังไม่ชัดเจน ในช่วงเวลาที่ศึกษา ทั้งนี้ค่า ALT อาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ ไวรัสตับอักเสบ ไขมันพอกตับ หรือการใช้ยา อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างบางรายมีโรคตับเดิม และบางรายมีค่าเอนไซม์อยู่ในเกณฑ์ปกติตั้งแต่ต้น จึงอาจไม่เกิดความแตกต่างที่ตรวจพบได้ทางสถิติ นอกจากนี้ การฟื้นฟูของตับต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน แม้ค่า ALT จะสามารถลดลงได้ภายใน 2-3 สัปดาห์เมื่อหยุดดื่มสุรา แต่หากช่วงเวลาติดตามห่างออกไป ผู้เข้าร่วมบางส่วนอาจกลับไปดื่ม ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยโดยรวมไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในผู้ดื่มแอลกอฮอล์ชุมชนเมือง¹³ ที่วัดผลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรมและพบค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Stage of change) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มในทางที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แม้ว่าจะยังไม่พบผู้ที่เลิกดื่มโดยสมบูรณ์ แต่การลดความถี่และปริมาณการดื่มสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกของพฤติกรรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิด Transtheoretical Model⁷ กล่าวคือ ผู้เข้าร่วมมีแนวโน้มเคลื่อนย้ายจากขั้น contemplation ไปสู่ขั้น preparation และ action โดยเริ่มตัดสินใจลดปริมาณการดื่มและปรับพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น ผลสำเร็จของโปรแกรมในครั้งนี้พิจารณาในมิติของ “การลดอันตรายจากการดื่ม” มากกว่าการเลิกดื่มทันที เนื่องจากการลดความถี่และปริมาณการดื่มถือเป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นฐานนำไปสู่การคงพฤติกรรมหรือการเลิกดื่มในระยะยาว สอดคล้องกับงานวิจัยในนักศึกษาแพทย์¹¹ ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจะมีการดื่มที่เป็นอันตรายลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ที่ $p < .05$ ซึ่งเปรียบได้กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ ALT และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระหว่างผู้ดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ แม้ว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา แต่คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน สะท้อนว่าระดับการศึกษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช่ตัวแทนโดยตรงของความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพ⁴ มีความหมายกว้างกว่าการรู้หนังสือหรือระดับการศึกษา และขึ้นกับประสบการณ์ การเข้าถึงข้อมูล และการสนับสนุนจากระบบสุขภาพร่วมด้วย จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนประถมศึกษาชาย¹⁵ และ วัยรุ่นชาย⁵ ที่รายงานว่าการทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและทักษะที่เกี่ยวข้องกับการลดการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมาก (effect size = 1.13) สะท้อนว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลทั้งในเชิงสถิติและเชิงพฤติกรรม โดยสามารถลดความถี่และปริมาณการดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญ อันส่งผลต่อการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 4 ที่เสริมทั้งความเข้าใจ ข้อมูล การสนับสนุนทางสังคม และการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ชัดเจนกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นชาย⁵ ที่รายงานผลในทำนองเดียวกัน ($p < .05$)

2.3 ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ตับ (ALT) ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยเอนไซม์ตับ (ALT) ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วม

โปรแกรม ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า ALT มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มในระยะสั้น โดยสามารถลดลงได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ เมื่อหยุดดื่มสุรา แต่หากช่วงเวลาการวัดผลห่างออกไป ผู้เข้าร่วม บางส่วนอาจกลับไปดื่มอีก ทำให้ค่าเฉลี่ยโดยรวมไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้โปรแกรมมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไป จึงอาจสะท้อนผลชัดเจนในด้าน ความรอบรู้ แต่ยังไม่เพียงพอให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ในช่วงเวลาที่ศึกษา ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการ ศึกษาที่รายงานผลในลักษณะเดียวกัน ยังมีจำกัด

2.4 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Stage of change) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ปรับพฤติกรรมการดื่มในทางที่ดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่ประยุกต์ แนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การรู้เท่าทันสื่อ และกระบวนการ กลุ่มผ่านบุคคลต้นแบบ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมสามารถปรับขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม เมื่อเทียบกับกลุ่ม ที่ไม่ได้รับโปรแกรม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาใน นักศึกษาแพทย์¹¹ ที่รายงานว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่ม ที่เป็นอันตรายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$)

การวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” ไม่ได้เป็นเพียงการรับรู้ข้อมูล แต่เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดื่ม ในชุมชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ และตัดสินใจจัดการตนเองได้ อย่างเหมาะสม แม้ค่าเอนไซม์ตับ (ALT) ยังไม่เปลี่ยนแปลง ชัดเจนในระยะสั้น แต่กลุ่มทดลองร้อยละ 61.90 สามารถก้าวสู่ ขั้นพร้อมเปลี่ยนแปลง (Action/Maintenance) ซึ่งถือเป็น พื้นฐานสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน โปรแกรม นี้จึงสะท้อนบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขจากการ “สั่งให้ เลิก” สู่การ “เสริมพลัง” (empowerment) ให้ประชาชนดูแล ตนเองอย่างตระหนักรู้ อย่างไรก็ตาม การติดตามผลในระยะ เวลาค่อนข้างสั้น ที่อาจสั้นเกินไปสำหรับการวัดผลทางชีวภาพ (Biological markers) เช่น ค่า ALT และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ลดลงจากการเคลื่อนย้ายประชากร อาจส่งผลต่ออำนาจ การทดสอบทางสถิติทำให้ความสามารถในการตรวจพบ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มลดลง แม้ผู้วิจัยได้พยายามควบคุม กระบวนการเก็บข้อมูลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางใน การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับ ประชากรกลุ่มอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น วัยทำงาน หรือชุมชนทั่วไป โดยควรปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้เหมาะสม กับลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย
2. การพัฒนาโปรแกรมควรใช้สื่อการเรียนรู้ที่ สอดคล้องกับพฤติกรรมการรับข้อมูลของประชาชน เช่น สื่อดิจิทัลต่าง ๆ
3. ควรส่งเสริมการใช้บุคคลต้นแบบและการสื่อสาร ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น LINE Group ซึ่งสอดคล้องกับ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนไทย เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการ ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการเสริมสร้าง ความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาไปยังประชากรกลุ่มอื่น เช่น คนทำงาน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มความ แม่นยำของผลวิจัย
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อ ประเมินความคงอยู่และความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัย จากโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหมออนามัยเพื่อ พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในชุมชน โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

References

1. World Health Organization. Over 3 million annual deaths due to alcohol and drug use, majority among men. WHO; 2024.
2. National Statistical Office. The 2024 Survey on Smoking and Drinking Situation of Population. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society; 2024. (in Thai)
3. Männistö V, Salomaa V, Jula A, Lundqvist A, Männistö S, Perola M, & Åberg F. ALT levels, alcohol use, and metabolic risk factors have prognostic relevance for liver-related outcomes in the general population. *Journal of Hepatoma*. 2024;6(10): 1-8.
4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008; 67(12): 2072- 8.
5. Ratsrimuang A, & Saranrittichai K. The Effects of Health Literacy and Motivation Application Program on Alcohol Drinking Behavioral Reduction of Male Adolescents. *Journal of Nursing and Health Care*. 2020;38(1):49-58. (in Thai)
6. Tachavijitjaru C. Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19 Suppl 1: 1-11. (in Thai).
7. Prochaska JO, & DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1982;19(3):276-88.
8. Gupta KK, Attri JP, Singh A, Kaur H, & Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. *Saudi Journal of Anaesthesia*. 2016;10(3):328-31.
9. World Health Organization, Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, & Monteiro MG. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed. WHO; 2001.
10. Kaeodumkoeng K. Health Literacy (Processes Practices Evaluation Tool. 2nded. Ideol Digital. 2024. (in Thai)
11. Yin M, Somdee T, Yao S, Yin H, & Yangyuen S. The Effect of a Health Literacy Program on Alcohol Use among Medical Students in Hubei Province, China: A Randomized Controlled Trial. *Asian Journal of Social Health and Behavior*. 2024;7(4):180-8.
12. Nagarjuna D, & Karthikeyan E, Alcohol-associated liver disease: A review, *Gastroenterology & Endoscopy*. 2025;3(2):65-85.
13. Jantacumma N, Kaewsarn P, Hengpai K, Thamnamsin K, & Punyapet K. The Effects of Health Literacy Development Program among Alcohol Drinkers in Urban Communities on Health Literacy for Prevention and Resolution of Alcohol-related to Problems Alcohol Drinking Behaviors and Liver Enzyme Test. *Journal of Health and Health Management*. 2025; 11(1):167-80. (in Thai)
14. Abusuliman M, Milgrom Y, Mellinger J, & Parker R. Management of alcohol use disorder in alcohol-related liver disease *Frontline Gastroenterology*. 2025;16:e43-54.
15. Sudcharee P, & Duangsong R. Effects of Alcohol Drinking Prevention Program by Application of Health Literacy with “Facebook” among Student in Primary School. *KKU Journal for Public Health Research*. 2019;12(3):81-91. (in Thai)