

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย

อัมภารณ นนทมาตย์* พย.ม. (การบริหารทางการพยาบาล)

นครินทร์ ประสิทธิ์** ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

วรัญญู พอดิ*** ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

จารุกิตต์ ยาระษี*** ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

กมลทิพย์ สุหน้ำนาง*** ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

พิรุณ แสงตรีสุข*** ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

ศรียาภรณ์ ไกยศรี*** ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

บทคัดย่อขยาย :

ในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ซึ่งประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลต่อระบบสุขภาพและนโยบายสังคม โดยเฉพาะในประเด็นสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งหนึ่งในปัญหาที่มีความซับซ้อนและท้าทายคือพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางต่อผลกระทบของแอลกอฮอล์มากขึ้น และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีรากวัฒนธรรมที่ผูกพันกับการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของงานบุญ ประเพณี และกิจกรรมทางสังคม ทำให้การดื่มเป็นบรรทัดฐานที่ได้รับการยอมรับในชุมชน

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มในกลุ่มผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพิจารณาปัจจัยหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 14,629 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและหาความชุกของพฤติกรรมการดื่มในปัจจุบัน และใช้แบบจำลองเชิงเส้นผสมทั่วไป (generalized linear mixed model: GLMM) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดื่ม โดยมีการคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ จังหวัด โดยนำเสนอค่า adjusted odds ratio (AOR) และ 95% confidence interval (95%CI)

*พยาบาล โรงพยาบาลกรุงเทพ ขอนแก่น

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: nakapr@kku.ac.th

***นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขาสถิติศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วันที่รับบทความ 3 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 20 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับบทความ 26 พฤศจิกายน 2568

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 19.73 มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย เพศชาย (AOR=9.21; 95%CI: 8.08–11.51) กลุ่มอายุน้อยกว่า 69 ปี (AOR=4.79; 95%CI: 3.53–6.49) สถานะการทำงานอยู่ในปัจจุบัน (AOR=2.02; 95%CI: 1.79–2.29) และรายได้ต่อปีตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป (AOR=1.25; 95%CI: 1.10–1.41) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (AOR=1.28; 95%CI: 1.14–1.43) และพฤติกรรมสูบบุหรี่ (AOR=7.79; 95%CI: 6.74–9.00) สำหรับปัจจัยการมีส่วนร่วมทางสังคม ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นสมาชิกกลุ่มอาชีพพื้นบ้าน (AOR=1.49; 95%CI: 1.24–1.80) ผู้ที่เป็นสมาชิกกลุ่มจิตอาสา (AOR=1.64; 95%CI: 1.37–1.96) และผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมสำคัญของหมู่บ้านหรือชุมชน (AOR=1.54; 95%CI: 1.33–1.80) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุไม่ใช่เพียงพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่เป็นผลจากโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการดื่มเป็นส่วนหนึ่งของการมีส่วนร่วมในชุมชน การงดดื่มจึงเป็นเรื่องท้าทายทางสังคมในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลลัพธ์ของการศึกษานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เคารพบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยใช้แนวคิดผู้นำชุมชนต้นแบบสุขภาพดีและการเสริมพลังอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการใช้กลยุทธ์สื่อสารความรู้สุขภาพในภาษาถิ่น เพื่อแก้ไขความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการดื่มสุราพื้นบ้าน

การดำเนินนโยบายสาธารณสุขควรมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยง การสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ เพื่อให้การลดการดื่มของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างยั่งยืนและสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ดังนั้น การพัฒนานโยบายและมาตรการแทรกแซงเพื่อแก้ไขปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นการบูรณาการการดำเนินงานในหลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับระบบบริการสุขภาพ โดยนโยบายเชิงรุกควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองความเสี่ยงอย่างเป็นระบบในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การจัดให้มีการให้คำปรึกษาแบบสั้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ทักษะด้านการสื่อสารเชิงรุก และการให้คำแนะนำในการลดการดื่มที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมท้องถิ่น บุคลากรในระดับแนวหน้านี้มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับการสนับสนุนในระดับชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ชุมชนพัฒนากิจกรรมทางสังคมทางเลือกที่ปราศจากแอลกอฮอล์ เช่น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมสันทนาการ และกิจกรรมจิตอาสา เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างมีความหมายโดยไม่ต้องพึ่งพาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนวทางดังกล่าวจะช่วยปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการดื่มในผู้สูงอายุอย่างค่อยเป็นค่อยไป และลดแรงกดดันทางสังคมต่อการดื่มในกิจกรรมชุมชนและงานประเพณีต่าง ๆ ในภาพรวม มาตรการเหล่านี้จะนำไปสู่การลดการบริโภคแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ควบคู่กับการส่งเสริมการสู่วัยอย่างมีพลัง การเสริมสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคม และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว ทั้งนี้ การนำกรอบนโยบายที่บูรณาการและไวต่อบริบททางวัฒนธรรมมาใช้จะช่วยให้ระบบสาธารณสุขสามารถตอบสนองต่อปัจจัยกำหนดทางสังคมและสุขภาพที่ซับซ้อนซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มในวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผู้สูงอายุ

Factors Associated with Alcohol Consumption Behavior among Older Adults in Northeastern Thailand

Amphawan nonthamat M.N.S. (Nursing Administration)*

*Nakarin Prasit** Dr.P.H. (Public Health)*

*Warunyu Phordee*** M.P.H. (Public Health Administration)*

*Jarukit Yarasee*** M.P.H. (Public Health Administration)*

*Kamontip Suyanang*** M.P.H. (Public Health Administration)*

*Peerayut Sangtreesu*** M.P.H. (Public Health Administration)*

*Siriyaporn Gaiyasri*** M.P.H. (Public Health Administration)*

Extended Abstract:

Nowaday, Thailand has officially entered a fully aged society, with over 20 percent of the population aged 60 years and older. This demographic transition has significantly affected the health system and social policies, particularly regarding the health and quality of life of older adults. Among the complex and challenging health issues in this population, alcohol consumption stands out as a critical concern. Age-related physiological changes make older adults more vulnerable to the adverse effects of alcohol, resulting in a wide range of health complications—physical, mental, and social. This problem is especially pronounced in Northeastern Thailand, where cultural traditions are closely intertwined with alcohol use. Alcoholic beverages are integral to local rituals, festivals, and community gatherings, making drinking behavior a socially accepted norm.

The present study aimed to determine the prevalence of current alcohol consumption and to examine factors associated with drinking behavior among older adults in Northeastern Thailand, considering multiple dimensions including socioeconomic factors, health status and health behavior, health service accessibility, and social participation. This analytical cross-sectional study utilized secondary data from the 2024 Survey of Older Persons in Thailand conducted by the National Statistical Office. The study sample consisted of 14,629 adults aged 60 years and older residing across Northeastern provinces. Descriptive statistics were used to describe the general characteristics of the participants and to estimate the prevalence of current alcohol consumption. The generalized linear Mixed Model (GLMM) was employed to analyze the association between independent variables and alcohol consumption behavior while accounting for clustering effects at the provincial level. Results were presented as adjusted odds ratios (AOR) with 95% confidence intervals (95% CI).

**Professional Nurse, Bangkok Hospital Khon Kaen*

***Corresponding author, Assistant Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Thailand, E-mail: nakapr@kku.ac.th*

****Master's student, Master of Public Health Program (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Khon Kaen University*

Received October 3, 2025, Revised November 27, 2025, Accepted November 28, 2025

The findings revealed that 19.73 percent of older adults reported current alcohol drinking. Significant factors associated with drinking behavior included socioeconomic variables such as male gender (AOR=9.21; 95%CI: 8.08–11.51), younger–old adults aged below 69 years (AOR=4.79; 95%CI: 3.53–6.49), current employment status (AOR=2.02; 95%CI: 1.79–2.29), and annual income equal to or exceeding 100,000 THB (AOR=1.25; 95%CI: 1.10–1.41). Health-related and behavioral factors also showed significant associations, including the absence of chronic diseases (AOR=1.28; 95%CI: 1.14–1.43) and smoking behavior (AOR=7.79; 95%CI: 6.74–9.00). Regarding social participation, membership in local occupational groups (AOR=1.49; 95%CI: 1.24–1.80), participation in volunteer groups (AOR=1.64; 95%CI: 1.37–1.96), and engagement in major village or community events (AOR=1.54; 95%CI: 1.33–1.80) were all positively associated with alcohol consumption. These findings suggest that alcohol drinking among older adults is not merely an individual behavior but rather a social and cultural phenomenon shaped by community norms that encourage alcohol use as part of social engagement. Consequently, abstaining from alcohol can be socially challenging within the Northeastern cultural context.

The study underscores the necessity of developing culturally sensitive health promotion strategies that respect and incorporate local traditions. This includes establishing “healthy community leader” models and empowering village health volunteers to provide culturally appropriate alcohol-related counseling. Moreover, promoting health literacy through local-language communication is essential to correct misconceptions about traditional alcohol consumption, such as the belief that homemade spirits are beneficial to health. Public health policies should therefore focus on mitigating risk factors, creating supportive social environments that promote healthy aging, and encouraging older adults to participate in creative and meaningful social activities that are alcohol-free. A comprehensive and sustainable approach is required to reduce alcohol use among older adults while preserving the cultural identity of Northeastern communities. Such strategies will not only improve health outcomes and quality of life for older adults but also strengthen the cultural and social fabric that supports community well-being in Thailand’s aging society. Therefore, the development of policies and intervention measures to address alcohol consumption among older adults should emphasize integrated actions across multiple levels, including the individual, family, community, and health service system levels. Proactive policies should prioritize systematic risk screening within primary health care services, the provision of brief interventions for older adults at risk, and continuous follow-up through multidisciplinary health care teams. At the same time, capacity building among village health volunteers and older adult caregivers should be strengthened to enhance their skills in motivational communication and in providing culturally appropriate guidance on alcohol reduction. These frontline personnel play a critical role in bridging formal health services and community-based support, particularly in rural and culturally diverse settings. In addition, communities should be encouraged to develop alternative alcohol-free social activities, such as health promotion programs, recreational activities, and volunteer initiatives, to provide meaningful social engagement without reliance on alcohol. Such approaches can gradually reshape social norms related to drinking among older adults and reduce the social pressure to consume alcohol during community gatherings and traditional events. Collectively, these strategies will contribute to a

sustainable reduction in alcohol consumption among older adults, while simultaneously promoting active aging, strengthening social support systems, and enhancing overall quality of life in the long term. By adopting an integrated and culturally sensitive policy framework, public health systems can more effectively respond to the complex social and health determinants that influence alcohol use in later life.

Keywords: Alcohol drinking behavior, Northeastern Thailand, Older adults

Author Contributions

AN: Conceptualization, Method and design, Tool development and validation, Data collection, analysis and interpretation, drafting, reviewing, and editing the manuscript, Final approval of the submitted version

NP : Conceptualization, Method and design, Tool development and validation, Analysis and interpretation, drafting, reviewing, and editing the manuscript, and Final approval of the submitted version, Responding to the editor

KS : Tool development and validation, Data interpretation

PS : Tool development and validation, Analysis and interpretation

SG : Tool development and validation, Analysis and interpretation

WP: Provision of feedback on tools development and validation.

JY : Conceptualization, Method and design, Provision of feedback on tools development and validation, Research supervision, Data analysis and interpretation, Drafting, reviewing, and editing the manuscript.

ความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) ในปี พ.ศ. 2574¹ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ประเด็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลายเป็นวาระสำคัญระดับชาติที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน หนึ่งในพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่น่ากังวลในกลุ่มผู้สูงอายุคือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าแม้แนวโน้มการดื่มในภาพรวมจะลดลง แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) กลับมีสัดส่วนผู้ดื่มเพิ่มขึ้นอย่างน่าสังเกต² การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยสูงอายุมีความซับซ้อนและส่งผลกระทบที่รุนแรงกว่าวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ทำให้ร่างกายมีความทนทานต่อแอลกอฮอล์ลดลง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลากหลายมิติ ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม ในมิติของสุขภาพกาย แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หลายชนิด เช่น โรคตับแข็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ในมิติของสุขภาพจิต การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า วิถีกังวล ปัญหาการนอนไม่หลับ และอาจเร่งให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้³ นอกจากนี้ ผลกระทบทางสังคมยังปรากฏในรูปแบบของภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และอาจสร้างความขัดแย้งภายในครอบครัว ลดทอนศักยภาพในการดูแลตนเองและเป็นที่พึ่งพิงของบุตรหลาน⁴

สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย บริบททางสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะสุราชุมชนหรือ “เหล้าขาว” ถูกหลอมรวมเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ประเพณี และพิธีกรรมมาอย่างยาวนาน⁵ การดื่มถูกใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในงานบุญงานประเพณีต่าง ๆ เช่น บายศรีสู่ขวัญ การเซ่นไหว้บรรพบุรุษ หรือแม้แต่เป็นส่วนหนึ่งของการเฉลิมฉลองในชีวิตประจำวัน⁶ วัฒนธรรมดังกล่าวทำให้การดื่มในบางโอกาสได้รับการยอมรับและถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างระหว่างบริบทของชุมชนเมืองและชนบทก็มีอยู่ โดยในพื้นที่ชนบทอาจมีการยอมรับการดื่มในวงสังคมสูงกว่า ขณะที่ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น ความยากจน และการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวที่ทิ้งผู้สูงอายุไว้ข้างหลัง อาจเป็นปัจจัยเสริมที่นำไปสู่การดื่มเพื่อคลายความเหงาหรือความเครียด⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่สังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยหลายฉบับ เพื่อแสดงให้เห็นว่าเป็นการคัดสรรงานวิจัยที่ผ่านการสังเคราะห์มาแล้ว พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้เป็นหลายกลุ่มปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจสังคม เช่น เพศชาย สถานภาพโสดหรือหม้าย ระดับการศึกษาและรายได้ที่ต่ำ⁸ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การมีโรคประจำตัว และการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร่วมด้วย^{9,10} ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การเคยได้รับคำแนะนำเรื่องการงดดื่มจากบุคลากรสาธารณสุข และการเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโทษของแอลกอฮอล์^{11,12} และ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมและเครือข่ายทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม

ผู้สูงอายุ และการมีเครือข่ายทางสังคมที่คอยให้การสนับสนุน^{10,13,14} ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (social determinants of health)¹⁵ และ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)^{16,17} ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและการรับรู้ความเสี่ยงมีผลต่อการตัดสินใจพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งมีความหลากหลายวัฒนธรรมและประเพณี โดยเฉพาะการศึกษาที่เจาะลึกในบริบทของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีลักษณะทางวัฒนธรรมและสังคมที่เป็นเอกลักษณ์ โดยเฉพาะอิทธิพลของวัฒนธรรมท้องถิ่น ทนทางสังคม และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงลึกทั้งในมิติบุคคล ครอบครัว ชุมชน และวัฒนธรรม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเพื่อใช้ในการวางแผนมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของพื้นที่ โดยองค์ความรู้ที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบนโยบายการป้องกันและควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสถานะเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพและปัจจัยการมีส่วนร่วมทางสังคม กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายมิติ เพื่อให้การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความครอบคลุมและเป็นระบบ การศึกษาครั้งนี้จึงได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี 2 รูปแบบหลัก คือ แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคม ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อกและไมแมน¹⁶ และแนวคิดของเบคเกอร์¹⁷ เพื่อเป็นเครื่องมือในการคัดเลือกตัวแปรและอธิบายความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการสังเคราะห์วรรณกรรมและแนวคิดทางทฤษฎีดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยโดยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ปัจจัยประชากรศาสตร์ สถานะเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic factors) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (health status and health behavior factors) ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การรับรู้สุขภาพตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ (health service accessibility factors) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากร การตรวจสุขภาพประจำปี และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม (social participation factors) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เครือข่ายสังคม) รวมทั้งตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงตามกรอบแนวคิดในภาพที่ 1 (Figure 1)

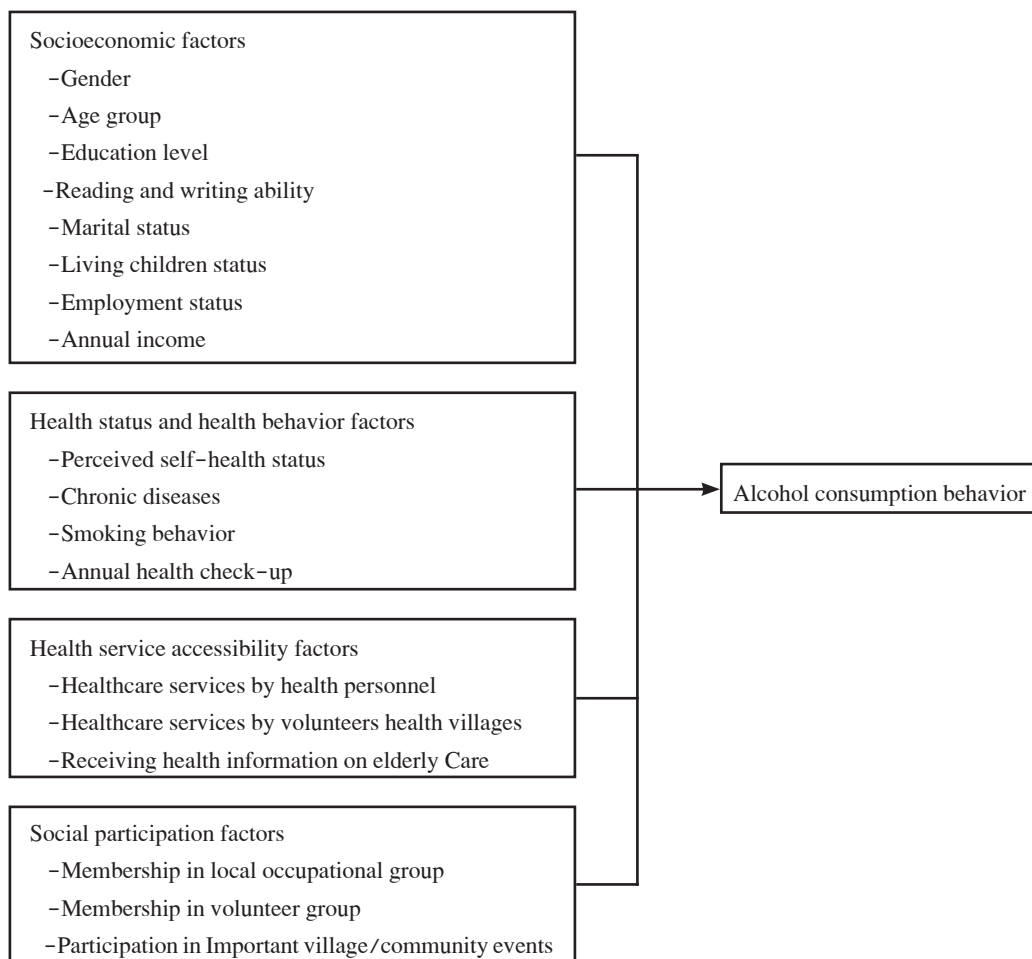


Figure 1 Conceptual framework of study

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากการใช้อข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2567² เพื่อวิเคราะห์ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในประเทศไทย โดยจำนวนกลุ่มที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือผู้ลงทะเบียนข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2567 จำนวน 61,578 คน ในการศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 2) เป็นประชาชนสัญชาติไทย และ 3) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 4) เป็นประชากรที่มีอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย และเกณฑ์

คัดออก ได้แก่ ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่ได้ระบุจังหวัดที่พักอาศัย
2) ผู้ที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และ
3) ผู้ที่มีข้อมูลพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์
ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า
และเกณฑ์คัดออกจากผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลการ
สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงาน
สถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2567 จำนวน 61,578 คน
ได้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ
ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย
จำนวนทั้งสิ้น 14,629 คน

เครื่องมือในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งเป็น
ฐานข้อมูลระดับประเทศที่จัดเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรม
สุขภาพและสังคมของประชากรไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่
ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือตาม
มาตรฐานการสำรวจระดับประเทศมาแล้ว และ
แบบสอบถามสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย
แบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจมีลักษณะเป็น
แบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและมาตร
วัดเชิงพฤติกรรมที่ใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะ
ประชากร พฤติกรรมสุขภาพ และสถานการณ์การดำรง
ชีวิตของผู้สูงอายุทั่วประเทศ โดยในงานวิจัยนี้ได้
เลือกใช้เฉพาะส่วนของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1) ข้อมูลประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจสังคม
ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
สถานภาพการมีชีวิตของบุตร สถานการณ์ประกอบอาชีพ
รายได้เฉลี่ยต่อปี ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้

2) ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพ ได้แก่ การประเมินสถานะสุขภาพตนเองใน
ปัจจุบัน โรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การคัด
กรองสุขภาพประจำปี

3) ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่
การได้รับดูแลและได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข การได้รับดูแลและได้รับคำแนะนำจาก
ผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน การได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

4) ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ได้แก่ การ
เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มอาชีพพื้นบ้าน การเข้าร่วมเป็น
สมาชิกกลุ่มจิตอาสา การเข้าร่วมการรวมกลุ่มเพื่อทำ
กิจกรรมร่วมกัน เช่น ร้องเพลง เล่นกีฬา เดินรำ เป็นต้น

5) ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ
ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้
จึงเป็นการพิทักษ์สิทธิ์และรักษาความลับของผู้เข้าร่วม
การสำรวจอย่างสูงสุดโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาต
เข้าถึงและใช้ข้อมูลอย่างเป็นทางการจากสำนักงานสถิติ
แห่งชาติซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และ
ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรสูงอายุใน
ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 เพื่อนำมาใช้ในการศึกษา
วิจัยครั้งนี้ รวมทั้งการศึกษานี้ได้รับการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น เอกสารรับรอง ลำดับที่ 3.4.02 : 25/2568
เลขที่ : HE 682108 วันที่ให้การรับรอง 9 มิถุนายน
2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) มีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ โดยการขออนุญาตเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากชุดข้อมูลดิบ (microdata) ของโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ไปยังสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานเจ้าของข้อมูล ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติอย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยได้รับชุดข้อมูลซึ่งอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์และความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม จากนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และดึงเฉพาะตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยความถี่ และร้อยละ สถิติอนุมานการวิเคราะห์

ตัวแปรแบบทีละคู่ ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ simple logistic regression นำค่าเสนอเป็นค่า Crude OR (COR) และค่าความเชื่อมั่นที่ 95 และสถิติ Generalized linear mixed model (GLMM) เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลมาจากมีความหลากหลายเชิงพื้นที่จึงคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ จังหวัด และ นำค่าเสนอเป็นค่า Adjusted OR (AOR) และค่าความเชื่อมั่นที่ 95

ผลการศึกษา

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 14,629 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ที่ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยจำนวน 11,742 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 80.27 (95% CI: 79.61–80.90) ในขณะที่ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันมีจำนวน 2,887 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 19.73 (95% CI: 19.09–20.38) รายละเอียดในตารางที่ 1 (Table 1)

Table 1 Prevalence of alcohol–drinking behaviour among older adults in Northeastern region, Thailand (N = 14,629)

Alcohol Drinking Behavior of Older Adult	Number	Percentage	95 % CI
Non-drinkers	11,742	80.27	79.61 – 80.90
Current drinkers	2,887	19.73	19.09 – 20.38

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งหมด 14,629 คน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 55.60) และส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 69 ปี (ร้อยละ 53.91) ในด้านการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 85.27) และ

ส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ (ร้อยละ 9.61) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สมรส แล้ว (ร้อยละ 65.21) และส่วนใหญ่สถานะไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 57.50) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อปี น้อยกว่า 100,000 บาท (ร้อยละ 8.72) ในด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ประเมินสุขภาพร่างกายตนเองว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.25) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.49) ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 88.88) และได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 87.76) ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 59.02 และ 64.88 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 93.26) ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่ ไม่ได้เป็นสมาชิกของกลุ่มอาชีพพื้นบ้านหรือกลุ่มจิตอาสา (ร้อยละ 92.73 และ 92.07 ตามลำดับ) แต่ส่วนใหญ่ เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญของหมู่บ้าน/ชุมชน (ร้อยละ 78.45)

จากการวิเคราะห์แบบ Simple Logistic Regression พบว่าหลายปัจจัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ เพศชาย (COR=13.90; 95% CI: 12.36–15.62), กลุ่มอายุน้อยกว่า 69 ปี (COR=11.31; 95% CI: 8.65–14.80) และ กลุ่มอายุ 69–79 ปี (COR=4.04; 95% CI: 3.06–5.33) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป, ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นตั้งแต่ประถมศึกษาเป็นต้นไปมี COR สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการศึกษา, มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ (COR=3.90; 95% CI: 3.13–4.87), สถานภาพสมรส (COR=2.94; 95% CI: 2.64–3.27) และ สถานภาพโสด (COR=1.38; 95% CI: 1.03–1.85) เมื่อเทียบกับหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่, สถานะยังประกอบอาชีพอยู่ (COR=4.77; 95% CI: 4.36–5.22), รายได้ต่อปีตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป (COR=2.11; 95% CI: 1.92–2.32), การประเมินสุขภาพตนเองว่าระดับดี (COR=10.0; 95% CI: 7.35–13.60), ระดับปานกลาง (COR=6.34; 95% CI: 4.91–8.19) และระดับไม่ดี (COR=3.68; 95%

CI: 2.84–4.77) เมื่อเทียบกับสุขภาพระดับดีมาก, ไม่มีโรคประจำตัว (COR=2.14; 95% CI: 1.97–2.32), พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (COR=19.98; 95% CI: 17.67–22.59), การไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (COR=1.44; 95% CI: 1.29–1.62), การเป็นสมาชิกกลุ่มอาชีพพื้นบ้าน (COR=2.27; 95% CI: 1.99–2.60), การเป็นสมาชิกกลุ่มจิตอาสา (COR=2.69; 95% CI: 2.37–3.05) และการเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญของหมู่บ้าน/ชุมชน (COR=1.87; 95% CI: 1.67–2.10)

การวิเคราะห์แบบ Generalized Linear Mixed Model (GLMM) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุ โดยควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ จังหวัดและเขตการปกครอง ได้แก่ เพศชาย (AOR=9.21; 95% CI: 8.08–11.51), กลุ่มอายุต่ำกว่า 69 ปี (AOR=4.79; 95% CI: 3.53–6.49) และ กลุ่มอายุ 69–79 ปี (AOR=2.22; 95% CI: 1.64–3.01) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป, สถานะยังทำงานอยู่ในปัจจุบัน (AOR=2.02; 95% CI: 1.79–2.29), รายได้เฉลี่ย 100,000 บาทต่อปีขึ้นไป (AOR=1.25; 95% CI: 1.10–1.41), การประเมินสุขภาพตนเองว่าระดับ ดี (AOR=3.08; 95% CI: 2.10–4.52), ระดับ ปานกลาง (AOR=2.23; 95% CI: 1.63–3.03) และระดับไม่ดี (AOR=1.91; 95% CI: 1.41–2.60) เมื่อเทียบกับสุขภาพระดับ ดีมาก, ไม่มีโรคประจำตัว (AOR=1.28; 95% CI: 1.14–1.43), พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (AOR=7.79; 95% CI: 6.74–9.00), ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (AOR=1.21; 95% CI: 1.07–1.36), เป็นสมาชิกกลุ่มอาชีพพื้นบ้าน (AOR=1.49; 95% CI: 1.24–1.80), เป็นสมาชิกกลุ่มจิตอาสา (AOR=1.64; 95% CI: 1.37–1.96) และการเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญของหมู่บ้าน/ชุมชน (AOR=1.54; 95% CI: 1.33–1.80) รายละเอียดในตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Results of the simple logistic regression analysis and the generalized linear mixed model adjusting for the effects of other factors including province and administrative district, on the association between factors and alcohol rinking behaviors among older adults in Northeastern Thailand (N = 14,629)

Factors	n	%	Alcohol Drinking Behavior		Crude OR (95%CI)	p-value	AOR (95%CI)	p-value
			(Older Adults)					
			Non-drinkers	Current drinkers				
Socioeconomic factors								
Gender								
Female	8,134	55.60	7,777 (95.61)	357 (4.39)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Male	6,495	44.40	3,965 (61.05)	2,530 (38.95)	13.90	<.001	9.21	<.001
					(12.36–15.62)		(8.08–11.51)	
Age group								
≥ 80 years	1,710	11.69	1,653 (96.67)	57 (3.33)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
69–79 years	5,032	34.40	4,416 (87.76)	616 (12.24)	4.04	<.001	2.22	<.001
					(3.06–5.33)		(1.64–3.01)	
< 69 years	7,887	53.91	5,673 (71.93)	2,214 (28.07)	11.31	<.001	4.79	<.001
					(8.65–14.80)		(3.53–6.49)	
Education level								
No education	321	2.19	2,780 (91.87)	246 (8.13)	Ref.	Ref.		
Primary	12,474	85.27	31,633 (85.28)	5,460 (14.72)	1.93	<.001		
					(1.35–2.76)			
Secondary	844	5.77	3,729 (79.26)	976 (2.74)	3.88	<.001		
					(2.64–5.70)			
Diploma	130	.89	658 (78.24)	183 (21.76)	5.81	<.001		
					(3.52–9.56)			
Bachelor’s	767	5.24	2,855 (84.12)	539 (15.88)	2.47	<.001		
					(1.67–3.67)			
Master’s or higher	93	.64	382 (81.28)	88 (18.72)	4.86	<.001		
					(2.80–8.44)			
Reading and Writing Ability								
Illiterate	1,373	9.39	1,285 (93.59)	88 (6.41)	Ref.	Ref.		
Literate	13,256	9.61	10,457 (78.89)	2,799 (21.11)	3.90 (3.13–4.87)	<.001		
Marital status								
Widowed/ Divorced/ Separated	4,650	31.79	4,183 (89.96)	467 (1.04)	Ref.	Ref.		
Married	9,539	65.21	7,178 (75.25)	2,361 (24.75)	2.94 (2.64–3.27)	<.001		
Single	440	3.01	381 (86.59)	59 (13.41)	1.38 (1.03–1.85)	.027		
Living Children Status								
Not living with children	763	5.22	633 (82.96)	130 (17.04)	Ref.	Ref.		
Living with children	13,866	94.78	11,109 (8.12)	2,757 (19.88)	1.20 (.99–1.46)	.055		
Employment status								
Unemployed	8,411	57.50	7,608 (9.45)	803 (9.55)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Employed	6,218	42.50	4,134 (66.48)	2,084 (33.52)	4.77 (4.36–5.22)	<.001	2.02	<.001
							(1.79–2.29)	

Table 2 Results of the simple logistic regression analysis and the generalized linear mixed model adjusting for the effects of other factors including province and administrative district, on the association between factors and alcohol rinking behaviors among older adults in Northeastern Thailand (N = 14,629) (con't)

Factors	n	%	Alcohol Drinking Behavior		Crude OR (95%CI)	p-value	AOR (95%CI)	p-value
			(Older Adults)					
			Non-drinkers	Current drinkers				
Annual income								
< 100,000 Baht	11,809	8.72	9,782 (82.84)	2,027 (17.16)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
≥ 100,000 Baht	2,820	19.28	1,960 (69.50)	860 (3.50)	2.11 (1.92–2.32)	<.001	1.25 (1.10–1.41)	<.001
Health Status and Health Behavior Factors								
Perceived self health status								
Very good	1,312	8.97	1,247 (95.05)	65 (4.95)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Good	531	3.63	349 (65.73)	182 (34.27)	10.00 (7.35–13.60)	<.001	3.08 (2.10–4.52)	<.001
Fair	6,619	45.25	4,973 (75.13)	1,646 (24.87)	6.34 (4.91–8.19)	<.001	2.23 (1.63–3.03)	<.001
Poor	6,167	42.16	5,173 (83.88)	994 (16.12)	3.68 (2.84–4.77)	<.001	1.91 (1.41–2.60)	<.001
Chronic diseases								
With chronic disease	8,557	58.49	7,303 (85.35)	1,254 (14.65)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Without chronic disease	6,072	41.51	4,439 (73.11)	1,633 (26.89)	2.14 (1.97–2.32)	<.001	1.28 (1.14–1.43)	<.001
Smoking behavior								
Non-smoker	13,002	88.88	11,330 (87.14)	1,672 (12.86)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Smoker	1,627	11.12	412 (25.32)	1,215 (74.68)	19.98 (17.67–22.59)	<.001	7.79 (6.74–9.00)	<.001
Annual health check-up								
Received	12,839	87.76	10,405 (81.04)	2,434 (18.96)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Not received	1,790	12.24	1,337 (74.69)	453 (25.31)	1.44 (1.29–1.62)	<.001	1.21 (1.07–1.36)	<.001
Health Service Accessibility Factors								
Healthcare services at home/community (provided by health personnel)								
Received	8,634	59.02	7,081 (82.01)	1,553 (17.99)	Ref.	Ref.		
Not received	5,995	4.98	4,661 (77.75)	1,334 (22.25)	1.30 (1.20–1.41)	<.001		
Healthcare services by Volunteers Health Villages/Caregivers/Volunteers								
Received	9,492	64.88	7,722 (81.35)	1,770 (18.65)	Ref.	Ref.		
Not received	5,137	35.12	4,020 (78.26)	1,117 (21.74)	1.21 (1.11–1.31)	<.001		
Receiving Health Information on Elderly Care								
Not received	986	6.74	799 (81.03)	187 (18.97)	Ref.	Ref.		
Received	13,643	93.26	10,943 (8.21)	2,700 (19.79)	1.05 (.89–1.124)	.530		

Table 2 Results of the simple logistic regression analysis and the generalized linear mixed model adjusting for the effects of other factors including province and administrative district, on the association between factors and alcohol rinking behaviors among older adults in Northeastern Thailand (N = 14,629) (con't)

Factors	n	%	Alcohol Drinking Behavior		Crude OR (95%CI)	p-value	AOR (95%CI)	p-value
			(Older Adults)					
			Non-drinkers	Current drinkers				
Social Participation Factors								
Membership in local occupational group								
Not a member	13,565	92.73	11,042 (81.40)	2,523 (18.60)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Member	1,064	7.27	700 (65.79)	364 (34.21)	2.27 (1.99–2.60)	<.001	1.49 (1.24–1.80)	<.001
Membership in volunteer group								
Not a member	13,469	92.07	11,017 (81.80)	2,452 (18.20)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Member	1,160	7.93	725 (62.50)	435 (37.50)	2.69 (2.37–3.05)	<.001	1.64 (1.37–1.96)	<.001
Participation in Important Village/Community Events (e.g., National Elderly Day, Songkran Festival, Traditional Merit-Making, etc.)								
Not participated	3,152	21.55	2,748 (87.18)	404 (12.82)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Participated	11,477	78.45	8,994 (78.37)	2,483 (21.63)	1.87 (1.67–2.10)	<.001	1.54 (1.33–1.80)	<.001

Note Ref. = Reference group.

อภิปรายผล

ความชุกของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 19.73 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภูมิภาคอื่น ๆ จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ ภาคเหนือ ในร้อยละ 18.20 นอกจากนี้พบในภาคกลาง ร้อยละ 13.41 นอกจากนี้พบในภาคใต้ ร้อยละ 7.75² แต่อย่างไรก็ตามความใกล้เคียงทางวัฒนธรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีความใกล้เคียงกัน ทั้งในเรื่องของวัฒนธรรม ประเพณี วิถีการปฏิบัติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิตเมื่อเทียบกับภาคกลางและภาคใต้ ทั้งในเชิงสัดส่วนผู้ดื่มและบรรทัดฐานทางสังคมเรื่องการดื่มในชุมชน

ชนบทอีสานที่เปิดกว้างและผูกกับวิถีประเพณีมากกว่า ทำให้โอกาสการสัมผัสและการดื่มซ้ำเกิดขึ้นในกิจกรรมรวมกลุ่ม เช่น งานบุญ งานศพ งานประเพณี เป็นต้น^{18,19} ซึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้นมักมีการดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของงานสังสรรค์เพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ทางสังคม ในทางตรงกันข้าม ภาคกลางและภาคใต้ของประเทศไทยมีเศรษฐกิจที่ขึ้นและโครงสร้างชุมชนเมืองมากกว่าส่งผลให้ความชุกของการดื่มในผู้สูงอายุลดน้อยลง เนื่องจากการเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลเกี่ยวกับโทษของแอลกอฮอล์มากขึ้น และยังถึงอิทธิพลทางศาสนา เช่น ศาสนาอิสลาม ที่ห้ามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเด็ดขาด เป็นต้น รวมถึงสภาพเศรษฐกิจที่ดีและการมีงานทดแทนนำไปสู่การลดการพึ่งพิงกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์²⁰

ผู้สูงอายุชายมีแนวโน้มดื่มมากกว่าเพศหญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสามารถอธิบายได้จาก

การศึกษาสุขภาพที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐาน โดยการแก้ไขความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับประโยชน์ของสุรา ผ่านบ้านผ่านการนำเสนอข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น การใช้สื่อภาษาถิ่น การเล่าผ่านเรื่องราวในชุมชน และการใช้หมอพื้นบ้านหรือปราชญ์ชาวบ้านเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูล ทั้งหมดนี้จะช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยยังคงรักษาเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของชุมชนไว้ได้ การพัฒนานโยบายที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการบูรณาการมาตรการในระดับต่างๆ ตั้งแต่การดูแลรายบุคคล การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ไปจนถึงนโยบายระดับชาติ พร้อมทั้งการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าการแทรกแซงสามารถลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรสูงอายุซึ่งแม้จะครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ แต่มีข้อจำกัดคือ ข้อมูลที่ได้มาจากการรายงานตนเอง อาจ รวมทั้งไม่มีรายละเอียดเชิงลึกเกี่ยวกับทฤษฎีพฤติกรรมสุข รูปแบบปริมาณ ความถี่ หรือบริบทของการดื่ม ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์เชิงลึกถึงความรุนแรงและผลกระทบของพฤติกรรมการดื่มได้อย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษานำไปสู่อำนาจข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนานโยบายการนำไปปฏิบัติ และการทำวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. การพัฒนาศาสตร์การสื่อสารความเสี่ยง และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมุ่งเป้า (Targeted Health Literacy Campaign) โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือ เพศชาย, กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุน้อยกว่า 69 ปี), การสูบบุหรี่ และการไม่มีโรคประจำตัว จึงควรพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้โดยตรง โดยสร้างสื่อสุขภาพในภาษาถิ่นที่เข้าใจง่าย เพื่อรณรงค์ให้ตระหนักถึงอันตรายของแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นตามวัย และเน้นย้ำความเสี่ยงทวีคูณของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการสูบบุหรี่

2. การส่งเสริมบทบาททางสังคมเชิงบวกเพื่อปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานการดื่มโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (กลุ่มอาชีพ, จิตอาสา, กิจกรรมชุมชน) เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงนี้ควรส่งเสริมการพัฒนา “ผู้นำชุมชนต้นแบบสุขภาพดี” โดยเฉพาะการคัดเลือกผู้สูงอายุชายที่เป็นที่เคารพนับถือและเลิกดื่มได้สำเร็จ มาเป็นแบบอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยไม่ต้องดื่มเพื่อสร้างบรรทัดฐานใหม่ว่าการเข้าสังคมสามารถทำได้โดยไม่ต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3. การบูรณาการระบบบริการสุขภาพเชิงรุกจากปัญหาพฤติกรรมสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุและการที่ผู้ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีมีความเสี่ยงสูงกว่า ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรใช้โอกาสในการตรวจสุขภาพประจำปีหรือการเยี่ยมบ้าน เป็นจุดสำคัญในการคัดกรองความเสี่ยงของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควบคู่กับการสูบบุหรี่เสมอ และให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสองอย่างไปพร้อมกัน

4 การสร้างสภาพแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อการลดการดื่ม: เพื่อจัดการปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่เอื้อต่อการดื่ม เช่น การยังทำงานอยู่และมีรายได้สูงซึ่งเพิ่มกำลังซื้อ จึงควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการกำหนดมาตรการควบคุมเชิงพื้นที่ (Area-Based Strategy) เช่น การสนับสนุนให้เกิด “งานบุญประเพณีปลอดเหล้า” หรือจัดตั้ง “ชมรมผู้สูงอายุสร้างสรรค์ปลอดแอลกอฮอล์” เพื่อเป็นพื้นที่กลางในการจัดกิจกรรมทางเลือกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ซึ่งจะเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในระดับชุมชนโดยตรง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่อนุเคราะห์ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 ที่ให้ความร่วมมือ ซึ่งทำให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี สมบูรณ์และมีคุณภาพตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons. Situation of the Thai Older Persons 2023. Bangkok: Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security; 2024. (in Thai)
2. National Statistical Office. The Survey of the Older Persons in Thailand 2024. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society; 2024. (in Thai)
3. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance abuse among older adults. Clin Geriatr Med. 2014 ;30(3): 629–54. doi:10.1016/j.cger.2014.04.008.
4. Oduro JK, Okyer J, Nyador JK. Risky health behaviours and chronic conditions among aged persons: analysis of SAGE selected countries. BMC Geriatr. 2023 ;23. 145. doi:10.1186/s12877-023-03836-y.
5. Rakpradet S, Promma P, Ponkaewkes A, Srikokpho K, Jarumethichom A, Kraiboot A, et al. Whiskey: role in Isan society. Journal of Modern Learning Development. 2022;7(11):328–41. (in Thai)
6. Limprasert B, Kanokthet T. Situation of alcohol consumption by community leaders in Phayao Province. Research and Development Health System Journal. 2020;13(1):431–41. (in Thai)
7. Sihawong S, Soikham P, Paunglad B, Jantanasakulwong S. Alcohol consumption behavior of people in semi-urban community in Ubon Ratchathani Province. Payap University Journal. 2024;34(1):71–83. (in Thai)
8. Bareham BK, Kaner E, Spencer LP, Hanratty B. Drinking in later life: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people’s perceptions and experiences. Age Ageing. 2019;48(1):134–46. doi:10.1093/ageing/afy069.
9. Ortolá R, Sotos-Prieto M, García-Esquinas E, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Alcohol consumption patterns and mortality among older adults with health-related or socioeconomic risk factors. JAMA Netw Open. 2024;7(8): e2424495. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.24495.
10. Megherbi-Moulay O, Igier V, Julian B, Franchitto N, Sordes F. Alcohol use in older adults: A systematic review of biopsychosocial factors, screening tools, and treatment options. Int J Ment Health Addiction. 2024;22(4):2073–115. doi:10.1007/s11469-022-00974-z.
11. Bareham BK, Kaner E, Spencer L, Hanratty B. Health and social care providers’ perspectives of older people’s drinking: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. Age Ageing. 2020 ;49(3):453–67. doi:10.1093/ageing/afaa005.
12. Armstrong-Moore R, Haighton C, Davinson N, Ling J. Interventions to reduce the negative effects of alcohol consumption in older adults: a systematic review. BMC Public Health. 2018;18(1):302. doi:10.1186/s12889-018-5199-x.
13. Kim S, Spilman SL, Liao DH, Sacco P, Moore AA. Social networks and alcohol use among older adults: a comparison with middle-aged adults. Aging Ment Health. 2018;22(4):550–57. doi:10.1080/13607863.2016.1268095.

14. Nichol B, Charlton C, Scott J, Steer M, Sattar Z, Haighton C. Balancing individual rights and risks: a systematic review of qualitative studies of perspectives on older adults' alcohol use in residential care settings. *Ageing Soc.* 2025;1–37. doi:10.1017/S0144686X25000145.
15. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization; 2008.
16. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr.* 1974;2(4):328–35.
17. Maiman LA, Becker MH. The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Educ Monogr.* 1974 ;2(4):336–53.
18. Jankhotkaew J, Casswell S, Huckle T, Chaiyasong S, Kalapat R, Waleewong O, et al. composite index of provincial alcohol control policy implementation capacity in Thailand. *Int J Drug Policy.* 2024;130:104504. doi:10.1016/j.drugpo.2024.104504.
19. Moolasart J, Chirawatkul S. Drinking culture in the Thai-Isaan context of northeast Thailand. *SE Asian J Trop Med PH.* 2012;43(3):795–807.
20. Talek M, Vichitkunakorn P, Assanangkornchai S, Wichaidit W. Global alcohol policy implementation in Thailand: A narrative review. *Int J Alcohol Drug Res.* 2024;12(S1):18–27. doi:10.7895/ijadr.443.
21. Wakabayashi M, McKetin R, Banwell C, Yiengprugsawan V, Kelly M, Seubsman SA, Iso H, , et al. Thai Cohort Study Team. Alcohol consumption patterns in Thailand and their relationship with non-communicable disease. *BMC Public Health.* 2015;15(1):1297. doi:10.1186/s12889-015-2662-9.
22. Harvard Health Publishing. Rising alcohol use among older adults. [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 13]. Available from: <https://www.health.harvard.edu/blog/rising-alcohol-use-among-older-adult-202109242599>
23. Prasit N, Laohasiriwong W, Nonthamat A, Sresutham P, Nidthumsakul N, Nilnate N, Senahad N. Investigating the challenges in alcoholic beverage control and law enforcement: analyzing binge drinking prevalence among the working-age population in Thailand based on 2017 National Survey. *Journal of Population and Social Studies.* 2024;32:481–93. doi:10.25133/JPSSv322024.029.
24. Nakarin Prasit, Wongs Laohasiriwong, Surachai Phimha, Ampawan Nonthamat, Nopparat Senahad, Nuttapol Yotha, et al. Evaluation of binge drinking behavior among working-age populations in Thailand using GIS: A national survey in 2017. *Journal of Public Health and Development.* 2023;21(2):140–51. doi:10.55131/jphd/2023/210212.
25. Aekplakorn W, Hogan MC, Tiptaradol S, Wibulpolprasert S, Punyaratabandhu P, Lim SS. Tobacco and hazardous or harmful alcohol use in Thailand: joint prevalence and associations with socioeconomic factors. *Addict Behav.* 2008;33(4):503–14. doi:10.1016/j.addbeh.2007.10.010.
26. Yanarueng S, Laohasiriwong W, Phimha S, Yotha N, Senahad N, Prasit N, et al. Health determinant factors associated with smoking behaviour of older adults in Thailand. *Journal of Public Health and Development.* 2023;21(1):44–32. doi:10.55131/jphd/2023/210103.
27. Paek SC, Zhang NJ. Factors associated with the use of annual health checkups in Thailand: evidence from a national cross-sectional health and welfare survey. *Front Public Health.* 2024;12:1390125. doi:10.3389/fpubh.2024.1390125.
28. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol.* 2014 ;49(1):66–78. doi:10.1093/alcalc/agt170.
29. Bareham BK, Kaner E, Spencer L, Hanratty B. Health and social care providers' perspectives of older people's drinking: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Age Ageing.* 2020;49(3):453–67. doi:10.1093/ageing/afaa005.
30. Philalai T, Rattanapan C, Laosee O. Alcohol consumption among older adults in northern Thailand. *Journal of Health Research.* 2017;31(2):99–107. (in Thai)
31. Kanyarat S, Prasit N, Yanarueng S, Saengtrisup P, Phordee W, Suyanang K. Health belief model and social support affecting the perception of alcohol control laws among entrepreneurs in Thung Khao Luang district, Roi Et province. *Journal of Health Policy, Law and Administration.* 2026;12(1):111–23. (in Thai)