

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่มีรูปแบบการดื่มแบบเสี่ยงต่ำหรือเสี่ยงสูง  
**The Effects of a Behavioral Change Program in low risk drinker or hazardous drinker individuals**

นุสรรา ศรีกิจวิไลศักดิ์\*, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์\*\*

\*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**Nusara Srikitvilaisak\*, Sirima Mongkolsomlit\*\***

\*Master degree student for Health promotion program, Faculty of Public health, Thammasat University

\*\*Assistant Professor Faculty of Public Health, Thammasat University

### บทคัดย่อ

รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์มี 4 รูปแบบ คือการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ เสี่ยงสูง อันตรายและแบบติด ซึ่งในสองรูปแบบหลังจำเป็นต้องได้รับการบำบัดแต่สองรูปแบบแรกสามารถใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือเลิกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่มีรูปแบบการดื่มแบบเสี่ยงต่ำและเสี่ยงสูง ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้รูปแบบการศึกษาที่ทดลองกับกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกัน ( $p < 0.001$ ) และระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลองมีความแตกต่างกัน ( $p < 0.001$ ) ระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบพฤติกรรมการดื่มระดับสูง ( $> 3$  วัน/สัปดาห์) มีเพียงกลุ่มพฤติกรรมการดื่มในระดับปานกลาง ( $1-3$  วัน/สัปดาห์) และระดับน้อย ( $\leq 4$  วัน/เดือน) ทั้งนี้ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากระดับปานกลางเป็นระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 64.71 ( $p < 0.001$ ) แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในกลุ่มควบคุม

ดังนั้นการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบเสี่ยงต่ำหรือเสี่ยงสูงได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การดื่มแอลกอฮอล์รูปแบบเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ

## Abstract

There are four patterns of alcohol consumption; low risk drinker, hazardous drinker, harmful drinker and dependent drinker. The last two patterns require treatment for alcoholism and first two patterns may show improvement with a behavioral change program. The objectives of this study were to assess and further develop the effectiveness of behavioral change program for low risk or hazardous drinking individuals. The program was developed from the theory of health belief model self-efficacy theory and social support theory. The study design was quasi-experiment comprising 35 subjects and 35 controls.

The result showed that after intervention, the significant increased mean scores of health belief model, self-efficacy and social support were found among the experimental group ( $p < 0.001$ ). The experimental group had significantly better alcohol consumption level than before the experimentation ( $p < 0.001$ ) and had significantly different from the control group ( $p < 0.001$ ). The level of alcohol consumption, the only low level ( $\leq 4$  days/month) and moderate level (1-3 days/week) was found in both groups. Following the program, the low level of alcohol consumption at the moderate level was statistically significant decreased (64.71%,  $P$  value  $< 0.001$ ). No change was seen in the control group.

Therefore, the use of the combined health belief model, self-efficacy theory and social support theory can be applied effectively in the reduction of alcohol consumption in low risk drinker and hazardous drinker individuals.

**Keyword:** Behavior change program, Health belief model, Self-efficacy theory, Social support theory, Low risk drinker, Hazardous drinker

## บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาระดับโลก องค์การอนามัยโลกถือเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขเป็นอันดับ 2 รองจากโรคเอดส์ ข้อมูลองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2544 ประเทศไทยถูกจัดอันดับการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ลำดับที่ 40 ของโลก มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทปริมาณ 8.47 ลิตร/คน/ปี<sup>1</sup> โดยมีแนวโน้มความชุกของผู้ดื่มเป็นประจำตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539-2550 เพิ่มขึ้นจาก

ร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.0 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และเพิ่มขึ้นจาก 15.0 เป็นร้อยละ 21.6 ในกลุ่มอายุ 20 - 24<sup>2</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจการดื่มสุราของคนไทยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2554 มีผู้ดื่มสุราอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 16,992,017 คน โดยเพศชายและเพศหญิงนิยมดื่มในช่วงอายุ 25-59 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.3, 13.4 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวช่วงวัยทำงานถือว่ามีพฤติกรรมในการดื่มมากที่สุด สำหรับการดื่มในแต่ละภูมิภาค ประชากร

ภาคเหนือมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดและมีความชุกของผู้ดื่มสุราอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.4 สูงที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นและสูงกว่าความชุกการดื่มในภาพรวมของประเทศ (ร้อยละ 31.5)<sup>3</sup> องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าประมาณ 2 พันล้านคนทั่วโลกมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอีก 76.3 ล้านคนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุก่อโรคถึงกว่า 60 โรค<sup>๒</sup> ในปีพ.ศ.2542 มีรายงานผลกระทบจากภาวะโรคที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียทางสุขภาพของประชากรไทย และเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพอันดับหนึ่งในผู้ชายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยโรคตับแข็ง<sup>4</sup> และข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยปีพ.ศ.2546 พบว่า ความชุกของปัญหาโรคจิตเวชจากการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 28.52<sup>5</sup> ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าประกอบด้วยปัจจัยระดับตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลหรือปัจจัยทางสังคม ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ ทักษะคิดต่อการดื่ม การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธการดื่ม ความผูกพันในครอบครัว ถูกเพื่อนชักชวนโดยไม่สามารถปฏิเสธได้เพราะกลัวไม่เป็นที่ยอมรับ และสื่อโฆษณา เป็นต้น<sup>6-8</sup>

จังหวัดพิจิตรมีความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 11.4 เป็นอันดับที่ 40 ของประเทศ<sup>๙</sup> จากการรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร พบว่า สถานการณ์ความชุกผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2554 - 2556 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.76 เป็นร้อยละ 11.4<sup>10</sup> และข้อมูลของโรงพยาบาลบางมูลนาก พบว่า ประชาชนได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์มารับบริการด้านสุขภาพตั้งแต่

ปี พ.ศ. 2554 - 2556 เช่น การเกิดอุบัติเหตุ หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการเข้ารับบำบัดสุรา ร้อยละ 14.89, 21.89 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอำเภอบางมูลนากมีแนวโน้มความชุกผู้ดื่มแอลกอฮอล์และผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เมื่อทบทวนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้สร้างความตระหนัก การบังคับใช้กฎหมายควบคุมการซื้อ การขายและการกระทำผิดจากการดื่มสุรา การรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการดื่มสุราและบำบัดผู้ติดสุรา ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวไม่สามารถแก้ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>11</sup>

สำหรับรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ มี 4 รูปแบบ คือ การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ เสี่ยงสูง อันตราย และแบบติด ซึ่งในสองรูปแบบหลังจำเป็นต้องได้รับการบำบัดแต่สองรูปแบบแรกสามารถใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือเลิกพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะช่วยให้เกิดการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเมื่อมีการรับรู้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงและก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เช่น โรคมะเร็งตับ ตับแข็ง การทะเลาะวิวาท ก่อคดีอาชญากรรม อุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ที่ได้จะทำให้ตระหนักถึงภัยคุกคาม ผลที่ได้จะนำไปสู่ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสามารถเผชิญอุปสรรคที่เป็นผลมาจากการคาดการณ์ล่วงหน้าจากประสบการณ์เดิมของบุคคล<sup>12</sup> นอกจากนี้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนจะช่วยส่งเสริมความสามารถในตนเองต่อการการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์และจัดการอารมณ์ที่ชักนำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์และผลดีของการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ โดยการฝึกหัดทักษะ

การปฏิเสธ ทักษะการจัดการอารมณ์ ก่อเกิดแรงผลักดันและกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน<sup>13</sup> และร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีความอารมณ์มั่นคง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่รู้สึกท้อแท้หรือด้อยค่าในขณะเผชิญอุปสรรคโดยมีบุคคลอื่นในสังคมคอยช่วยสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ สิ่งของ และข้อมูลข่าวสาร<sup>14</sup> ซึ่งยังไม่พบว่ามีการนำทั้ง 3 ทฤษฎีมาประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่ม และคาดว่าผลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และจะสามารถลดปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคต

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test post-test two group designs) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-60 ปีและเป็นกลุ่มที่รูปแบบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสียงต่ำหรือเสียงสูง (AUDIT)<sup>15</sup> อาศัยในหมู่ 8 (กลุ่มทดลอง) และหมู่ 2 (กลุ่มควบคุม) ต.เนินมะกอก อ.บางมูลนาก จ.พิจิตร ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน จากสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน<sup>16</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $Z_{\alpha}=1.96$ ) อำนาจการทดสอบ 99% ( $Z_{1-\alpha}=2.33$ ) โดยอ้างอิงผลจากผลการศึกษาของจินตล จำปาถะ<sup>17</sup>

( $n=25$ ,  $sd1=5.26$ ,  $n2=25$ ,  $sd2=7.79$ ,  $\mu_1=29.69$ ,  $\mu_2=22.72$ ) คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 35 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสียงต่ำหรือเสียงสูงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับตัวอักษรโดย 1) กำหนดหมายเลขประจำตัวให้กับประชากรตามลำดับตัวอักษร 2) ทหารั้วส่วนระหว่างประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากสูตร  $K = N/n$  ( $K =$  อัตราส่วน,  $N =$  ประชากร,  $n =$  กลุ่มตัวอย่าง) 3) สุ่มสมาชิกคนแรกโดยใช้วิธีการสุ่มจับฉลากหมายเลขทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ 4) เลือกสมาชิกคนถัดไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบ โดยนับลำดับถัดไปจากผลที่ได้จากการคำนวณอัตราส่วนที่ได้จากข้อ 2 ซึ่งเริ่มนับจากหมายเลขสมาชิกคนแรกจากข้อ 3 และทำเช่นนี้กับสมาชิกคนถัดไปจนได้สมาชิกของแต่ละกลุ่มครบตามจำนวน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสียงต่ำหรือเสียงสูงจากแบบประเมินภาวะติดแอลกอฮอล์ (AUDIT)<sup>15</sup> ผลการประเมินแบ่งรูปแบบการดื่มได้ 4 รูปแบบ คือ ดื่มแบบเสียงต่ำ แบบเสียงสูง แบบอันตราย และแบบติด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วนจำนวนทั้งสิ้น 89 ข้อ และทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านคำนวณได้ค่า IOC > 0.5 และนำไปทดลองใช้ (try out) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน อายุดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก สาเหตุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รูปแบบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลักษณะพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ต่อพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 20 ข้อ (Alpha Coefficient = 0.806)

ส่วนที่ 3 สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ (ค่า Alpha Coefficient = 0.802)

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ (ค่า Alpha Coefficient = 0.856)

ส่วนที่ 5 ทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามมาจากการศึกษาของบุญยพัชร์ ปิยะบุญสิทธิ<sup>๑</sup> จำนวน 10 ข้อ (ค่า Alpha Coefficient = 0.815)

ส่วนที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อคำถามประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สิ่งของและข้อมูลข่าวสาร จากผู้ให้แรงสนับสนุนจำนวน 12 ข้อ (ค่า Alpha Coefficient = 0.812)

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามมาจากการศึกษาของบรรจง ครอบคง<sup>18</sup> เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามชนิดของสุร่าจำนวน 13 ชนิด คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งความถี่ของการดื่มออกเป็น 5 ระดับ การแปลผลคะแนนกำหนดช่วงระดับ 3 ระดับ โดยใช้วิธีอันตรภาคชั้นค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 – 2.33 อยู่ในระดับสูง (ดื่ม 4-6 วัน/สัปดาห์หรือดื่มทุกวัน) ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34-3.67 อยู่ในระดับปานกลาง (ดื่ม 1-3 วัน/สัปดาห์) ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.68-5.00 อยู่ในระดับน้อย (ดื่ม  $\leq 4$  วัน/เดือนหรือไม่ดื่มเลย) (ค่า Alpha Coefficient = 0.827)

3. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบตามหลักแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 7 กิจกรรมระยะเวลาดำเนินกิจกรรมรวม 7 สัปดาห์

### ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมในด้านเนื้อหาแนวคิดต่าง ๆ และแบบสอบถามที่เกี่ยวข้อง โดยการออกแบบรูปแบบกิจกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม จัดเตรียมเอกสารสื่อวีดิทัศน์

2. การศึกษาวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 2 รหัสโครงการวิจัยที่ 109/2556

3. ชี้แจงและแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย ประสานความพร้อมกลุ่มทดลองที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการ ในระหว่างการศึกษามิมีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการศึกษา

#### ขั้นดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง

การดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 7 สัปดาห์ ทดลองรวม 7 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1: กิจกรรมที่ 1 “การรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงจากพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” โดยให้ข้อมูลผลกระทบด้านลบที่ส่งผลต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้วิธีการบรรยายร่วมกับใช้ภาพข่าวและการชมวีดิทัศน์ เมื่อจบการบรรยายให้กลุ่มทดลองอภิปราย ถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อตนเองและผู้อื่น

**สัปดาห์ที่ 1: กิจกรรมที่ 2** “การรับรู้ประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม” โดยเสริมสร้างความตระหนักและป้องกันผลกระทบจากการที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงจากพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โรคที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ ความรุนแรงในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว สถานภาพการเงินของครอบครัว การได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นต้น ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมให้เกิดการเปรียบเทียบผลกระทบด้านบวกจากการไม่ดื่มแอลกอฮอล์และด้านลบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านการรับชมวีดิทัศน์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบร่วมกับการใช้ภาพพลิก

**สัปดาห์ที่ 2: กิจกรรมที่ 3** “การรับรู้อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์” นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้อุปสรรคมาใช้ออกแบบกิจกรรม โดยหาแนวทางการจัดการอุปสรรคที่เกิดจากการคาดการณ์ในทางลบล่วงหน้าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความเครียด อารมณ์ รวมถึงสถานการณ์ที่เอื้อต่อการดื่ม เป็นต้น ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบ หัวข้อ “ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์” หลังจากฟังการบรรยายประสบการณ์การแก้ปัญหาในขณะเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สถานการณ์ที่เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์และความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจจากบุคคลต้นแบบ และกลุ่มทดลองฝึกหัดทักษะการจัดการอารมณ์ หลังจากฟังการบรรยายและชมการสาธิตการจัดการอารมณ์

**สัปดาห์ที่ 2: กิจกรรมที่ 4** “การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์เพื่อให้รู้สึกมีคุณค่ากับครอบครัวและสังคม” นำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยการให้ สามีหรือภรรยา ญาติ

เป็นต้น ใช้การแสดงออกทางคำพูด เช่น การใช้ทักษะการให้กำลังใจ และการแสดงออกทางภาษากาย เช่น การให้ความรัก ความเอาใจใส่

**สัปดาห์ที่ 3: กิจกรรมที่ 5** “การรับรู้ประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเองเพื่อสร้างสมรรถนะให้กับตนเองต่อการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” นำทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนมาใช้ออกแบบกิจกรรม โดยการส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ตามปัจจัยส่งเสริมความสามารถจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น ความสำเร็จในการกระทำ การชกแจงด้วยคำพูด และการกระตุ้นอารมณ์ ร่วมกับการฝึกทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

**สัปดาห์ที่ 4: กิจกรรมที่ 6** “สร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ความมั่นใจในตนเองที่จะประสบความสำเร็จแม้มีอุปสรรค” โดยส่งเสริมให้บุคคลซึ่งเป็นผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและบุคคลที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการส่งเสริมการฝึกทักษะอย่างเพียงพอและชำนาญ เช่น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการอารมณ์ ทักษะการให้กำลังใจ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้

**สัปดาห์ที่ 3 – สัปดาห์ที่ 7: กิจกรรมที่ 7** “การให้สุขศึกษาออกเยี่ยมบ้าน” เป็นการให้การสนับสนุนในรูปแบบการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นผลจากบุคคลเกิดความเชื่อหรือความเข้าใจที่ผิดเป็นต้น โดยกลุ่มทดลองและญาติของกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแล ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตน ตอบข้อซักถาม ข้อสงสัย ติดตามอาการที่เกิดขึ้นในขณะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มให้กับกลุ่มทดลองและญาติในทุกๆ วันอาทิตย์ของแต่ละสัปดาห์ ทั้งนี้การให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือกับบุคคลที่เป็นสิ่งของ

ล้วนมีส่วนช่วยให้บุคคลพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง

### ขั้นตอนการวิจัยในกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมจะได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองภายหลังเมื่อสิ้นสุดการทดลองแล้ว 2 สัปดาห์

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลักษณะพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบค่า Fisher's exact test และ Mann Whitney U test ใช้สถิติ Paired-Sample t-test ทดสอบความแตกต่างของ

ค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มประชากรที่ไม่อิสระต่อกัน และใช้สถิติ Independent-Sample t-test ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มประชากรที่อิสระต่อกัน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 16.0

### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน รูปแบบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสาเหตุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเพราะอยากลอง ถูกทำร้าย ถูกบังคับ เพื่อนชวน ดูจากโฆษณา ได้รับการชวน จากสาวเชียร์เบียร์ หญิงบริการ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) แต่พบว่า เพศ อายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนที่แตกต่างกัน ( $p = 0.039, 0.028$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n(%)	กลุ่มควบคุม n(%)	P-value
เพศชาย/เพศหญิง	20 (57.1) / 15 (42.9)	28 (80.0) / 7 (20.0)	0.039 <sup>a</sup>
อายุ (ปี)	41.97 ± 11.91	44.63 ± 10.69	0.329 <sup>b</sup>
อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)	22.00 ± 5.60	18.46 ± 3.34	0.002 <sup>b</sup>
รายได้ต่อเดือน (บาท)	10,631.43 ± 5,229.37	8,985.70 ± 3,496.82	0.127 <sup>b</sup>
ระดับการศึกษา			0.641 <sup>a</sup>
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษาตอนต้น	10 (28.58)/3 (8.57)	15 (42.85)/4 (11.43)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปริญญาตรี	19 (54.28)/3 (8.57)	15 (42.85)/1 (2.86)	
รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์			0.212 <sup>a</sup>
เสี่ยงต่ำ/เสี่ยงสูง	25(71.43)/10 (28.57)	20(57.14)/15 (42.86)	
สาเหตุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก			
เพื่อนชวน/อยากลอง	25(71.43)/14(40.00)	21(60.00)/16(45.71)	0.314 <sup>a</sup> / 0.629 <sup>a</sup>
ถูกทำร้าย	17(48.57)	18(51.43)	0.337 <sup>a</sup>

P-value จากสถิติทดสอบ <sup>a</sup>Fisher exact test <sup>b</sup>Mann Whitney U test

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเฉลี่ย  $4.40 \pm 0.13$ ,  $3.88 \pm 0.20$ ,  $3.12 \pm 0.17$  ตามลำดับ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเฉลี่ย  $3.15 \pm 0.21$ ,  $2.89 \pm 0.14$ ,  $2.75 \pm 0.32$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ตารางที่ 2) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะ

แห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (คะแนนเฉลี่ย  $3.52 \pm 0.38$ ,  $2.90 \pm 0.49$ ,  $2.76 \pm 0.23$  ตามลำดับ) ต่ำกว่าหลังการทดลองและแตกต่างจากหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (คะแนนเฉลี่ย  $4.40 \pm 0.13$ ,  $3.88 \pm 0.20$ ,  $3.12 \pm 0.17$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และแรงสนับสนุนทางสังคมหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรต้น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	4.40	0.13	3.15	0.21	< 0.001
สมรรถนะแห่งตน	3.88	0.20	2.89	0.14	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.12	0.18	2.75	0.19	< 0.001

P-value จากสถิติทดสอบ Independent t-test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง

ตัวแปรต้น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	3.52	0.38	4.40	0.13	< 0.001
สมรรถนะแห่งตน	2.90	0.48	3.88	0.20	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.76	0.23	3.12	0.18	< 0.001

P-value จากสถิติทดสอบ Independent t-test



3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 65.71 โดยมีค่าเฉลี่ย  $4.38 \pm 0.13$  ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 100 โดยมีค่าเฉลี่ย  $3.23 \pm 0.16$  เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

ระหว่างสองกลุ่มหลังทดลองมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ตารางที่ 4) ทั้งนี้กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จากระดับปานกลางเป็นระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 64.71 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลองมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	ก่อนการทดลอง (n=35)		p - value	หลังการทดลอง (n=35)		p - value
	กลุ่มตัวอย่าง			กลุ่มตัวอย่าง		
	ทดลอง n(%)	ควบคุม n(%)		ทดลอง n(%)	ควบคุม n(%)	
ระดับปานกลาง (2.34-3.67)	34 (97.14)	35 (100)	0.403	12 (34.29)	35 (100)	< 0.001
ระดับน้อย (3.68 - 5.00)	1 (2.86)	0 (0)		23 (65.71)	0 (0)	
Mean $\pm$ SD	$3.23 \pm 0.26$	$3.17 \pm 0.17$		$4.38 \pm 0.13$	$3.23 \pm 0.16$	

P-value จากสถิติทดสอบ Independent t-test

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		P - value	การเปลี่ยนแปลง (%)
	ระดับปานกลาง (n =12)	ระดับน้อย (n =23)		
ระดับปานกลาง (2.34-3.67)	(n =34) 12	22	< 0.001	64.71
ระดับน้อย (3.68 - 5.00)	(n = 1) 0	1		0.00

P-value จากสถิติทดสอบ McNemar's test

## อภิปรายผล

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) อธิบายได้ว่า

กิจกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่จัดให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงและได้รับความรุนแรงจากพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองให้เป็นโรค เช่น ดับแข็ง โรคมะเร็งตับ หรือสร้างผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมได้เช่นกัน เช่น ทะเลาะเบาะแว้ง ความรุนแรงในครอบครัว ก่อคดีอาชญากรรม อุบัติเหตุ เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิด Rosenstock<sup>18</sup> การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมอันพึงประสงค์ ทั้งนี้กลุ่มทดลองยังได้รับคำแนะนำและประสบการณ์ความสำเร็จในเรื่องของผลดีจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จากการฟังบรรยายร่วมกับการชมภาพวีดิทัศน์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลต้นแบบ ผลที่ได้กลุ่มทดลองเห็นถึงความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบด้านบวก เช่น ที่ส่งผลต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับแนวคิด Rosenstock<sup>18</sup> บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถป้องกันการเกิดโรคหรือลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ ดังนั้นการปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นกับการเปรียบเทียบถึง

ข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรม ทั้งนี้แนวคิด Becker<sup>19</sup> ยังแนะนำว่าการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากความเคยชิน เป็นสิ่งที่ยากลำบากในการปฏิบัติให้ถูกต้องและยากที่จะกระทำให้อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจึงต้องขจัดอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบพร้อมกับฝึกหัดทักษะการจัดการอารมณ์ เช่น อารมณ์หงุดหงิดง่าย ความวิตกกังวล ช่วยส่งเสริมการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพราะกลุ่มทดลองยอมรับถึงผลดีด้านสุขภาพ ครอบครัว สังคมที่มีต่อตนเอง ครอบครัวซึ่งมีคุณค่ามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับข้อเสียและอุปสรรค สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติศักดิ์ เมืองหนู<sup>20</sup> ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ของผู้นำชุมชนจังหวัดพัทลุง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลอง

กิจกรรมตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนช่วยสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้และเชื่อมั่นในทักษะความสามารถของตนเองต่อการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ จากการเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้มีโอกาสอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับบุคคลต้นแบบ โดยมุ่งเน้นถ่ายทอดประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ผ่านวิธีการบรรยายและการชมวีดิทัศน์ คุณภาพชีวิตของตัวแบบที่ดื่มและไม่ดื่มสุรา ผลที่ได้ช่วยให้กลุ่มทดลองได้แนวทางในการปฏิบัติและข้อเสนอในการแก้ไขปัญหา ซึ่งการอภิปรายกลุ่มจะช่วยนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งนี้กลุ่มทดลองยังได้ชมการสาธิตและฝึกทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้กลุ่มทดลองประสบผลสำเร็จในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ตลอดจนการสัมภาษณ์บุคคลต้นแบบที่นำมาใช้เป็นสื่อบุคคล ซึ่งเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจะทำให้กลุ่ม

ทดลองมั่นใจว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เหมาะสมและสามารถทำได้ ตามแนวคิด Bandura<sup>10</sup> ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะทำให้มีแนวโน้มที่แน่นอนต่อความคาดหวังในผลลัพธ์สูง และความสัมพันธ์ทั้งสองนี้จะมีผลกระทบต่อการตัดสินใจจะกระทำพฤติกรรมของบุคคล สอดคล้องกับแนวคิด Bandura<sup>10</sup> บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนำไปสู่การตัดสินใจที่กระทำพฤติกรรมโดยมีการตัดสินใจแล้วว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการและสอดคล้องกับจุทาวดี กมลพรมงคล<sup>๑</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และทักษะการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์นักเรียนประถมศึกษาชาย พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลดีของการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากโปรแกรมที่จัดขึ้นนักเรียนได้รับการพัฒนาให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้นักเรียนรับรู้ถึงผลดีของการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษานี้ผู้วิจัยเน้นการปฏิสัมพันธ์ผ่านการใช้คำพูดและการแสดงออกทางกายโดยกลุ่มสามหรือภรรยาของกลุ่มทดลองซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพโดยการใช้คำพูดการให้กำลังใจ การแสดงออกถึงความห่วงใย เอาใจใส่ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกมั่นใจว่ามีคนคอยให้ความรัก รู้สึกว่าตนเองเป็นคนพิเศษและได้รับความเอื้ออาทรอยู่เสมอ สอดคล้องกับอัญชญา พวงจิต<sup>๒</sup> ที่กล่าวว่าแหล่งสนับสนุนระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เป็นแหล่งที่มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอันดับแรกและการปฏิสัมพันธ์สนับสนุนให้กลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้สำเร็จ นอกจากนี้บุคคลใกล้ชิด

ในครอบครัวแล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนมีส่วนให้การสนับสนุนในกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อรับฟังและให้ความช่วยเหลือปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์พิษภัยจากพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยกระตุ้นความตระหนักให้กับกลุ่มทดลองโดยผู้นำชุมชน คู่มือการปฏิบัติตนต่อสถานการณ์ที่ชักนำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เนื้อหาทักษะการจัดการอารมณ์ ทักษะการปฏิเสธทักษะการให้กำลังใจและความเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะเกิดขึ้นจริงในขณะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

2. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ตารางที่ 4) และการเปลี่ยนแปลงระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 64.71 (ตารางที่ 5) อธิบายได้ว่า

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง โปรแกรมนี้ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงจากพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ผลของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงภัยคุกคามนำไปสู่ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เพราะเปรียบเทียบประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อกับตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในขณะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ทั้งนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองโดยเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลต้นแบบและฝึกทักษะการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะการจัดการอารมณ์เพื่อใช้จัดการกับสถานการณ์ที่ชักนำไปสู่การมีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้แรงสนับสนุน ได้แก่ ภรรยาหรือสามี ญาติ กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ในเวลาหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สถานการณ์ปฏิเสธการชักนำดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จัดการอารมณ์หรือความอยากที่จะนำไปสู่การดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเองและไม่รู้สึกรู้ว่าต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงผู้เดียวและยังได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน โดยได้รับกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ข้อมูลข่าวสาร ผลที่ได้เยี่ยมให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงพิษภัยจากพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และช่วยให้ผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่

ผลการวิจัยสรุปได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับกลุ่มทดลองจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### ข้อเสนอแนะการวิจัย

การวิจัยนี้มีการใช้รูปแบบ เนื้อหาและกิจกรรมภายในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ออกแบบให้มีความสอดคล้องกับการดำรงชีวิตในกลุ่มวัยแรงงาน แต่หากจะนำไปใช้กับกลุ่มวัยอื่นๆ ควรมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มวัยนั้นๆ ทั้งนี้โปรแกรมนี้สามารถประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การสูบบุหรี่และควรมีการติดตามผลภายหลังการทดลองในระยะเวลา

ที่นานขึ้นเพื่อพิจารณาถึงความยั่งยืนของโปรแกรมฯ อื่นๆ โปรแกรมฯ ถูกออกแบบมามีข้อจำกัดเพื่อใช้กับบุคคลที่มีรูปแบบพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบเสี่ยงต่ำและเสี่ยงสูงเท่านั้นควรมีการออกแบบกิจกรรมเพื่อรองรับรูปแบบการดื่มแบบอื่นๆ ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. อติศักดิ์ พลเสนา. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ตำบลห้วยชัยพัฒนา อำเภอห้วยชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554; 11(1): 84.
2. บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551.
3. ทักษพล ธรรมรังสี. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2556.
4. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ. ผลกระทบทางสุขภาพทางการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. การประชุมวิชาการสุราระดับชาติครั้งที่ 1 วันที่ 13-15 กรกฎาคม 2548. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยนันทศาสตร์การพิมพ์; 2548.
5. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความสุขของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 2547; 12(3): 177.
6. จุฑาวิดี กมลพรมงคล, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และทักษะการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาชาย.

- วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 2555; 7(2): 84-99.
7. ปิยะ ทองบาง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว, คณะศิลปศาสตร์: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
  8. บุญยพัชร ปิยะบุญยลลิต. ภาวะสุขภาพจิต การวางแผนชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธร จังหวัดนครปฐม (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, คณะศิลปศาสตร์: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2547.
  9. สุรศักดิ์ ไชยสงค์. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2554. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2556.
  10. สาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก. รายงานผลงานการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดประจำปี 2556. อำเภอบางมูลนาก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก; 2556.
  11. ปารีชาติ สถาปิตานนท์. การรณรงค์และการให้การศึกษาเพื่อสร้างจิตสำนึกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาพฤติกรรมอันสืบเนื่องจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2549.
  12. Marshall H. Becker. The health belief model and personal behavior. 1 ed. NJ: Slack. Inc; 1976.
  13. Bandura A. Self-efficacy : the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
  14. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976 Sep-Oct; 38(5): 300
  15. Thomas FB, John CH-B, John BS, Maristela GM, Thomas F. Babor JCH-B, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro. AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทานตะวันเปเปอร์ จำกัด; 2552.
  16. จรรยา ภัทรอาชาชัย. ชีวิตที่ดีสำหรับการวิจัยทางการแพทย์. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต; 2551.
  17. จินตดล จำปาถะ. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตขอนแก่น (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
  18. Irwin Rosenstock. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974; 2(4): 345-86.
  19. MH Becker and LA Maiman. Sociobehavioural determinants of compliance with medical care recommendations. Medical care. 1975; 13(1): 10-24.
  20. กิตติศักดิ์ เมืองหนู. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง (ปริญญามหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
  21. อัญชญา พวงจิต. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในจังหวัดสามเหลี่ยมอันดามัน (ปริญญามหาบัณฑิต). สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2553.