

ความรอบรู้ทางสุขภาพกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

ฝนทิวา โคตรนาลา¹
ลำพึง วอนอก²
วรรณศรี แวงงาม²
สุกัญญา ฆารสินธุ์³
กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรอบรู้ทางสุขภาพกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 349 ราย โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ในการอธิบายปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความรอบรู้ทางสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58.45 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.90 และมีเพศชายร้อยละ 34.10 มีอายุเฉลี่ย 16.48 ปี อายุสูงสุด 18 ปี ต่ำสุด 14 ปี การศึกษาของชั้นมัธยมศึกษาปลาย ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้น ม.6 แหล่งทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษาส่วนใหญ่ได้จากบิดา มารดา ร้อยละ 85.10 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โดยส่วนมาก ร้อยละ 31.52 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000 บาท ถึง 19,999 บาท/เดือน รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ที่ระหว่าง 10,000 บาท ถึง 19,999 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 36.96 รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครอง ส่วนมากร้อยละ 56.73 ได้รับรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.28) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.26) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.00) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.83) และความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.87)

ข้อเสนอแนะ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง ควรจัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา ในการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ได้แก่ การกีฬา การดนตรี

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์สาขารัฐศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

²อาจารย์ประจำ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

³อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

Health Literacy and alcohol consumption in senior secondary school students, Chaiyaphume Province

Fontiva Khotnala¹

Lampung Vonok²

Wanasri Wawangam²

Sukanya Kansin³

Kritkantorn Suwannaphant²

Abstracts

A descriptive cross-sectional study aimed to expressive alcohol consumption problem, health literacy and alcohol consumption in senior secondary school student, Chaiyaphume Province. 349 participants were recruited by a systematic random sampling and collected data via questionnaires. Results of the study be presented as mean, standard deviation, median, minimum and maximum.

Study outcomes illustrated that more than half of students ingested alcohol (58.4%). Girls participated close to double of boys (1.9:1). Age average was 16.48 years, maximum was 18 years and minimum was 14 years. Most of members were highest senior students who were supported living cost from their parents (58.10%) and more than half (56.73%) were support monthly less than 3,000 Thai baht. One-third (31.52%) of family salary was between 10,000 – 19,999 Thai baht. Turn to health literacy; knowledge dimension was presented in high level (49.28%), health service and health data accessibility was moderate rate (39.26%), communicable skills were moderate rate (49.00%), decision making was moderate rate (41.83%) and heal management dimension was moderate rate (5.87%)

Suggestion: An appropriate alcohol consumption campaign and adequate activities such a music plying and any sport should be arranged for students who were high alcohol consumption group.

Keywords: Health Literacy, alcohol consumption, senior secondary school students

¹ Community public health student, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen.

² Instructor, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen.

³ Lecturer, Rtachatani University, Udon Thani campus.

บทนำ

จากการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เด็กรุ่นใหม่มีแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น และเริ่มดื่มในช่วงอายุที่น้อยลง โดยมีอัตราการดื่มประจำเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และร้อยละ 44 ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี ตามลำดับ¹ จากแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มดังกล่าวจะทำให้เกิดผลกระทบต่ออนาคตของประเทศ เนื่องจากร้อยละ 20-50 ของเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำได้รับผลกระทบต่อร่างกาย ชีวิต และการเรียนในทางใดทางหนึ่ง ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ระบุว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนไทยนิยมดื่ม ได้แก่ เบียร์ ร้อยละ 60.9 สุราขาวหรือสุรากลั่น ร้อยละ 42.7 สุราสียี่ห้อไทย ร้อยละ 23.6 สุราสียี่ห้อต่างประเทศ ร้อยละ 4.7 ขณะที่กลุ่มเยาวชน 15 -19 ปี นิยมดื่มเบียร์ ร้อยละ 74.5 สุราขาวหรือสุรากลั่น ร้อยละ 37.6 สุราสียี่ห้อไทยร้อยละ 25 สุราสียี่ห้อต่างประเทศ ร้อยละ 2.8 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความนิยมบริโภคของทั้งสองกลุ่มนี้พบว่า เยาวชน นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมสมัยมากขึ้น และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีภาพลักษณ์ทางวัฒนธรรมดั้งเดิมลดลง จะเห็นได้อย่างเด่นชัดมากขึ้นคือในช่วงต้นเดือนพฤศจิกายนของทุกปี จะมีลานเบียร์หรือหลายๆ คนอาจเรียกว่า เทศกาลเบียร์การ์เดน เกิดขึ้นตามใจกลางเมือง ห้างสรรพสินค้า และสถานที่ช้อปปิ้งตามสถานที่ต่างๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นยอดขายและกระตุ้นตลาดในช่วงท้ายปีแต่เนื่องจากเทศกาลนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับแอลกอฮอล์จึงทำให้ไม่สามารถจะโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อได้จึงต้องอาศัยการบอกต่อ โดยกลุ่มเป้าหมายหลัก

ของเทศกาลนี้ คือ นักเรียน นักศึกษาและคนวัยทำงาน ซึ่งอาศัยช่วงเลิกเรียน เลิกงาน มานั่งดื่มเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และถือเป็นจุดนัดพบสังสรรค์พูดคุยกันอีกที่หนึ่ง นอกจากนี้จะมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลากหลายยี่ห้อให้ได้เลือกดื่มกันแล้วยังมีการจัดคอนเสิร์ตจากศิลปินที่เปลี่ยนหมุนเวียนกันมาตลอด เพื่อเป็นการเรียกลูกค้าและคืนกำไรให้กับผู้ที่มาใช้บริการ²

การดื่มสุราทำให้ประชากรไทยเกิดการสูญเสียด้านสุขภาพจากโรคและการบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.3 เท่า³ ทำให้ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม และยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเจ็บป่วยกว่า 60 โรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร, เมาหวาน, การติดสุรา, โรคเอดส์, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, มะเร็งตับ และโรคซึมเศร้า สุราเป็นสาเหตุของการสูญเสียสูงสุดในเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน คิดเป็นร้อยละ 12 การสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชาย คือ ภาวะติดสุราสูงถึงร้อยละ 22.6 ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรไทยเพศชายถึง 20,842 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด การดื่มสุราได้ทำให้ประชากรไทยตายก่อนวัยอันควรถึง 408,839 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 มีความพิการถึง 504,046 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 56 รองลงมา คือ บาดเจ็บ ร้อยละ 23 และเป็นโรคตับแข็ง คิดเป็นร้อยละ 9 (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556) มีผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้ความรุนแรง

นอกจากผลระยะสั้น คือ เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ครอบครัวแตกแยกแล้ว การเกิดความเครียดและความวิตกกังวลจะเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวต่อไปในอนาคตด้วย⁴

ปัญหาการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ในสถานการณ์ปัจจุบันที่พบ เช่น อายุที่เริ่มตีมลดลง ความตระหนักถึงโทษของการตีมแอลกอฮอล์น้อย รวมถึงการควบคุมตนเองเพื่อลดละเลิกการบริโภคเครื่องตีมแอลกอฮอล์ ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพหลายด้าน วัยรุ่นที่บริโภคเครื่องตีมที่มีแอลกอฮอล์จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง โดยสมองส่วนที่ได้รับความเสียหายมากที่สุด คือ ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งเป็นส่วนที่ ควบคุมระบบการเรียนรู้และ ระบบความทรงจำ ทำให้การเรียนรู้และความทรงจำลดลงนอกจากนี้ ยังเกิดความเสียหายกับสมองส่วนหน้าสุด (Prefrontal cortex) ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีมาตรการกับการดำเนินการเพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้น

หน่วยงานต่างๆ พยายามให้ข้อมูลและพัฒนามาตรการต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ความสามารถของประชาชนในการนำ ข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องมีการปฏิรูปเพื่อให้ประชาชนสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพต่างๆ ไปใช้จนเกิดประโยชน์สูงสุด ความสามารถข้างต้น เรียกว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ระดับ

ความสามารถของบุคคลที่เกิดจากกระบวนการทำความเข้าใจข้อมูล สุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการที่จำเป็น สำหรับประกอบการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว สำหรับประเทศไทย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความรู้และความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือการสูบบุหรี่หรือสุรา จะพบว่า กลุ่มที่ความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า

ผู้วิจัยจึงต้องการทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับการแก้ปัญหาการตีมเครื่องตีมแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการตีมเครื่องแอลกอฮอล์ และศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพกับปัญหาการตีมแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในปีการศึกษา 2560 ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 1,124 คน กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่าง

สำหรับการใช้สถิติ Multiple logistic regression (Hsieh, et al, 1998) ได้ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 349 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพัฒนาตามกรอบแนวคิดงานวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดา มารดา การพักอาศัยอยู่ในปัจจุบัน (โดยเวลาส่วนใหญ่) ค่าใช้จ่ายในการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว รายได้เฉลี่ยที่ได้รับจากผู้ปกครอง การสูบบุหรี่ การใช้เวลาว่าง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- เพศ หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงให้รู้ว่าเป็นหญิง หรือชาย มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) วัดเป็น 1)ชาย, 2)หญิง เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- อายุ หมายถึง อายุของประชากรนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ กรอกข้อมูลเป็นตัวเลขนับจำนวนเต็มเป็นปี วัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- ระดับการศึกษา หมายถึง ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 1)ม.4 2)ม.5 3)ม.6 มีระดับการวัดเป็นเรียงอันดับ (Ordinal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- สถานภาพสมรสของบิดา มารดา หมายถึง สถานะความสัมพันธ์ของบิดาและมารดา แบ่งเป็น 1)อยู่ด้วยกัน 2)แยกกันอยู่ 3)หย่า 4)ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต 5)ถึงแก่กรรม ทั้งคู่ มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- การพักอาศัยอยู่ในปัจจุบัน หมายถึง เวลาส่วนใหญ่ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่หรือสถานที่หลับนอนเป็นเวลาส่วนมาก ของเวลาก่อนและหลังมาโรงเรียน 1)บ้านบิดา มารดา 2)บ้านญาติ 3)บ้านเพื่อน 4)บ้านเช่า/บ้านพัก 5)วัด 6)บ้านผู้ปกครองที่มีโชฎะ 7) อยู่หอพัก (กลับบ้านเสาร์-อาทิตย์) 8)อื่นๆ ระบุ มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- แหล่งทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษา หมายถึง ค่าใช้จ่ายเฉพาะที่เกี่ยวกับการศึกษา เช่น ค่าเทอม ค่าชุดนักเรียน ค่าหนังสือ ให้กรอกข้อมูลเป็นตัวเลข มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- รายได้เฉลี่ยของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยทั้งหมดของคนในครอบครัวทุกคนต่อระยะเวลา 1 เดือน ให้กรอกข้อมูลเป็นตัวเลขมีหน่วยเป็นบาท มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว หมายถึง รายจ่ายเฉลี่ยทั้งหมดของคนในครอบครัวทุกคนต่อระยะเวลา 1 เดือน ให้กรอกข้อมูลเป็นตัวเลขมีหน่วยเป็นบาท มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- รายได้เฉลี่ยที่ได้รับจากผู้ปกครอง หมายถึง รายได้ตลอดเวลา 1 เดือนที่คุณได้รับทั้งหมดจากผู้ปกครองให้กรอกข้อมูลเป็นตัวเลขมีหน่วยเป็นบาท มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- การสูบบุหรี่ หมายถึง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สูบบุหรี่หรือไม่ แบ่งเป็น 1)ไม่สูบ 2)เคยสูบแต่เลิกแล้ว 3)สูบบุหรี่ จำนวน.. มวน/วัน มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data) และในส่วนของจำนวนมวน บุหรี่มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- การใช้เวลาว่าง หมายถึง ในเวลาว่างนักเรียนทำกิจกรรมอะไรบ้าง ซึ่งสามารถตอบได้หลายข้อ แบ่งเป็น 1)อ่านหนังสือ 2)เล่นกีฬา 3)เล่นเกมส์ 4)ทำงานบ้าน 5) อื่นๆ โปรดระบุ มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์

ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรก เหตุผลที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก โอกาสที่ดื่มครั้งแรก ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานที่ส่วนใหญ่ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์แล้วมีเหตุจำเป็นต้องเดินทาง เคยขับรถจักรยานยนต์/รถยนต์หรือไม่ เคยประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ โดยมีรายละเอียดของตัวแปร ดังนี้

- การดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์นั้น ได้ดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ แบ่งเป็นคือ 1)เคยดื่ม, 2)ไม่เคยดื่ม (หากตอบไม่เคยดื่ม ให้ยุติการตอบคำถามใน ส่วนที่ 2 และข้ามไปตอบ ในส่วนที่ 3) มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรก หมายถึง ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรกซึ่งแบ่งได้ 3 ชนิด ดังนี้ 1)แอลกอฮอล์แช่ เช่น เบียร์ ไวน์ แชมเปญ สาโท กระแช่ สาเก ยาดอง เป็นต้น, 2)แอลกอฮอล์กลั่น เช่น วิสกี้ บรั่นดี วอดก้า สุราขาว เป็นต้น, 3)แอลกอฮอล์ผสม เช่น ยิน ลิเคียว 285 หงส์ทอง แสงทิพย์ เป็นต้น มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- เหตุผลที่ดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เหตุผลที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งสามารถตอบได้หลายคำตอบ ดังนี้ 1)อยากลองดื่ม, 2)ถูกชักชวน, 3)เพื่อเข้าสังคม, 4)ดื่มตามประเพณี, 5)เชื่อว่าเป็นยารักษาโรค, 6)มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- โอกาสที่ดื่มครั้งแรก หมายถึง โอกาสที่ครั้งแรกของผู้แบบสอบถาม ซึ่ง

สามารถตอบได้ ดังนี้ 1) ในวาระพิเศษ เช่น วันเกิด งานเลี้ยงรุ่น ขึ้นบ้านใหม่ แต่งงาน, 2) ตื่นเมื่อไปท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ เพื่อพักผ่อน, 3) เที่ยวสถานที่เรีงรมย์ในเวลาว่างคืน มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามนั้นดื่มบ่อยแค่ไหน ซึ่งสามารถตอบได้ดังนี้ 1) น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์, 2) ดื่มอยู่ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์, 3) ดื่มอยู่มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์, 4) อื่นๆ โปรดระบุ... มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- สถานที่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สถานที่ส่วนใหญ่ที่ผู้ตอบแบบสอบถามใช้ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ใน 1 ปีที่ผ่านมา) ซึ่งมีคำตอบในการเลือก ดังนี้ 1) ที่บ้าน/ที่พักของตัวเอง, 2) ร้านค้า, 3) ที่ทำงาน, 4) ร้านอาหาร, 5) สถานบันเทิง, 6) อื่นๆ โปรดระบุ... มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- ภายหลังจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วมีเหตุจำเป็นต้องเดินทาง เคยขับรถยนต์/รถยนตร์หรือไม่ หมายถึง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ภายหลังจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วผู้ตอบแบบสอบถามมีเหตุจำเป็นต้องเดินทาง เคยขับรถยนต์/รถยนตร์หรือไม่ ซึ่งสามารถตอบได้ ดังนี้ 1) ขับเป็นประจำ, 2) บ่อยครั้ง, 3) ขับบางครั้ง, 4) นานๆ ครั้ง, 5) ไม่เคยขับ, 6) อื่นๆ โปรดระบุ.....

มีระดับการวัดเป็นเรียงอันดับ (Ordinal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- เคยประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ หมายถึง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาผู้ตอบแบบสอบถามเคยประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ซึ่งสามารถตอบได้ดังนี้ 1) เคย, 2) ไม่เคย มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบด้วย

1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ เป็นการวัดความรู้ ของนักเรียนที่มี โดยเป็นการถาม เลือกตอบใช่กับไม่ใช่ ถ้าตอบถูก ให้เป็น 1 ถ้าตอบไม่ถูก ให้เป็น 0 ทั้งหมดมีข้อคำถาม 15 ข้อ ซึ่งมีการแบ่งระดับความรู้ไว้ 3 ระดับ และต้องตอบคำถามให้ถูกต้องดังนี้

ก) ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ตอบถูก 12-15 ข้อ

ข) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ตอบถูก 9-11 ข้อ

ค) ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ตอบถูกน้อยกว่า 11 ข้อ

2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง มีการวัดเป็น Rating scale โดยลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองมี 4 ตัวเลือกและให้คะแนน ดังนี้ ยากมากให้เป็น 1 ค่อนข้างยากให้เป็น 2 ค่อนข้างง่ายให้เป็น 3 ง่ายมาก ให้เป็น 4 มีข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ มีการแบ่งระดับไว้ดังนี้

ระดับสูง (3.10-4.00) ระดับปานกลาง (2.10-3.00) ระดับต่ำ (1.00-2.00)

การแปลผลคะแนน การแปลผลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเอง นำมาจัด 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ Best (1977)⁶ โดยระดับที่แบ่ง คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ปานกลางและน้อย

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ทบทวนมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอข้อเสนอแนะ คำแนะนำในการไขปรับปรุง ก่อนที่จะเริ่มสร้างแบบสอบถาม

2. นำเครื่องมือฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยคัดเลือก ข้อคำถามที่มีค่า ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา

4. นำเครื่องมือมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือเพื่อหาค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีการวัดแบบสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient)⁷ ได้ ค่า ความ เชื่อ มั่น ของแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ มีค่าความเชื่อมั่น 0.75 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ กรณีข้อมูลแจกแจงนับ ใช้สถิติ การแจกแจง ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้การรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 612007

ผลการวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล

นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.90 และมีเพศชาย ร้อยละ 34.10 มีอายุเฉลี่ย 16.48 ปี อายุสูงสุด 18 ปี ต่ำสุด 14 ปี การศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 6 ร้อยละ 33.81 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4 ร้อยละ 33.52 และมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 5 ร้อยละ 32.66 สถานภาพสมรสของบิดามารดา ร้อยละ 73.64 บิดา มารดาอยู่ด้วยกัน รองลงมา คือ บิดา มาดา หย่าร้าง ร้อยละ 15.47 การพักอาศัยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่พักที่บ้านบิดา มารดา ร้อยละ 78.51 รองลงมา คือ พักที่บ้านญาติ ร้อยละ 10.32 แหล่งทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษาส่วนใหญ่ได้จากบิดามารดา ร้อยละ 85.10 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โดยส่วนมาก ร้อยละ 31.52 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง

10,000 บาท ถึง 19,999 บาท/เดือน รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ที่ระหว่าง 10,000 บาท ถึง 19,999 บาท/เดือน คิดเป็น ร้อยละ 36.96 รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครอง ส่วนมาก ร้อยละ 56.73 ได้รับรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน รองลงมา ร้อยละ 37.25 ได้รับรายได้จากผู้ปกครอง 3,000 บาท ถึง 4,999 บาท/เดือน การสูบบุหรี่ ร้อยละ 93.70 ไม่สูบบุหรี่ การใช้เวลาว่าง (1 คนเลือกการใช้เวลาว่างได้หลายกิจกรรม) ร้อยละ 49.00 ใช้เวลาว่างในการเล่นเกมส์ รองลงมาคือการทำงานบ้าน ร้อยละ 42.12 อ่านหนังสือ ร้อยละ 38.68 เล่นกีฬา ร้อยละ 37.54 อื่นๆ ร้อยละ 19.77 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (n=349)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	119	34.10
หญิง	230	65.90
อายุ(ปี)		
≤15	65	18.91
16	109	30.37
17	118	33.81
18	59	16.91
Mean ± S.D. = 16.48 ± 0.99, Median (Min : Max) = 17 (14 : 18)		
ปัจจุบันกำลังเรียนอยู่ชั้น		
ม.4	117	33.52
ม.5	114	32.66
ม.6	118	33.82

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	257	73.64
หย่า	54	15.47
แยกกันอยู่	25	7.16
ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต	13	3.73
การพักอาศัยในปัจจุบัน		
บ้านบิดา มารดา	274	78.51
บ้านญาติ	36	10.32
อยู่หอพัก (กลับบ้านเสาร์-อาทิตย์)	32	9.17
บ้านผู้ปกครองที่ไม่ใช่ญาติ	5	1.43
บ้านเช่า/บ้านพัก	2	0.57
แหล่งทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษา		
จากบิดา มารดา	297	85.10
จากผู้ปกครอง	52	14.90
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	67	19.20
10,000 ถึง 19,999	110	31.52
20,000 ถึง 29,999	86	24.64
30,000 ขึ้นไป	86	24.64
Mean \pm S.D. = 22,457.02 \pm 19,852.72		
Median (Min : Max) = 18,000 (3,000 : 150,000)		
รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	117	33.52
10,000 ขึ้นไป	232	66.48
Mean \pm S.D. = 16,582.52 \pm 13,433.32		
Median (Min : Max) = 13,000 (2,500 : 100,000)		
รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครอง (บาท)		
ต่ำกว่า 3,000	198	56.73
3,000 ถึง 4,999	130	37.25
5,000 ขึ้นไป	21	6.02
Mean \pm S.D. = 2,584.728 \pm 1,446.803		
Median (Min : Max) = 2,500 (500 , 15,000)		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (n=349) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	327	93.70
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	16	4.58
สูบบุหรี่	6	1.72
การใช้เวลาว่าง (1 คนเลือกได้หลายกิจกรรม)		
อ่านหนังสือ	135	38.68
เล่นกีฬา	131	37.54
เล่นเกม	171	49.00
ทำงานบ้าน	147	42.12
อื่นๆ	69	19.77

การดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58.45 ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรก ได้แก่ แอลกอฮอล์แช่ ร้อยละ 39.96 รองลงมา คือ แอลกอฮอล์ผสม ร้อยละ 14.61 เหตุผลที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก คือ อยากลองดื่ม ร้อยละ 36.39 โอกาสที่ดื่มครั้งแรก คือ ดื่มในวาระพิเศษต่างๆ เช่น งานวันเกิด งานปีใหม่ ร้อยละ 43.84 ความถี่ของการ

ดื่ม ส่วนใหญ่ ดื่มน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 51.86 สถานที่ดื่มแอลกอฮอล์ (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) ดื่มที่บ้าน/ที่พักตัวเอง ร้อยละ 43.84 ความถี่ของการขับยานพาหนะหลังดื่มแอลกอฮอล์ หลังดื่มแอลกอฮอล์ไม่เคยขับ ร้อยละ 33.81 รองลงมา คือ ขับบางครั้ง ร้อยละ 8.60 การประสบอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.44 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (n=349)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
เคยดื่ม	204	58.45
ไม่เคยดื่ม	145	41.55
ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรก		
แอลกอฮอล์แช่	129	36.96
แอลกอฮอล์ผสม	51	14.61
แอลกอฮอล์กลั่น	24	6.88
เหตุผลที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก		
อยากลองดื่ม	127	36.39
ถูกชักชวน	35	10.03
เพื่อเข้าสังคม	19	5.44
ดื่มตามประเพณี	16	4.58
เชื่อว่าเป็นยารักษาโรค	5	1.43
มีปัญหาครอบครัว	2	0.57
โอกาสที่ดื่มครั้งแรก		
ในวาระพิเศษ เช่น วันเกิด งานปีใหม่	153	43.84
ดื่มเมื่อไปเที่ยวสถานที่พักผ่อนต่างๆ	39	11.17
สถานเริงรมย์ในเวลาว่าง	12	3.44
ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์		
น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	181	51.86
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	13	3.72
มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	10	2.86
สถานที่ส่วนใหญ่ที่ดื่ม (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)		
ที่บ้าน/ที่พักตัวเอง	153	43.84
สถานบันเทิง	19	5.44
ร้านค้า	7	2.01
ร้านอาหาร	6	1.72
อื่นๆ	19	5.44

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (n=349) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ของการขับยานพาหนะหลังดื่มแอลกอฮอล์		
ขับเป็นประจำ	13	3.72
ขับบ่อยครั้ง	17	4.87
ขับบางครั้ง	30	8.60
นานๆ ครั้งถึงขับ	26	7.45
ไม่เคยขับ	118	33.81
เคยประสบอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	190	54.44
เคย	14	4.01

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ

1. ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะความรู้

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะความรู้ พบว่า มีระดับความรู้ระดับสูง ร้อยละ 49.28 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.54 และระดับต่ำอยู่ที่ ร้อยละ 11.17 ดังตารางที่ 3

2. ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า ส่วนมากอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.61 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 25.79 และระดับต่ำอยู่ที่ร้อยละ 10.60 ดังตารางที่ 4

3. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่า อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.26 รองลงมาอยู่ที่ระดับต่ำ ร้อยละ 32.38 ดังตารางที่ 5

4. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร พบว่า อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 49.00 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 35.24 และระดับสูง ร้อยละ 15.76 ดังตารางที่ 6

5. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ พบว่า อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.83 รองลงมาคือ ระดับต่ำ 36.68 และระดับสูง ร้อยละ 21.49 ดังตารางที่ 7

6. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง พบว่า ส่วนมากอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.87 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 33.24 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.89 ดังตารางที่ 8

7. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะ ร้อยละ 50.72 รองลงมาอยู่ที่ระดับต่ำ 15.19
การรู้เท่าทันสื่อ พบว่า อยู่ที่ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะความรู้ (รายรวม) ของนักเรียน
ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (n=349)

ทักษะความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	172	49.28
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	138	39.54
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	39	11.17
Mean \pm S.D. = 11.05 \pm 1.83 , Median (Min : Max) 11 (5 : 13)		

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ
บริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการ
รู้เท่าทันสื่อ (รายรวม) ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งใน
จังหวัดชัยภูมิ (n=349)

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการ สื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการ รู้เท่าทันสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	37	10.60
ระดับปานกลาง (2.1-3)	222	63.61
ระดับสูง (3.1-4)	90	25.79
Mean \pm S.D. = 2.82 \pm 0.55 , Median (Min : Max) = 2.83 (1.34 : 4)		

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ
บริการสุขภาพ

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	113	32.38
ระดับปานกลาง (2.1-3)	137	39.26
ระดับสูง (3.1-4)	99	28.37
Mean \pm S.D. = 2.83 \pm 0.96 , Median (Min : Max) = 3 (1:4)		

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร

ทักษะการสื่อสาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	123	35.24
ระดับปานกลาง (2.1-3)	171	49.00
ระดับสูง (3.1-4)	55	15.76
Mean \pm S.D. = 2.74 \pm 0.81, Median (Min : Max) = 3 (1:4)		

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ

ทักษะการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	128	36.68
ระดับปานกลาง (2.1-3)	146	41.83
ระดับสูง (3.1-4)	75	21.49
Mean \pm S.D. = 2.79 \pm 0.85, Median (Min : Max) = 3 (1:4)		

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง

ทักษะการจัดการตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	38	10.89
ระดับปานกลาง (2.1-3)	195	55.87
ระดับสูง (3.1-4)	116	33.24
Mean \pm S.D. = 2.90 \pm 0.62, Median (Min : Max) = 2.90 (1.09 : 4)		

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	119	34.10
ระดับปานกลาง (2.1-3)	177	50.72
ระดับสูง (3.1-4)	53	15.19
Mean \pm S.D. = 2.76 \pm 0.76, Median (Min : Max) = 3 (1:4)		

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

โดยภาพรวมของปัญหาการบริโภค แอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียน

แห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ มีการบริโภค ร้อยละ (95%CI : 47.71 to 67.80) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่เด็กวัยรุ่นมีแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น และเริ่มดื่มในช่วงอายุที่น้อยลงคือ 15-19 ปี

เป็นกลุ่มที่มีความชุกของผู้ดื่มแบบประจำมากที่สุด โดยมีอัตราการดื่มประจำเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่ชอบทดสอบสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะวัยรุ่นในครอบครัวที่มีปัญหา และในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาขึ้น ในวัยที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ⁸ และผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่า วัยรุ่นที่เริ่มบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ครั้งแรกอายุ 15 ปี มีความสัมพันธ์กับการติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol dependent) มากกว่าวัยรุ่นที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่ออายุ 20 ปี ถึง 5 เท่า¹ แต่แตกต่างจากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2554 ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น ในที่นี้หมายถึงประชากรวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 15-19 ปี ของประเทศไทย จังหวัดชัยภูมิมีผู้อยู่ที่ร้อยละ 14.0 อยู่ลำดับที่ 30 ของประเทศไทย

ความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้พบว่า มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้รับการให้ศึกษาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ทำให้มีความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ เช่น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายทราบว่ากฎหมายห้ามผู้ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมากกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ขับขี้นานพาทนะ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมฤทัย พรหมพิมพ์⁹ ในปี 2559 ที่ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุราของชายวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ พบว่าอยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 64.06) ความฉลาดทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพและบริการสุขภาพพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อ้อมฤทัย พรหมพิมพ์ ที่ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุราของชายวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.91 ความฉลาดทางสุขภาพด้านการสื่อสาร พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง คำถามที่ถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการตัดสินใจว่าท่านจะป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยตามคำแนะนำจากครอบครัวและเพื่อนและขอความยากง่ายในการส่งอิทธิพลของสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิตต่อสุขภาพและสุขภาวะของท่าน ที่เข้าถึงค่อนข้างง่ายร้อยละ 51.28 ความฉลาดทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ (รายรวม) ของกลุ่มตัวอย่าง 349 คน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.83 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 36.68 และระดับสูง ร้อยละ 21.49 ดังข้อความที่ถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกร ที่เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 48.71 และข้อความที่ถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา ที่เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 47.85 ความฉลาดทางสุขภาพด้านการจัดการตนเอง (รายรวม) ของกลุ่มตัวอย่าง 349 คน พบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.87 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 33.24 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.89 ดังข้อความที่ถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีที่เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 51.58 และข้อความที่ถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการเข้าใจ

คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 47.85 ความฉลาดทางสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.72 รองลงมาอยู่ที่ระดับต่ำ ร้อยละ 34.10 และระดับสูงร้อยละ 15.18 ดังข้อความที่ถามเกี่ยวกับความสามารถในการตัดสินใจว่าสถานที่ที่ท่านอาศัย เช่น ชุมชน ละแวกบ้าน ส่งผลต่อสุขภาพและสุขภาวะของท่านอย่างไร ที่เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 51.86 และข้อความเกี่ยวกับความยากง่ายในการตัดสินใจที่น่าเชื่อถือในคำเตือนเรื่องสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายน้อยและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 51.29

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
2. กัณฑ์กนิษฐ ผลแจ้ง. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
3. World Health Organization. (2014) Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization.
4. ยุพา จิวพัฒนกุล และคณะ. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัวไทย.

กรุงเทพฯ: วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2).

5. Hsieh, Y.F., Bloch, A.D., & Larsen, D.M. (1998). A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. *Statistics in Medicine*, 17,1623-1634.
6. Best, John W. 1977. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.
7. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16, 297-334.
8. ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ ในเครือบริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน). (2557). ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์. ค้นเมื่อ 5 กันยายน 2560. จาก <http://www.bangkokhealth.com/health/article/>
9. อ้อมฤทัย พรหมพิมพ์. (2559). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุราของชายวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.