ประสิทธิผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์: การศึกษากึ่งทดลองในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Effectiveness of Health Literacy Development on Alcohol Drinking Behavior: A Quasi-Experimental Study in the Catchment Area of Ban Nong Dee Sub-District Health Promoting Hospital, Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province

*จุฬาวัลย์ ชนะสุข ส.ม. (บริหารสาธารณสุข)**
*ปริฉัตร พิริยะพิเศษพงศ์ พย.บ.**
*บุญเรือง ขาวนวล วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)***
*จักรินทร์ ปริมานนท์ วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ)****
*พัชรี เปรมปรีดา พย.บ.**
*อนันตพล แซ่ตั้น ส.บ. (สาธารณสุขชุมชน)*****

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี*
***คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ*
****วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง*
คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
*****โรงพยาบาลนบพิตำ*

*Julawan Chanasuk M.P.H. (Public Health Administration)**
*Parichat Piriyapisetpong B.N.S.**
*Boonruang Khaonuan M.Sc. (Public Health)***
*Chakkarin Parimanon M.Sc. (Health System Management)****
*Patcharee Prempreeda B.N.S.**
*Anantapol Saetan B.P.H. (Community Public Health)*****

**Ban Nong Dee Sub-district Health Promoting Hospital*
***Faculty of Public Health and Sports Science, Thaksin University*
****Sirindhorn College of Public Health Trang,*
Faculty of Public Health, Praboromarajchanok Institute
*****Nopphitam Hospital*

Received: December 29, 2025
Revised: March 23, 2026
Accepted: March 27, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองนี้ เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการ ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบเจาะจง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปและมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงตามเกณฑ์ AUDIT จำนวน 47 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการ ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระยะดำเนินการ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่ามัธยฐานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

Corresponding Author: บุญเรือง ขาวนวล *E-mail: boonruang@tsu.ac.th*

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยทักษะที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะการเข้าใจ เพิ่มจาก 2.50 เป็น 2.75(p = 0.004) ทักษะการไต่ถาม เพิ่มจาก 2.00 เป็น 2.50 (p <0.001) ทักษะการตัดสินใจ เพิ่มจาก 2.25 เป็น 2.50 (p = 0.008) และทักษะการนำไปใช้ เพิ่มจาก 2.25 เป็น 2.75 (p <0.001) ยกเว้นทักษะการเข้าถึงที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.066) สำหรับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ลดลงจาก 16.00 เป็น 14.00 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003) โดยพฤติกรรมระดับอันตรายลดลงเปลี่ยนเป็นระดับเสี่ยง หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้โดยเน้นทักษะการไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ พร้อมทั้งขยายระยะเวลาดำเนินโปรแกรมให้มากกว่า 12 สัปดาห์ และกำหนดให้มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental, one-group pretest-posttest study aimed to compare health literacy and alcohol consumption behaviors before and after participating in a health promotion program designed to develop health literacy regarding the reduction and cessation of alcohol consumption. A purposive sampling method was used to select a sample of 47 individuals aged 15 years and older who exhibited hazardous alcohol consumption behaviors according to the AUDIT criteria. The instruments used to evaluate the program's effectiveness included a health literacy assessment tool for alcohol drinkers and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). The sample participated in the 12-week health promotion program focused on health literacy development for alcohol reduction and cessation. Data were analyzed using descriptive statistics, and pre- and post-program medians were compared using the Wilcoxon signed-rank test at a significance level of 0.05.

The results revealed that the sample's health literacy scores increased across all domains. The skills with statistically significant increases level included comprehension skills increasing from 2.50 to 2.75 (p=0.004), inquiring skills increasing from 2.00 to 2.50 (p <0.001), decision-making skills increasing from 2.25 to 2.50 (p=0.008), and application skills increasing from 2.25 to 2.75 (p <0.001), except for access skills, which showed no statistical significance (p=0.066). Regarding alcohol consumption behavior, the score significantly decreased from 16.00 to 14.00 (p=0.003), shifting the behavior level from harmful to hazardous. Public health agencies can adapt and implement this program by emphasizing inquiry, decision-making, and application skills. Furthermore, the program duration should be extended beyond 12 weeks, with continuous follow-up evaluations scheduled every three months to ensure sustainable behavior modification.

Keywords: Health literacy, Alcohol drinking behavior, Health literacy development program

บทนำ

แอลกอฮอล์เป็นสารมึนเมาที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและกระบวนการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในหลายระดับ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือว่าเป็นสารก่อมะเร็งซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งหลายชนิด อีกทั้งยังมีฤทธิ์กดภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคติดต่ออื่น ๆ[1] การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพลำดับที่ 7

ที่เป็นสาเหตุการตายและความพิการของประชากรโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งในกลุ่มประชากรอายุ 15-49 ปี ผู้เสียชีวิตจากโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 5.30 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยร้อยละ 75.00 เป็นเพศชาย สาเหตุการเสียชีวิตจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ ได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรและการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29.00) โรคระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 21.00) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 19.00) โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 13.00) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 13.00) และคิดเป็นร้อยละ 7.20 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งหมด[2] นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อบุคคลรอบข้าง ชุมชน และสังคม ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาความรุนแรง อุบัติเหตุจราจร อาชญากรรม และคดีความต่าง ๆ อันส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล[3] สำหรับประเทศไทยมีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรอยู่ในอันดับที่ 41 ของโลก[4] ซึ่งถือเป็นอันดับที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย แนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไประหว่าง ปี 2550-2567 พบว่า จำนวนผู้ดื่มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2550-2558 จากนั้นลดลงในปี 2560 เหลือ 15.90 ล้านคน (ร้อยละ 28.40) อย่างไรก็ตาม ในปี 2567 พบการเพิ่มขึ้นเป็น 20.90 ล้านคน (ร้อยละ 35.20) คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.80 เมื่อเทียบกับปี 2560 สถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ภาคใต้ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราการดื่มอยู่ที่ร้อยละ 23.20 แม้จะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ 35.20) แต่ก็ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงประชากรเกือบหนึ่งในสี่ที่ยังคงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมในพื้นที่[5] ในส่วนของจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2564 มีดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์อยู่ที่ 0.33 พบปัญหาที่เด่นชัดคือ การทะเลาะวิวาทจากการดื่ม (ร้อยละ 39.20) การทำร้ายร่างกาย (ร้อยละ 28.40) และมีครัวเรือนที่ดื่มในบ้านสูงถึงร้อยละ 80.30 นอกจากนี้ยังพบการละเมิดกฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 12.80) และคดีขับขี่ขณะมึนเมา (ร้อยละ 11.60) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและสังคมอย่างต่อเนื่อง[6] สำหรับสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดียังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากข้อมูลพบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ร้อยละ 13.82[7] ด้วยความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลจึงได้กำหนดให้ประเด็นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติดเป็นวาระสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาพื้นที่

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพในเชิงบูรณาการ โดยนิยามว่าหมายถึงทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและขีดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและนำสารสนเทศไปใช้ประโยชน์ในรูปแบบที่เอื้อต่อการส่งเสริมและรักษาภาวะสุขภาพอันพึงประสงค์[8] ในบริบทของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจะมีขีดความสามารถในการทำความเข้าใจสารสนเทศและการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งส่งผลให้มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิผล[9] โดยผลการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกองเสา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้ที่มีทักษะการเข้าถึงสารสนเทศในระดับไม่เพียงพอมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายสูงกว่าผู้ที่มีทักษะในระดับเพียงพอถึง 5.51 เท่า[10] และการศึกษาความ

รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี แสดงให้เห็นปัญหาสำคัญ พบผู้มีทักษะ “ไม่พอเพียง” ในสัดส่วนที่สูง โดยเฉพาะทักษะการไต่ถามที่สูงถึงร้อยละ 44.57 ใกล้เคียงกับผู้มีทักษะพอเพียง (ร้อยละ 46.74) รวมถึงทักษะการนำไปใช้ (ร้อยละ 35.87) และทักษะการตัดสินใจ (ร้อยละ 32.61) สะท้อนว่าผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกือบครึ่งหนึ่งขาดความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ[7] ไม่สามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและตัดสินใจอย่างเหมาะสมได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ จากหลักฐานเชิงวิชาการแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลายมิติ ได้แก่ การตัดสินใจดื่ม รูปแบบการดื่ม ปริมาณการดื่ม และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงจากการดื่ม ด้วยเหตุนี้ กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มเสี่ยงให้มีความปลอดภัยมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมการบริโภคในระดับอันตรายหรือมีภาวะพึ่งพิงสารแอลกอฮอล์ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเร่งด่วน

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการ ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ (ธันวาคม พ.ศ.2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนทั้งสิ้น 111 คน[11] ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1 โดยเลือกสถิติ Wilcoxon signed-rank test (matched pairs) กำหนดพารามิเตอร์สำหรับการทดสอบแบบทางเดียว ดังนี้ ขนาดอิทธิพล ระดับปานกลางที่ 0.50 ค่าอำนาจการทดสอบ 0.95[12] และระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 47 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์ในการคัดเลือก

1. มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยง ตามเกณฑ์ AUDIT

2. ไม่มีอุปสรรคด้านสุขภาพหรือการเจ็บป่วยรุนแรงที่ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรม

3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ด้วยตนเอง

2. ไม่สามารถให้ข้อมูลในแบบสอบถามได้ครบถ้วนตามกำหนด

3. ไม่สามารถเข้าร่วมร่วมโปรแกรมได้ครบทุกกิจกรรม

เครื่องมือและการตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 2 ชุด ได้แก่

1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 5 ข้อ เก็บข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และช่องทางการรับข้อมูล

ความรู้เกี่ยวกับโทษและผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ทำ (0 คะแนน) ทำได้ยากมาก (1 คะแนน) ทำได้ยาก (2 คะแนน) ทำได้ง่าย (3 คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (4 คะแนน) คะแนนรวมในแต่ละทักษะ 16 คะแนน[13] จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ระดับ ดังนี้ ดีเยี่ยม (ช่วงคะแนน ร้อยละ 90.00-100.00) พอเพียง (ช่วงคะแนน ร้อยละ 89.90-75.00) มีปัญหา (ช่วงคะแนน ร้อยละ 74.90-60.00) และไม่พอเพียง (ช่วงคะแนน ต่ำกว่า ร้อยละ 60.00) แบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.81 การทดสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก[14] ประเมินพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง การแปลผลคะแนน AUDIT แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เสี่ยงต่ำ (ต่ำกว่า 8 คะแนน) ดื่มแบบเสี่ยง (8-15 คะแนน) ดื่มแบบอันตราย (16-19 คะแนน) และมีแนวโน้มภาวะติดสุรา (ตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการ ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์การสอนด้านสุขศึกษา จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.79 ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมและสามารถวัดเนื้อหาที่ต้องการศึกษาได้อย่างครอบคลุม โดยระยะเวลาดำเนินการตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบอย่างครบถ้วน และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

การพัฒนาทักษะการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล ของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 แนะนำแหล่งข้อมูลสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ (45 นาที) ด้วยการบรรยาย

กิจกรรมที่ 2 ฝึกค้นหาข้อมูลด้วยสมาร์ทโฟน (30 นาที) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 คน ฝึกค้นหาข้อมูล 3 หัวข้อ คือ อวัยวะที่ถูกทำลายจากแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มที่ปลอดภัย และคลินิกเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช บรรยายเทคนิคการใช้คำค้นที่มีประสิทธิภาพและให้คำแนะนำแต่ละกลุ่มอย่างใกล้ชิด

กิจกรรมที่ 3 ประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล (45 นาที) ด้วยการบรรยายเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเว็บไซต์ราชการกับบล็อกส่วนตัว หลักเกณฑ์ 5 ข้อในการประเมินความน่าเชื่อถือ ได้แก่ ผู้เขียน/หน่วยงาน วันที่เผยแพร่ แหล่งอ้างอิง ภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับแหล่งอื่น จากนั้นกลุ่มตัวอย่างฝึกประเมินข้อมูล 5 รายการ และร่วมกันอภิปราย

กิจกรรมที่ 4 การอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (50 นาที) โดยแจกเอกสาร ได้แก่ แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโทษของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย บทความแอลกอฮอล์กับโรคตับ และอินโฟกราฟิกสถิติการเสียชีวิตจากแอลกอฮอล์ ให้กลุ่มตัวอย่างอ่าน 20 นาที จากนั้นอธิบายศัพท์ทางการแพทย์ พร้อมใช้แผ่นภาพอวัยวะประกอบการอธิบาย

กิจกรรมที่ 5 วิเคราะห์และตีความข้อมูลสถิติ (30 นาที) นำเสนอตัวอย่างภาพกราฟ 3 ชุด แสดงข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตแต่ละภูมิภาค อัตราการเกิดโรคตับใน

ผู้ดื่มและไม่ดื่ม และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค จากนั้นสอนวิธีอ่านกราฟ 5 ขั้นตอน แบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4 คน ให้วิเคราะห์กราฟ 1 ชุดและนำเสนอ โดยผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน

กิจกรรมที่ 6 ความเชื่อมโยงข้อมูลกับชีวิตจริง (40 นาที) กลุ่มตัวอย่างชมวีดิทัศน์ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ 10 นาที แล้วให้เขียน 3 ประเด็น คือ ผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย ผลต่อสุขภาพตนเองในอีก 5 ปี และความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มของตนเอง จากนั้นเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เขียน โดยผู้วิจัยสรุปและเน้นย้ำการนำความรู้ไปใช้ตัดสินใจ

สัปดาห์ที่ 2 การพัฒนาทักษะการไต่ถาม การตัดสินใจและการนำไปใช้ ของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 การตั้งคำถามเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ (75 นาที) โดยบรรยายเทคนิค 5W1H ในการตั้งคำถาม ได้แก่ Who (ใครให้ข้อมูล) What (ข้อมูลคืออะไร) When (เป็นข้อมูลปัจจุบันหรือไม่) Where (ข้อมูลมาจากไหน) Why (ทำไมต้องบอกข้อมูลนี้) และ How (มีหลักฐานอย่างไร) จากนั้นให้ชมตัวอย่างสื่อโฆษณาแอลกอฮอล์ 3 รายการ ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกตั้งคำถามและเขียนลงในใบงาน ผู้วิจัยให้คำแนะนำรายบุคคล

กิจกรรมที่ 8 การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือและอคติ (45 นาที) ผู้วิจัยแจกสื่อ 4 ชนิด แบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4 คน ให้วิเคราะห์สื่อ 1 ชนิด โดยตอบคำถาม จุดประสงค์และควรเชื่อถือหรือไม่ เพราะเหตุใด จากนั้นนำเสนอและอภิปรายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 9 การวิเคราะห์สถานการณ์และทางเลือก (50 นาที) ให้ความรู้กระบวนการตัดสินใจ 5 ขั้นตอน ได้แก่ระบุปัญหา หาข้อมูล พิจารณาทางเลือก การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสีย ตัดสินใจและวางแผน จากนั้นให้สถานการณ์จำลอง 3 กรณี แบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4 คน ให้แต่ละกลุ่มเลือกวิเคราะห์ 1 กรณีตาม 5 ขั้นตอนและนำเสนอแลกเปลี่ยนกับผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 10 การนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (20 นาที) กลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการวิเคราะห์และทางเลือกที่เหมาะสมพร้อมเหตุผล กลุ่มอื่นตั้งคำถามและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ

กิจกรรมที่ 11 การฝึกตัดสินใจในสถานการณ์จริง (50 นาที) กลุ่มตัวอย่างทำแบบฝึกหัดแผนการตัดสินใจของฉัน 7 ประเด็น ได้แก่ พฤติกรรมและผลของพฤติกรรมการดื่มปัจจุบัน ความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง การประเมินทางเลือก การตัดสินใจเลือก เหตุผลในการเลือก และวิธีบรรลุเป้าหมาย จากนั้นเปิดโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยสรุปและให้ข้อเสนอแนะ

กิจกรรมที่ 12 การประเมินพฤติกรรมของตนเองและตั้งเป้าหมาย (60 นาที) ทบทวนคะแนน AUDIT ของตนเองและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทำแบบฝึกหัดการประเมินตนเอง 5 ข้อ ได้แก่ ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่ม พฤติกรรมการดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ครอบครัว และการทำงาน จุดแข็งของตนในการควบคุมพฤติกรรม อุปสรรคในการปฏิบัติ รูปแบบพฤติกรรมของตนเองที่ต้องการปรับเปลี่ยน และตั้งเป้าหมายการลดหรือเลิกดื่ม โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษารายบุคคลและช่วยปรับเป้าหมายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของแต่ละคน

กิจกรรมที่ 13 การวางแผนปฏิบัติการ (60 นาที) ให้กลุ่มตัวอย่าง จัดทำแผนการลดและเลิกดื่ม นำเสนอแผนของตนเองและรับฟังข้อเสนอแนะจากสมาชิกในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 14 การฝึกปฏิบัติเทคนิคจัดการสถานการณ์เสี่ยง (60 นาที) 4 วิธี ได้แก่ การปฏิเสธอย่างสุภาพ การหาทางเลือกอื่น การขอความช่วยเหลือ การผ่อนคลายด้วยวิธีอื่น โดยจับคู่ให้ฝึกปฏิบัติการปฏิเสธและจัดการในสถานการณ์ต่าง ๆ

สัปดาห์ที่ 3–11 การกระตุ้นความรอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มโดยบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามและเยี่ยมให้กำลังใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro–Wilk test เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วย Wilcoxon signed-rank test กำหนดนัยสำคัญ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2567/287 รับรองเมื่อ 30 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

ผู้มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 47 คน ส่วนใหญ่ เพศหญิง (ร้อยละ 59.57) อายุ 50-41 ปี และ 60-51 ปี ร้อยละ 31.91 เท่ากัน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.60 กลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 10.64) การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยผ่านทางบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 51.06 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=47)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	40.43
หญิง	28	59.57
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	2	4.26
31-40 ปี	9	19.15
41-50 ปี	15	31.91
51-60 ปี	15	31.91
60 ปีขึ้นไป	6	12.77
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	5	10.64
ประถมศึกษา	16	34.04
มัธยมศึกษา	18	38.30
ปริญญาตรี	8	17.02
สภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว		
ไม่มี	36	76.60
โรคเบาหวาน	1	2.13
โรคความดันโลหิตสูง	5	10.64

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=47) (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
โรคไขมันในหลอดเลือด	3	6.38
อื่น ๆ	2	4.26
ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
เว็บไซต์ของหน่วยงาน	4	8.51
สื่ออิเล็กทรอนิกส์	17	36.17
บุคลากรสาธารณสุข	24	51.06
เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่	1	2.13
สื่อวีดิทัศน์	1	2.13

การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่ามัธยฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าใจ จาก 2.50 เพิ่มเป็น 2.75 (p = 0.004) ทักษะการไต่ถาม จาก 2.00 เพิ่มเป็น 2.50 (p < 0.001) ทักษะการตัดสินใจ จาก 2.25 เพิ่มเป็น 2.50 (p =0.008) และทักษะการนำไปใช้ จาก 2.25 เพิ่มเป็น 2.75 (p < 0.001) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นทักษะการเข้าถึงข้อมูลที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.066) สำหรับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การดื่มจาก 16.00 ลดลงเป็น 14.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003) โดยพฤติกรรมเปลี่ยนจากระดับการบริโภคแบบอันตรายลดลงเป็นการบริโภคแบบเสี่ยง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการทดลอง (n=47)

ทักษะ/พฤติกรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	*p*-value
	Median	IQR	ระดับ	Median	IQR	ระดับ		
การเข้าถึง	2.50	1.25	มีปัญหา	2.50	1.00	มีปัญหา	-1.836	0.066
การเข้าใจ	2.50	1.50	มีปัญหา	2.75	1.25	มีปัญหา	-2.864	0.004
การไต่ถาม	2.00	1.25	ไม่พอเพียง	2.50	1.00	มีปัญหา	-5.052	<0.001
การตัดสินใจ	2.25	1.25	ไม่พอเพียง	2.50	1.00	มีปัญหา	-2.672	0.008
การนำไปใช้	2.25	1.25	ไม่พอเพียง	2.75	1.00	มีปัญหา	-3.815	<0.001
พฤติกรรมการดื่ม	16.00	5.00	อันตราย	14.00	4.00	เสี่ยง	-2.954	0.003

อภิปรายผล

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สามารถปรับเปลี่ยนทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายมิติ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ทักษะการเข้าใจข้อมูลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) มีการพัฒนาโดยมัธยฐานคะแนนหลังการทดลองเท่ากับ 2.75 แม้ว่าจะยังคงอยู่ในระดับมีปัญหา แต่การเพิ่มขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อพัฒนาความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจเอกสารสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้สื่อที่หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ แผ่นพับ บทความวิชาการ และวีดิทัศน์ ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่มีความซับซ้อนได้ดีขึ้น การอธิบายศัพท์ทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ เช่น ตับแข็ง ตับอักเสบ มะเร็งตับ พร้อมทั้งการใช้แผ่นภาพอวัยวะประกอบการอธิบาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเชื่อมโยงความรู้กับชีวิตจริงได้มากขึ้น สอดคล้องกับหลักการออกแบบการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคลในการเรียนรู้ ได้แก่ เทคนิคการจดจำโดยใช้การสังเกต การจำ การสร้างแผนภาพความคิดและสัญลักษณ์[13] ซึ่งกระบวนการฝึกทักษะการสร้างความเข้าใจ ต้องใช้สื่อที่จัดทำขึ้นด้วยเทคนิคการใช้ภาพเป็นสื่อประกอบสำหรับกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ รวมทั้งกำหนดแนวทางในการใช้เทคนิคการสอนกลับ รวมถึงผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน[16] โดยแปรแกรมดังกล่าวเน้นการอภิปรายกลุ่ม การฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงดื่มหน้าใหม่ของนักเรียนในจังหวัดนครราชสีมา[17] พบว่ากระบวนการใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 12 สัปดาห์ ด้วยการอ่าน การวิเคราะห์สถานการณ์สมมติ สามารถพัฒนาทักษะการเข้าใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับทักษะการไต่ถามแสดงการพัฒนาที่โดดเด่นที่สุดในการศึกษานี้ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($p<0.001$) มัธยฐานคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.00 ซึ่งอยู่ในระดับไม่พอเพียง เป็น 2.50 ซึ่งอยู่ในระดับมีปัญหา การพัฒนาที่ชัดเจนนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ โดยเฉพาะการสอนเทคนิค 5W1H ในการตั้งคำถาม ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล วิเคราะห์อคติในสื่อโฆษณา และประเมินคุณภาพของข้อมูลสุขภาพได้ดีขึ้น การที่กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติจริงด้วยการวิเคราะห์โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข่าวสารจากโซเชียลมีเดีย และรายงานทางวิชาการ ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้คำถามเป็นกระบวนการเรียนรู้สามารถพัฒนาความคิดของกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากการถามทำให้กลุ่มเป้าหมายใช้ความคิดเชิงเหตุผล วิเคราะห์ สังเคราะห์หรือการประเมินค่าเพื่อจะตอบคำถามเหล่านั้น[18] ในส่วนของทักษะการตัดสินใจพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) โดยมัธยฐานคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.25 ซึ่งอยู่ในระดับไม่พอเพียง เป็น 2.50 ซึ่งอยู่ในระดับมีปัญหา การพัฒนาทักษะนี้เป็นผลมาจากกิจกรรมที่เน้นกระบวนการตัดสินใจแบบเป็นขั้นตอน ได้แก่ การระบุปัญหา การหาข้อมูล การพิจารณาทางเลือก การชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสีย และการตัดสินใจและวางแผน การให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จำลองที่สอดคล้องกับชีวิตจริง ซึ่งเป็นไปตามหลักคิดของการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ โดยกระบวนการพัฒนาต้องมีหลักการและข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา โดยใช้วิจารณญาณและความรอบคอบมีเหตุผล ทั้งนี้กระบวนการตัดสินใจนั้นแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่ การพิจารณาถึงปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การพิจารณาค้นหาทางเลือก การตัดสินใจทางเลือก การปฏิบัติตามทางเลือก และการติดตามประเมินผล[19] และทักษะการนำไปใช้แสดงการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($p < 0.001$) มัธยฐานคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.25 ซึ่งอยู่ในระดับไม่พอเพียง เป็น 2.75 ซึ่งอยู่ในระดับมีปัญหา ทักษะนี้

ถือเป็นทักษะสุดท้ายที่เชื่อมโยงความรู้และการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติจริง การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาทักษะนี้อย่างเป็นระบบผ่านกิจกรรมการประเมินพฤติกรรมของตนเอง การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นไปได้ การวางแผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม และการฝึกเทคนิคการจัดการสถานการณ์เสี่ยง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและความสามารถในการนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน การติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ยังช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง[20] ที่อธิบายว่าบุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เมื่อเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและได้รับการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม การที่กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ อย่างเป็นขั้นตอนและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนน AUDIT ลดลงจาก 16.00 ซึ่งอยู่ในระดับการดื่มแบบอันตราย เป็น 14.00 ซึ่งอยู่ในระดับการดื่มแบบเสี่ยง การลดลงของคะแนนนี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเป็นรูปธรรม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะยังคงอยู่ในระดับเสี่ยง แต่การเปลี่ยนจากระดับอันตรายมาเป็นระดับเสี่ยงถือเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญในการลดอันตรายต่อสุขภาพและชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่อำเภอปากเกร็ด[12] พบว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งเสริมสร้างความสามารถในการทำความเข้าใจ ถ่ายทอดข้อมูล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม โดยผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในการซักถาม แสดงความคิดเห็น และไตร่ตรองผลการเรียนรู้ตลอดกระบวนการทำกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้กับกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่น ทั้งนี้ควรเน้นการพัฒนาทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ซึ่งแสดงผลการพัฒนาอย่างชัดเจนและมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งจัดให้มีการติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ควรขยายระยะเวลาดำเนินงานให้มากกว่า 12 สัปดาห์ และจัดโปรแกรมติดตามผลระยะยาว เนื่องจากแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทักษะส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับมีปัญหาและพฤติกรรมการดื่มยังอยู่ในระดับเสี่ยง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถลดหรือเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยติดตามผล 6 เดือนหรือ 1 ปี พัฒนาโปรแกรมที่เน้นทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างเข้มข้นพร้อมศึกษาปัจจัยอุปสรรค และศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในประชากรที่หลากหลาย เช่น วัยรุ่น สตรี หรือผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความยั่งยืนและความเหมาะสมของโปรแกรมในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง อาจส่งผลให้ข้อสรุปด้านประสิทธิผลของโปรแกรมได้รับอิทธิพลจากตัวแปรแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างห้วงเวลาการทดลอง

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในบริบทของพื้นที่ศึกษาเฉพาะ อาจเป็นข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มอื่นที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

3. การประเมินพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นข้อมูลจากการรายงานตนเอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากอคติในการตอบแบบสอบถามตามความคาดหวังของสังคม เนื่องจากเป็นประเด็นที่มีความละเอียดอ่อน

4. ระยะเวลาในการติดตามผล 12 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยและองค์ความรู้จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ และสมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ (สมว.) ขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Alcohol [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1.
2. ภูมิฐาน สวัสดี, เพียงพิมพ์ ปัณระสี. ลักษณะและการกระจายตัวของร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลหนึ่งในพื้นที่ชนบทเขตภาคเหนือตอนล่างของไทย. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2568; 19(3): 59-74.
3. สุพิชญา มั่นคง, ธนชาติ เราประเสริฐ. ทฤษฎีอิทธิพลไทรอาดิก: โมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของพนักงานในอุตสาหกรรมยานยนต์และชิ้นส่วนในประเทศไทย. วารสารศรีปทุมปริทัศน์ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2565; 22(2): 34-45.
4. นันท์นภัส นามเกษม, นันท์นภัส เกตน์โกศัลย์, จักรกฤษณ์ พลราชม. ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น: องค์ความรู้และความท้าทายของการส่งเสริมสุขภาพ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2568; 41(1): 229-39.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
6. พลเทพ วิจิตรคุณากร, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์(1992); 2565.
7. ปริฉัตร พิริยะพิเศษพงศ์, พัชรี เปรมปรีดา, จักรินทร์ ปริมานนท์, บุญเรือง ขาวนวล, จุฬาวัลย์ ชนะสุข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2567; 6(3): 115-28.
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000; 15(3): 259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
9. Okan O, Rowlands G, Sykes S, Wills J. Shaping alcohol health Literacy: A systematic concept analysis and review. Health Lit Res Prac 2020; 4(1): e3-20. doi: 10.3928/24748307-20191104-01.
10. ณัฐิยา ชูพงศ์, บุญเรือง ขาวนวล, จักรินทร์ ปริมานนท์. อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกองเสา อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2568; 11(1): 91-102.

11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขายาเสพติด 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/nst/public/standard-report-detail/217bf5d3be-296fad9d708affeeaff6ed?subcatalogId=06b9ffbd9fa83f29fef3a7e7ba8119d6.
12. นภาเพ็ญ จันทขัมมา, พัทยา แก้วสาร, ขวัญทิพย์ เฮงไป๋, กชกร ธรรมนำศีล, กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนเมืองต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และค่าเอนไซม์ตับ. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2568; 11(1): 167-80.
13. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, จำเนียร ชุณหโสภาค. การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ร่มพฤกษ์ 2564; 39(2): 193-220.
14. ปริทรรศ ศิลปะกิจ, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ทานตะวันเปเปอร์; 2552.
15. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ การปฏิบัติ เครื่องมือประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไอดีออลดิจิตอลพริ้นท์; 2567.
16. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรีวงค์ หวังมั่น. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(3): 419-29.
17. ศิริวรรณ พิมพ์จันทร์, สาโรจน์ เพชรมณี, ธณกร ปัญญาใสโสภณ. ประสิทธิผลโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2567; 39(1): 12-23.
18. ฟาตีฮะห์ มะมิง, มูหำมัดสุไหมี เฮงยามา, พิมพ์ปวีณ์ สุวรรณโณ, มูฮัมหมัด เนสะและ. การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการสอน 5W1H ร่วมกับสื่อยูทูป (YouTube) รายวิชาอัลอัคลาก สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3. วารสารประเด็นอิสลามร่วมสมัย 2567; 5(1): 1-16.
19. นิกร จันภิลม, สุภาณี เส็งศรี, เชษฐา แก้วพรม, ดิเรก ธีระภูธร. การพัฒนาระบบการเรียนการสอนโดยใช้ชุดสถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับ กระบวนการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต สำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ 2567; 14(1): 176-90.
20. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.