การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย

The study of alcohol consumption behavior, effects of drinking alcohol and quality of life of people in Sukhothai Province

Received: September 08, 2021
Revised: November 02, 2021
Accepted: November 03, 2021

เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน[1]
Phetcharat Kijsanayothin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิต ของประชาชน จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 450 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับต่ำ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนปัจจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง ($\beta = 0.618$) การมีสมาชิกในครอบครัวดื่ม ($\beta = 0.649$) ค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน($\beta = 0.148$) ไม่มีอาการเมาหลังการดื่ม($\beta = 0.133$) ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ($\beta = 0.324$) และมีเพื่อนฝูง/คนรู้จัก ร่วมดื่ม ($\beta = 0.141$) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ร้อยละ 59.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลวิจัยนี้ ควรมีการกำกับควบคุมพฤติกรรมการบริโภคเครื่องแอลกอฮอล์ให้ลดลง เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

คำสำคัญ : เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ผลกระทบ, คุณภาพชีวิต

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

[1]Sukhothai Provincial Public Health Office

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564
Research and Development Health System Journal
Vol.14 No.3 Sep - Dec 2021

Abstract

The purpose of this cross-sectional study with the objective of to study alcohol consumption behavior, the effects of drinking alcohol and quality of life of people in Sukhothai Province. The sample consisted of 450 people with alcohol consumption behavior from multistage sampling. Collected data use questionnaires. Descriptive analysis of data and multiple regression statistics.

The results showed that alcohol drinking behavior in a low-risk drinking level the effects of drinking alcohol are low and the quality of life of health is high. The factors affecting alcohol consumption behavior were self-payment for alcohol every time (β = 0.618), family members drinking (β = 0.649), monthly alcohol cost (0.148), no symptoms drunk after drinking (β = 0.133), effect of alcohol consumption (β = 0.324), and having friends/acquaintances drinking (β = 0.141). These variables predicted alcohol consumption behavior by 59.7%. Statistically significant at the 0.05 level.

The results of this research there should be a control over the behavior of drinking alcohol to reduce. To prevent the effects that will occur from drinking behavior. And having a good quality of life in the future

Key words: Alcohol consumption, Effects, Quality of life

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประชากรโลกตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2010 ถึง 2016 พบว่า มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 14.0 ลิตร/คน/ปี 2010 เป็น 15.1 ลิตร/คน/ปี ซึ่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นภูมิภาคที่มีการบริโภคสูงที่สุดในจาก 9.8 ลิตร/คน/ปี เป็น 12.1 ลิตร/คน/ปี โดยประเทศไทยสูงเป็นอันดับหนึ่งของทวีป ถึง 6.4 ลิตร/คน/ปี [1] ซึ่งสัดส่วนของนักดื่มปัจจุบันสูงที่สุดอยู่ในภาคเหนือ ร้อยละ 35.40 [2] และจังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงที่สุดในประเทศ 5 อันดับ ได้แก่ จังหวัดลำปาง 0.72 คะแนน รองลง มาคือจังหวัดเชียงราย 0.69 คะแนน จังหวัดพิษณุโลก 0.65 คะแนน จังหวัดจันทบุรี 0.64 คะแนน และจังหวัดสุโขทัย 0.63 คะแนน ตามลำดับ [3]

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายใต้ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พบว่าปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อปีต่อหัว ในช่วงปีพ.ศ. 2550-2560 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน[4 5] และเริ่มกลับมาสูงขึ้นเนื่องจากผู้ผลิตและผู้บริโภคเริ่มปรับตัวได้[6] โดยเมื่อเปรียบเทียบอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปของคนไทย สูงเป็นอันดับ 40 ของโลกจากทั้งหมด 193 ประเทศ [7]

ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่พบบ่อย เช่น ภาวะเมาสุรา ภาวะขาดสุราเฉียบพลัน รวมทั้งก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคประสาท โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น และผลกระทบต่อผู้อื่นและสังคม ได้แก่ ปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการเมาแล้วขับ ปัญหาการทะเลาะวิวาท การฆาตกรรม โดยพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตจากการฆาตกรรม พบว่ามีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ในร่างกายด้วยเสมอ [8 9]

คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึก และความพึงพอใจในชีวิตของบุคลต่อการมีสุขภาพที่ดี [10] แต่จากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยติดสุรามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของประชากร ทั่วไป โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรากับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ติดสุราแย่กว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในผู้ติดสุรา ได้แก่ การติดสุรา และการมีโรคร่วมทางจิตเวช การมีความคิดฆ่าตัวตาย[11]

จังหวัดสุโขทัยมีประชากรกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 256 – 2563 ร้อยละ 11.76, 16.86 และ 18.90 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2564 พบ ผู้ดื่มถึงร้อยละ 19.01 โดยส่วนใหญ่จะพบผู้ดื่มในกลุ่มประชาชนอายุ 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 97.81 และพบว่าเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 9.07 ดื่มแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 1.32 [12]

ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างรุนแรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผลกระทบจากการดื่ม และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นและเป็นแนวทางในการรณรงค์ ป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์สำหรับประชาชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการศึกษาในช่วง เดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2564 พื้นที่ศึกษา จังหวัดสุโขทัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนจังหวัดสุโขทัย จำนวน 138,365 คน [13] ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้จากใช้เกณฑ์ตามสถิติวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Discrimination Analysis) ที่ใช้กลุ่มตัวอย่าง $\geq$ 30 เท่าของตัวแปรพยากรณ์[14] ได้เท่ากับจำนวน 450 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่ม

ตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เลือกอำเภอ ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เลือกตำบล ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เลือกหมู่บ้าน และขั้นตอนที่ 4 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) รู้สึกตัวดีสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 3) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่าง ปกติ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และ 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา 6 เดือน ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย สาเหตุการดื่มในการปัจจุบัน สถานที่ดื่มประจำ ช่วงเวลาในการดื่ม ภาวะอารมณ์ขณะดื่ม อาการเมาหลังการดื่ม และการขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่ม ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มประจำ ผู้ร่วมดื่มประจำ รูปแบบการจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าใช้จ่ายในการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 3 ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การเกิดอาการข้างเคียงหลังการดื่ม การได้รับอุบัติเหตุ ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง สุขภาพอ่อนแอ มีปัญหาทางการเงิน การใช้ความรุนแรงในครอบครัว ถูกจับขณะมึนเมา การสูญเสียความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การสูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทะเลาะวิวาท

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการดูแลตนเอง ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ด้านอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และด้านความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) โดยการแบ่งระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [17]

คุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้สูตรการคำนวณหาค่าความตรงของเนื้อหา (IOC)[18] ได้ค่าเท่ากับ 0.80 และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความน่าเชื่อถือ รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 0.82 และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1 ข้อมูลลักษณะบุคคล รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอารมณ์ อาการเมา

และการขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่ม ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกกรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบขั้นตอน (Stepwise) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 33/2021 เอกสารรับรองเลขที่ IRB 32/2021

ผลการวิจัย

ด้านลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.8 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 40.2 มีสถานะภาพคู่ ร้อยละ 65.3 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 36.3ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 68 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะส่วนบุคคล (N = 450)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	251	55.8
หญิง	199	44.2
อายุ (ปี)		
20 – 29	11	2.4
30 – 39	50	11.1
40 – 49	166	36.9
50 – 59	181	40.2
60 ขึ้นไป	42	9.3
(Mean = 48.88 ± 8.756 , Median = 49.00, Min = 20 , Max = 73)		
สถานภาพ		
คู่	294	65.3
โสด	91	20.2
หม่าย	25	5.6
หย่า	25	5.6
แยก	15	3.3

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564
Research and Development Health System Journal
Vol.14 No.3 Sep - Dec 2021

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	137	30.4
มัธยมต้น	114	25.3
มัธยมปลาย/ปวช.	163	36.3
ปวส.	11	2.4
ปริญญาตรี	25	5.6
อาชีพ		
เกษตร	336	74.7
รับจ้าง	79	17.6
ค้าขาย	20	4.4
รับราชการ	10	2.2
นักการเมืองท้องถิ่น	5	1.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
<5000บาท	306	68.0
5000-10000 บาท	113	25.1
10000-15000บาท	12	2.6
15000-20000บาท	7	1.6
>20000บาท	12	2.7
(Mean = 5292.87 ± 5682.895, Median = 4000.00 , Min = 500 , Max = 43000)		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	306	68.0
มีโรคประจำตัว	144	32.0

ด้านรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 42.2 และดื่มเพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 52.9 รองลงมาเพื่อความสนุกสนาน ร้อยละ 22.2 และดื่มกับเพื่อน/คนรู้จัก ร้อยละ 93.8 และนิยมดื่มสุราเถื่อน ร้อยละ 46.4 รองลงมาดื่มเบียร์ร้อยละ 37.0 และดื่มที่บ้านเพื่อน/คนรู้จัก ร้อยละ 63.6 รองลงมาตามงานบุญ/ประเพณี ร้อยละ 30.4 และดื่มในเวลาเย็น ร้อยละ 99.6 และจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่า 500 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 91.6 และจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองบางครั้ง 30.4 รองลงมาไม่เคยจ่าย ร้อยละ 28.7 ตามลำดับ

ด้านภาวะอารมณ์ อาการเมา และการขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ มีอารมณ์สนุกสนานหลังการดื่ม ร้อยละ 45.3 รองลงมามีอารมณ์เหมือนตอนไม่ดื่ม ร้อยละ 34.7 และมีอาการเมาบางครั้ง ร้อยละ 41.8 รองลงมาไม่มีอาการเมา 30.4 และขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่มทุกครั้ง ร้อยละ 40.4 รองลงมาขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่มบางครั้ง ร้อยละ 40.2 ตามลำดับ

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

1.ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 97.6 รองลงมาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดง จำนวน ร้อยละ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 450)

ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบระดับต่ำ (0 – 16 คะแนน)	439	97.6
ผลกระทบระดับปานกลาง (17 - 33 คะแนน)	11	2.4
ผลกระทบระดับสูง (34 - 50 คะแนน)	0	0.0
(Mean = 12.10 ± 2.00 , Median = 12.0 , Min = 10 , Max = 20)		

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 97.1 รองลงมามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.8 และการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดง จำนวน ร้อยละ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (N = 450)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับต่ำ ($\leq$ 0.33 คะแนน)	5	1.1
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับปานกลาง (0.34 – 0.67 คะแนน)	8	1.8
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับสูง (0.68 – 1.00 คะแนน)	437	97.1
(Mean = 0.95 ± 0.114 , Median = 1.0, Min = 0.03 , Max = 1)		

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564
Research and Development Health System Journal
Vol.14 No.3 Sep - Dec 2021

3. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกกรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 74.9 รองลงมามีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ร้อยละ 22.4 และมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ตังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดง จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 450)

พฤติกกรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT)	จำนวน	ร้อยละ
ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (0 – 7 คะแนน)	337	74.9
ดื่มแบบเสี่ยง (8 – 15 คะแนน)	101	22.4
ดื่มแบบอันตราย (16 -19 คะแนน)	12	2.7
(Mean = 5.47 ± 2.64 , Median = 4.0, Min = 2 , Max = 16.00)		

4. การวิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มี 6 ตัวแปร ได้แก่ การจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง ($R^2 = 0.274$, B = 0.618) การมีสมาชิกในครอบครัวดื่ม ($R^2 = 0.364$, B = 0.649) ค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน ($R^2 = 0.392$ B = 0.148) การไม่มีอาการเมาหลังการดื่ม ($R^2 = 0.407$, B = 0.133) ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ($R^2 = 0.416$, B = 0.324) และมีเพื่อนฝูง/คนรู้จัก ($R^2 = 0.422$, B = 0.141) ซึ่งตัวแปรทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้ร้อยละ 59.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R = 0.649) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปรพยากรณ์	R^2	R^2 Change	Beta	b	SE of b	t	p-value
จ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง	0.274	0.274	0.452	0.618	0.050	12.277	< 0.001
มีสมาชิกในครอบครัวดื่ม	0.364	0.090	0.259	0.649	0.099	6.572	< 0.001
ค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน	0.392	0.028	0.157	0.148	0.034	4.293	< 0.001
ไม่มีอาการเมาหลังการดื่ม	0.407	0.015	0.122	0.133	0.040	3.368	0.001
ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์	0.416	0.009	0.099	0.324	0.120	2.696	0.007
มีเพื่อนฝูง/คนรู้จัก ร่วมดื่ม	0.422	0.005	0.078	0.141	0.070	2.012	0.045

Constant (a) = 0.597, R = 0.649, $R^2 = 0.422$, Adjusted $R^2 = 0.414$, F = 4.048, p-value < 0.05

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้ พฤติกกรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ = 59.7 + 0.618 (จ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง) + 0.649 (มีสมาชิกในครอบครัวดื่ม) + 0.148(ค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน) + 0.133 (ไม่มีอาการเมาหลังการดื่ม) + 0.324 (ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์) + 0.141 (มีเพื่อนฝูง/คนรู้จักร่วมดื่ม)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ (0 – 7 คะแนน) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีภาวะติดสุราเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ชนะกอก และคณะ[19] ที่กล่าวว่า การเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้ค่าคะแนน AUDIT ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปในการคัดกรอง พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์มีทั้งหมด 88 ราย ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 40 – 55 ปี ร้อยละ 54.6)โดยมีคะแนนมากกว่า 20 คะแนน ร้อยละ 79.6 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมาพร เคนศิลา และจุฬารัตน์ เคนศิลา [20] ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี มี 3 ระดับได้แก่ระดับเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 9.8 ระดับเสี่ยงร้อยละ 31.37 และระดับติด ร้อยละ 20.59

ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษา พบว่าไม่มีอาการเมาหลังการดื่ม ทั้งนี้เนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างดื่มในปริมาณที่ไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พนิดา นามจันดี[21] ที่กล่าวว่า ภาวะมึนเมา เป็นผลจากการที่แอลกอฮอล์ในกระแสเลือดไปมีผลต่อการทำงานของสมองโดยตรงหากร่างกายมีการดูดซึมเร็วจะทำให้มีอาการเมาได้เร็วขึ้น และส่งผลต่อความคิดและการกระทำตามมาซึ่งสอดคล้องกับจุฑามาศ ทวีไพบูลย์วงษ์ [22] ที่กล่าวว่าการดื่มส่งผลกระทบทางลบต่อผู้ดื่ม ได้แก่ สุขภาพ การทำงาน เศรษฐกิจและทางสังคม และการมีเพื่อนฝูง/คนรู้จัก ร่วมดื่ม ทั้งนี้เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับบุคคลอื่น จะทำให้มีความสนุกสนานครื้นเครง ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริลักษณ์ นิยกิจ[23] ที่กล่าว่า ความชุก พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผู้ร่วมดื่มส่วนใหญ่เป็นเพื่อนร้อยละ 83.1 และญาติ ร้อยละ 45.5 การถูกเพื่อนชักชวนเป็นสาเหตุหลักของการดื่มครั้งแรก และยังคงดื่มจนปัจจุบัน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ จึงทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยไม่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับ หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ[24] ที่กล่าวว่า การที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิตินั้น สามารถอธิบายได้ว่าการดำเนินตามโปรแกรมได้ช่วยประคับ ประคองให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถจัดการกับอาการ และการเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุราของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวัช

สิทธิรักษ์ และคณะ[25] ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่ สัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยติดสุรา ได้แก่ การมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีการมีสุขภาพร่างกายที่ แข็งแรง การมีสถานภาพทางการเงินที่ดี อายุน้อย การมีบุตรน้อย ปริมาณสุราที่ดื่มต่อวันน้อย และการไม่มีโรคร่วมทาง จิตเวช

จากการศึกษาพบว่าตัวแปรร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับเศรษฐานะของผู้ดื่ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มานพ คณะโต และคณะ[26] ที่พบว่า รูปแบบของค่าใช้จ่าย เป็นการออกเงินกันเพื่อซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ร้อยละ 45.6 และการมีสมาชิกในครอบครัวดื่ม ทั้งนี้เนื่องจากการมีสมาชิกในครอบครัวดื่มจะเป็นการสั่งสมประสบการณ์การดื่มที่ยาวนานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา วงศ์วาน[27] ที่กล่าวว่าการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มาจากการอยากลอง ร้อยละ 49.6 รองลงมาคือ เพื่อนชักชวน ร้อยละ 16.5 และส่วนใหญ่ดื่มกับเพื่อน ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือดื่มกับบิดามารดาและญาติ ร้อยละ 25.0 และค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือนทั้งนี้เนื่องจากการดื่มผู้ดื่มจะจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง จะต้องมีค่าใช้จ่ายในการดื่มแต่ละครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาณี ไชยธีรานุวัฒศิริ[28] ที่กล่าวว่าสำหรับกลุ่มวัยทำงานอายุ 25 ปี ขึ้นไป จะมีค่าใช้จ่ายเงินในการดื่มประมาณ 2,000 บาทต่อเดือน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาครั้งนี้ไป

1.1.ผู้บริหารควรนำผลการวิจัย ไปใช้การกำหนดนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดอัตราป่วย และลดอัตราตายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ของประชาชนจังหวัดสุโขทัย

1.2.ทีมวิชาการ ที่มีบทบทในการขับเคลื่อนงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำผลการวิจัยครั้งนี้มาพัฒนาต่อยอดวิจัยรูปแบบอื่นเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย

1.3.ผู้ปฏิบัติการนำผลการวิจัยที่ได้ ใช้เป็นแนวทางในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของประชาชนที่ อยู่ในระดับที่สมบูรณ์แข็งแรง

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการศึกษาครั้งนี้ มาพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จังหวัดสุโขทัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ ดร.ปองพล วรปาณิ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์จนงานวิจัยสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization , (2018). Global status report on alcohol and health – 2018 ed.
2. วิทย์ วิชัยดิษฐ และคณะ ,(2562). รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสังคมไทย ประจำาปี พ.ศ. 2560. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ : กรุงเทพฯ
1. 3.อธิบ ตันอารีย์ และพลเทพ วิจิตรคุณากร, (2562). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนี ความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2560. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 13 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2562 : 353-367.
3. กนกอร งามนัก และคณะ , (2563). รายงานสถานการณ์การดำาเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประเทไทย ระหว่าง พ.ศ. 2551-2561. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ : กรุงเทพฯ
4. พีรพงศ์ ทองอันตัง และวุธิพงศ์ ภักดีกุล, (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลต้อนแบบในจังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2560 : 560-571.
5. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, (2563). สถานการณ์และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย.สืบค้นเมื่อ 9มิถุนายน 2564 จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1439020200823062540.pdf
6. พงษ์ศักดิ์ อ้นน้อย, (2560). การพัฒนามาตรการการจัดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าโดยรอบสถานศึกษาในจังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต (2561) ; 6(3) : 525-536.
7. กรมอนามัย ,(2562). โทษ พิษ ภัยของสุรา และผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2564. จาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/hp-ebook_13_mini-2/
8. ภาณุ พรวัฒนา, (2564). การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด โดยใช้โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม การเสริมพลังอำนาจ และการเยี่ยมเสริมพลังในรูปแบบ “สีชมพูโมเดล”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564 : 349-357.
9. ธีรศักดิ์ พาจันทร์ และคณะ, (2562). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เขตสุขภาพที่ 8 ประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2562 : 475-482.
10. นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ , (2555) . การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราใน โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(2): 185-198.

11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, (2563). HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2564 จาก https://sti.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, (2563). สรุปรายงานการปฏิบัติงานประจำปี 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
13. สมประสงค์เสนารัตน์ , (2553). การจำแนกกลุ่มด้วยเทคนิค Discriminant Analysis. สาขาวิชาวิจัยและประเมินผล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม : 1 – 27.
14. Bloom, B. S. (1975). Taxonomy of education objective, Handbook I: Cognitive domain. New York: David Mckay.
15. Pattanaphesaj J. , (2014.) Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L). measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation] . Mahidol University;
16. ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ,(2552). แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง. แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. บริษัท ทานตะวันเปเปอร์: กรุงเทพ
17. พิศิษฐ ตัณฑวณิช และ พนา จินดาศร, (2561). ความหมายที่แท้จริงของค่า IOC The Real Meaning of IOC. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 : ธันวาคม พ.ศ. 2561 : 3-10.
18. นิตยา ชนะกอก,ทับทิม ริบแจ่ม, วาสนา วัฒนากร และคณะ (2550), การเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ในผู้ที่มีปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน.
19. อุมาพร เคนศิลา และจุฬารัตนเคนศิลา , (2560). พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี Alcohol drinking behavior among people in the urban area of Udon Thani province. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences : Vol.1 No.3 (2017). 52-61.
20. พนิดา นามจันดี. (2549). ความชุกและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอสีชมพู สังกัดสำ นักงานเขตพื้นที่การ ศึกษาขอนแก่น เขต 5 จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
21. จุฑามาศ ทวีไพบูลย์วงษ์, (2552) การศึกษาแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบทบาทของสังคม ในการบรรเทาปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยทำงานในเขตจังหวัด

ชลบุรี. เรื่องเต็มการประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 48: สาขาเศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ. กรุงเทพฯ.หน้า 150-157.

22. ศิริลักษณ์ นิยกิจ. (2555). พฤติกรรมการดื่มและค่าใช้จ่ายในครัวเรือนอันเนื่องมาจากการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร้น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค, 7(11), :21-32.
23. หรรษา เศษฐบุปผา และคณะ , (2558) ผลของโปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็นโรคติดสุราในภาคใต้. Nursing Journal. Faculty of Nursing, CMU. Vol. 42 No. 1 (2015): มกราคม - มีนาคม 2558 : 108-121.
24. นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ , (2555) . การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราใน โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(2) : 185-198.
25. มานพ คณะโต และคณะ (2548) รายงานการวิจัยการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2547. สำนักงานบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาการศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. มหาวิทยาลัยขอนแก่น
26. จินตนา วงศ์วาน. (2548) จินตนา วงศ์วาน. (2548) ความชุกและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2564 จาก file:///C:/Users/User/Downloads/Abstract_386829%20(1).pdf
27. มาณี ไชยธีรานุวัฒศิริ. (2548). การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย. นครปฐม :คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล