สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในสถาบันระดับอุดมศึกษา

Drinking of Alcohol Among Adolescents

in Undergraduate Level

หนังสืออ้างอิง
ใช้เฉพาะในห้องสมุด

รัชชาลี แคฟฟรีย์
สายใจ พัวพันธ์
กุณฑลี จริยาปยุกต์เลิศ
พอล แคฟฟรีย์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
พ.ศ.2538
ISBN 974-573-023-8

ชื่องานวิจัย การดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในสถาบันระดับอุดมศึกษา

คณะผู้วิจัย ศาสตราจารย์ ดร.โรซาลี แคฟฟรีย์

นางสาวสายใจ พัวพันธ์

นางกุณฑลี จริยาบยุกต์เลิศ

นายพอล แคฟฟรีย์

ปีที่ทำการวิจัย พ.ศ.2536

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในสถาบันระดับอุดมศึกษา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนตามลำดับขั้นจากกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในสถาบันระดับอุดมศึกษา ในปี พ.ศ.2536 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน เป็นวัยรุ่นชายร้อยละ 28 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 72 อายุเฉลี่ย 20 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม "Core Alcohol and Drugs Survey" ที่สร้างขึ้นโดย The Fund for the Development of Post Secondary Education, U.S.A. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละของประสบการณ์ และความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นระหว่างกลุ่มวัยรุ่นชายกับกลุ่มวัยรุ่นหญิงโดยการหาค่า Chi-Square และ Anova ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มวัยรุ่นมีความคิดเห็นต่อสิ่งที่กระทำได้ในการพบปะสังสรรค์ระหว่างเพื่อนมากที่สุด คือ การสูบบุหรี่ร้อยละ 80.4 รองลงมาคือ การดื่มสุรา ร้อยละ 55.3 การเสพสารเสพติดชนิดอื่นร้อยละ 1.6

2. กลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 39 ตอบว่า สถาบันการศึกษามีกฎข้อบังคับเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด และร้อยละ 57.5 ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตอบว่าสถาบันการศึกษามีกฎข้อบังคับ ตอบว่า กฎข้อบังคับดังกล่าวไม่มี

ประสิทธิภาพ กลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 86.9 มีความคิดเห็นว่าสถาบันการศึกษาควรมีโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

3. กลุ่มวัยรุ่นเคยลองดื่มสุราเป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.4 โดยกลุ่มวัยรุ่นชายร้อยละ 93.4 และกลุ่มวัยรุ่นหญิง ร้อยละ 63.6 ตอบว่าเคยลองดื่มสุรา อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น คือ 16.4 ปี

4. กลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 65 รายงานว่าสมาชิกในครอบครัวเคยมีปัญหาจากการดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น โดยระบุว่าเป็น "พ่อ" มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.5

5. กลุ่มวัยรุ่นรับรู้ว่ากลุ่มวัยรุ่นชายและหญิงในสถาบันการศึกษาดื่มสุราและใช้สารเสพติดชนิดอื่น ร้อยละ 97.6 และ 68.7 ตามลำดับ

6. กลุ่มวัยรุ่นชายลองดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลัง และสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

7. ประสบการณ์ภายหลังการดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มวัยรุ่นชายและหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งประสบการณ์ประเภทที่สร้างปัญหาไม่รุนแรง ประเภทที่สร้างปัญหารุนแรง และประเภทที่กระทำผิดกฎระเบียบของสังคม โดยกลุ่มวัยรุ่นชายมีประสบการณ์ทั้ง 3 ประเภท มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิง

TITLE Drinking of Alcohol among Adolescents in Undgraduate Level

RESEARCHERS

Prof. Dr. Rosalie Caffrey

Miss Saichai Puapan

Mrs. Kuntalee Jariyapayuklert

Mr. Pual Caffrey

YEAR 1993

ABSTRACTS.

The research aims to describe alcohol drinking behaviours among adolescents at undergraduate level. The samples of descriptive study were drawn in stratified random samping method from those who were adolescents and studying at undergraduate level in 1993. Out of students, 28% were male and 72% were female. Their average age was at 20 years. The instrument for data collection was the questionnaire of the Core Alcohol and Durgs Survey developed by the Fund for the Development of Post Secondary Education, USA. The gathered data were analyzed by identifying percentage of experience, opinions of adolescents about alcohol drinking and use of other drugs addicts.

Comparison of drinking experience and other addicts between male and female adolescents was analyzed by Chi-square and ANOVA in following results.

1. Adolescents viewed the following behaviours as accepted for social interaction purposes : smoking 80.4%, alcohol drinking 55.3%, and other substance addicts 1.6%
2. 39% Of adolescents replied that their education institutes had regulation for drinking and using addict substances, 57.5% of those who replied that institutes had regulation, said that the mentioned regulations were not efficient. 86.9% Of adolescents thought that institutes should have a programme for prevention of alcohol drinking and using substance addicts
3. Most of adolescents (73.4%) used to drink alcohol. 93.4% Of male adolescents and 63.6% of female adolescents admitted that they used to drink before. They started drinking or using substance addicts at the average age of 16.4 years.
4. 65% Of adolescents reported that their family members had problems about drinking or other substance addicts. Most of them (33.5%) referred to their 'father'.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพิ่มศิริ นิติมานพ ที่ชักนำเราทั้งสี่ให้ได้รู้จักกัน ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเป็นและประสบการณ์ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของงานวิจัยชิ้นนี้ คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความใจกว้างของผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่เปิดโอกาสให้เราเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ ขอขอบคุณอาจารย์มนู สัตยวนิช อาจารย์ชิงชัย เมธพัฒน์ ที่ให้ความช่วยเหลือและมีส่วนสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้อย่างเต็มที่ และงานวิจัยนี้จะสำเร็จไม่ได้เลย ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มวัยรุ่น ผู้ซึ่งมีความสำคัญสำหรับงานชิ้นนี้ที่สุด จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

คณะผู้วิจัยตระหนักในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่องานในสาขาสุขภาพจิต มีความประสงค์ที่จะเข้าไปมีส่วนรวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มวัยรุ่น จึงได้ทำการวิจัยนี้ขึ้นมา และหวังว่าข้อมูลนี้จะยังประโยชน์ให้แก่ผู้บริหารสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นหรืออนาคตของชาติด้วยเช่นกัน

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	12
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
ความหมายของสุรา	13
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	53
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	68
บรรณานุกรม	78
ภาคผนวก	82
คณะผู้วิจัย	83
แบบสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ในกลุ่มวัยรุ่น	84

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.1 แสดงสถิติการจับกุมทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2520-2534..... 3
ตารางที่ 1.2 แสดงอัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่..... 5
11 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามเพศ
ตารางที่ 2.1 แสดงปริมาณ Ethyl Alcohol ที่มีอยู่ในเครื่องดื่มต่าง ๆ.. 17
ตารางที่ 2.2 แสดงสถิติจำนวนอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย..... 31
ปี พ.ศ.2522-2531
ตารางที่ 2.3 แสดงอุบัติเหตุการจราจารทางบกในเขต..... 32
กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2525-2532
ตารางที่ 2.4 แสดงอุบัติการของอุบัติเหตุที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ..... 33
จากโรงพยาบาลทั่วประเทศในปี พ.ศ.2531
ตารางที่ 2.5 แสดงระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดที่กฎหมาย..... 35
ในแต่ละประเทศยินยอมให้มีได้ในขณะขับขี่
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มวัยรุ่นที่มีความคิดเห็น..... 54
ต่อการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในเวลาที่มีการ
พบปะสังสรรค์ระหว่างเพื่อน
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของความคิดของกลุ่มวัยรุ่นที่มีต่อสภาวะ... 55
การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในสถาบันการศึกษา
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มวัยรุ่นต่อการดื่มสุรา..... 56
คราวละไม่น้อยกว่า 5 แก้ว ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มวัยรุ่นที่เคยใช้..... 57
สารเสพติดชนิดต่าง ๆ จำแนกตามเพศและอายุเฉลี่ย
ของกลุ่มวัยรุ่นเมื่อเริ่มใช้สารเสพติด

หน้า

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของกลุ่มวัยรุ่นที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น..... 58
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ
ตารางที่ 4.6 ร้อยละของประสบการณ์ที่กลุ่มวัยรุ่นประสบภายหลัง..... 60
จากการดื่มสุราและใช้สารเสพติดชนิดอื่นในช่วง 1 ปี
ที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ
ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประสบการณ์ภายหลัง.... 63
การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ในช่วง 1 ปี
ที่ผ่านมาระหว่างกลุ่มวัยรุ่นชายกับกลุ่มวัยรุ่นหญิง
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มวัยรุ่น.... 65
ที่เคยเกิดปัญหาจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น
ตารางที่ 4.9 ร้อยละของการรับรู้ของกลุ่มวัยรุ่นต่อการดื่มสุราและ..... 66
การใช้สารเสพติดชนิดอื่นของกลุ่มวัยรุ่นชายและ
กลุ่มวัยรุ่นหญิงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก พบว่าแนวโน้มความถี่ และความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดได้ทวีขึ้นในประเทศต่าง ๆ เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะประเทศโลกที่สาม (ประเทศกำลังพัฒนา) จากรายงานของประเทศต่าง ๆ ที่ส่งเข้าไปยังองค์การอนามัยโลก รวมไปถึงประเทศที่งดเว้นการดื่มสุรา พบว่ามีปัญหาสุขภาพเสื่อมโทรม ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาโสเภณี ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาฆ่าตัวตาย และอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราเพิ่มขึ้น ปัญหาทั้งหมดนี้มิได้มีผลกระทบเพียงแต่บุคคลเท่านั้น แต่ยังอาจก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรงขึ้นทั้งในชุมชนและสังคมส่วนใหญ่ มีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทุก ๆ ด้าน และต่อเศรษฐกิจของประเทศด้วย ดังกล่าวองค์การอนามัยโลกจึงได้ระบุให้การลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตและโรคประสาท การดื่มสุราและยาเสพติดเป็นจุดมุ่งหมายหลักของโครงการระดับโลกระยะกลาง : โครงการที่ 10 : การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต (Global Medium Term Programme : Programme 10 : Protection and Promotion of Mental Health (สุชาดา สาครเสถียร และคณะ : ม.ป.ป. : 1-6)

รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงปัญหายาเสพติดมาตลอด โดยได้มีการประสานความร่วมมือกับมิตรประเทศ เพื่อลดจำนวนการหมุนเวียน และการแพร่หลายของยาเสพติดที่ผ่านเข้ามาในประเทศไทยไปสู่ตลาดยาเสพติดในต่างประเทศ และมีการบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีการระบุนโยบายไว้ชัดเจนและมีการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงหลายหน่วยงาน และมีการปฏิบัติงานกันอย่างจริงจังมาโดยตลอด อย่างไรก็ตามก็ไม่สามารถขจัดปัญหานี้ให้เบาบางได้

เท่าที่ควร แม้กฎหมายจะมีบทลงโทษสถานหนักก็ตาม จากการรวบรวมข้อมูลจำนวนคดี และจำนวนผู้ต้องหา (คน) ที่เสพหรือจำหน่ายยาเสพติด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2520-2534 ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังแสดงในตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 สถิติการจับกุมทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2520-2534

ปี	จำนวน (คดี)	จำนวนผู้ต้องหา (คน)	ฝิ่น (ก.ก.)	มอร์ฟีน (ก.ก.)	เฮโรอีน (ก.ก.)	กัญชา (ก.ก.)	กระท่อม (ก.ก.)	แอมเฟตามีน (กก)	อะซิติคแอนไฮไดรด์ (หน่วย)	น้ำมันกัญชา (กรัม)	อื่น ๆ
2520	16,836	15,859	1,646.41	184.32	427.57	81,218.14	197.37	-	-	-	3.01 ก.ก
2521	24,211	25,916	855.54	182.27	668.09	66,728.57	1.84	0.299	-	-	0.30 ก.ก
2522	25,725	27,988	739.80	153.90	399.10	101,661.90	335.10	69.8	-	-	-
2523	21,730	23,837	355.08	47.36	117.29	95,339.94	45.66	32.91	-	-	-
2524	27,735	29,880	414.45	102.17	323.33	64,136.94	263.94	27.57	4,565 ลิตร	-	2,321 ลิตร
2525	24,604	26,857	1,508.92	231.352	604.35	87,123.95	502.84	9.62	776 ลิตร	1.5	3,315 ลิตร
2526	28,151	30,659	1,594.81	290.28	813.86	81,299.09	287.90	8.95	1,140.55 ลิตร	-	3,620 ลิตร
2527	31,165	33,938	3,035.90	6.00	1,166.71	112,443.86	1,912.36	2.77	1,979 ลิตร	4.16	3,317.4 ลิตร
2528	32,686	34,686	1,450.28	-	1,282.10	83,836.95	451.74	8.97	304.07 ลิตร	0.960	5,321.65 ลิตร
2529	33,674	35,947	2,496.39	5.01	671.36	916,380.23	1,781.33	14.05	506.85 ลิตร	-	2,667.05 ลิตร
2530	40,138	42,550	1,603.81	34.70	1,268.37	206,798.69	474.46	602.49	3,475.25 ลิตร	5.50	927.74 ลิตร
2531	51,538	54,464	7,251.85	32.00	2,207.94	351,585.85	896.577	42.652	608.51 ลิตร	-	-
2532	60,546	63,316	35,186.03	28.361	718.610	107,944.52	475.870	52.361	76 ก.ก	1.30	3,839.39 ก.ก
2533	53,057	56,054	918.89	-	1,134.326	130,421.011	246.638	75.817	130.200 ก.ก	0.020	1,174.10 ก.ก
2534	71,244	76,026	1,855.976	0.0005	1,503.195	54,765.43	891.055	163.535	-	-	4,996.157ก.ก

แหล่งข้อมูล : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ สำนักนายกรัฐมนตรี, พ.ศ.2535

จากรายงานดังกล่าวจะมุ่งเน้นที่ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย หากผู้ใดมีไว้ในครอบครองหรือจำหน่าย จะต้องได้รับโทษตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ และผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย แต่นอกเหนือจากยาเสพติดดังกล่าวแล้ว ยังมียาเสพติดที่ทำให้เกิดผลเสียหายต่อผู้เสพ ครอบครัว และสังคม ไม่น้อยไปกว่ายาเสพติดชนิดอื่น ยาเสพติดที่กำลังกล่าวถึงคือ บุหรี่ สุรา เป็นยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย มีการตั้งโรงงานผลิตบุหรี่และสุรา (บางประเทศรัฐบาลเป็นผู้ผูกขาดการผลิต) การจำหน่าย และการเสพ สามารถกระทำได้อย่างเปิดเผยและอิสระมาโดยตลอด

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งในขณะที่ประเทศอุตสาหกรรมมีการสูบบุหรี่น้อยลง และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ประเทศกำลังพัฒนากลับมีการสูบบุหรี่มากขึ้น องค์การอนามัยโลกเชื่อว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากมีการสูบบุหรี่กันมากขึ้นและแพร่หลายอย่างรวดเร็วในประเทศกำลังพัฒนา สหพันธ์แพทย์โรคหัวใจแห่งอาเซียน (The Cardiology Federation of ASEAN) ซึ่งประกอบด้วยประเทศบรูไน อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และไทย รายงานว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic Heart Disease) คือระดับไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความอ้วน การดื่มสุรา เครียด กรรมพันธุ์ และการสูบบุหรี่ (Hatai. 1991:32) และจากการประชุมว่าด้วยเรื่องการสูบบุหรี่กับภาวะสุขภาพ ที่จัดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ณ กรุงโตเกียว พ.ศ.2530 รายงานว่าสาเหตุการตายของประชากรในทวีปเอเชียมีสาเหตุใหญ่ 2 สาเหตุคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ซึ่งทั้งสองโรคนี้เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และไม่ใช่โรคติดต่อ จึงได้มีการชักชวนให้ประเทศในแถบเอเชียเข้าร่วมโครงการต่อต้านการสูบบุหรี่เพื่อร่วมกันสนับสนุนเป้าหมายให้โลกปลอดจากโรคอันเนื่องมาจากบุหรี่ในคริสตศตวรรษที่ 21 (The 21st Century Free of Tobacco-related Disease) (Hatai.1991:5)

สถานการณ์สูบบุหรี่ของคนไทย ซึ่งสรุปโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2536 และหทัย ชิตานนท์ พ.ศ.2534 พบว่าคนไทยมีแนวโน้มสูบบุหรี่น้อยลง โดยในปีพ.ศ.2519 มีคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 30.1 ลดลงเป็นร้อยละ 22.8 ในปีพ.ศ.2536 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 อัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามเพศ

พ.ศ.	รวม	ร้อยละ	ชาย	ร้อยละ	หญิง	รวม
2519	8,629.5	30.1	7,745.2	54.4	884.3	6.1
2524	9,759.2	27.8	8,985.8	51.2	773.5	4.4
2529	10,376.9	26.4	9,577	48.8	799.9	4.1
2531	10,109.9	25.0	9,403.7	46.7	706.1	3.5
2534	11,402.1	26.3	10,564	48.9	838.1	3.8
2536	10,406.2	22.3	9,840	43.2	566.2	2.5

(จำนวนเป็นพัน)

อายุที่เริ่มสูบบุหรี่พบมากที่สุดในช่วงอายุ 15-19 ปี กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2531, 2534 และ 2536 พบมากถึงร้อยละ 55.2, 55.1 และ 59 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของหน่วยตรวจสอบโรงเรียน พ.ศ.2523 (The Dicision of School Inspections.1980) พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานครสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 45.7 โดยเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 16.5 ปี และชวนตา (ไม่ระบุนามสกุล) สำรวจเมื่อปีพ.ศ.2528 พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดขอนแก่น สูบบุหรี่ร้อยละ 36.8 โดยส่วนใหญ่เริ่มสูบเมื่ออายุ

16 ปี (Hatai. 1991:69) สำหรับสาเหตุของการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ตามอย่างเพื่อนหรือเพื่อนชวน และต้องการทดลองสูบร้อยละ 46 และ 30.2 ตามลำดับ (คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2537)

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าแนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลง กล่าวคือระหว่างปีพ.ศ.2534-2536 ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวนลดลง 979,000 คน นั้นเป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ 488,000 คน ซึ่งเลิกสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วงอายุ 50-59 ปี เสียชีวิตจากบุหรี่ 82,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น 82,000 คน และเปลี่ยนจากสูบบุหรี่ประจำมาเป็นสูบครั้งคราว 327,000 คน ในการนี้คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบได้สรุปสาเหตุที่จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ลดลง ดังนี้

1. ระหว่างปีพ.ศ.2534-2536 ได้มีการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะบทบาทของสื่อมวลชนโดดเด่นมาก รวมทั้งมีหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินกิจกรรมการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมาก

2. พ.ศ.2534 เป็นปีที่องค์การอนามัยโลกรณรงค์ให้ทั่วโลกควบคุมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และปีพ.ศ.2535 เป็นปีรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในที่ทำงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมโลกและสังคมไทยอย่างกว้างขวาง

3. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 เริ่มมีผลบังคับใช้เดือนกันยายน 2535 ซึ่งห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะรวมทั้งโรงเรียน

4. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 เริ่มมีผลบังคับใช้ในเดือนเมษายน 2535 ซึ่งห้ามการโฆษณาบุหรี่ทุกรูปแบบในทุกสื่อ

5. ซองบุหรี่ที่พิมพ์คำเตือนมีขนาดใหญ่เห็นได้ชัดเจน ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 เริ่มวางตลาดในเดือนสิงหาคม 2536

นอกจากนี้ยังได้ตั้งข้อสังเกตว่า จากการที่มีผู้เลิกสูบบุหรี่ด้วยสาเหตุต่าง ๆ 979,000 คน ในช่วงปีพ.ศ.2534-2536 แสดงว่าผู้ติดบุหรี่ใหม่ ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเยาวชน ลดลงประมาณปีละ 5 แสนคน ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ายินดียิ่ง แสดงให้เห็นว่าจำนวนเยาวชนที่เข้ามาเป็นลูกค้าใหม่ของสินค้าบุหรี่ลดลง และจากการออกพระราชบัญญัติดังกล่าวทำให้การจำหน่ายและการสูบบุหรี่ไม่สามารถกระทำได้อย่างอิสระเช่นเดิม ฉะนั้นขณะนี้จึงมีแต่สุราเท่านั้นที่ยังไม่มีกฎหมายออกบังคับใช้ ทำให้การป้องกันบัญหาอันเนื่องมาจากการดื่มสุราเป็นไปด้วยความลำบาก

สุราตามความรู้สึกของคนทั่วไปจะแตกต่างจากยาเสพติดชนิดอื่นรวมทั้งบุหรี่ด้วย ผู้ดื่มสุราที่ดื่มในปริมาณพอควร จะมีอารมณ์สนุกสนาน สามารถควบคุมตนเองได้ มักจะไม่ถูกต่อต้านหรือแสดงความรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง และถ้ามองในภาพของสังคมวงกว้าง สุราถูกใช้เป็นเครื่องมือในการเชื่อมสัมพันธไมตรีทั้งระดับบุคคล ระดับหน่วยงาน และระดับประเทศ ใช้เป็นส่วนประกอบหลักในงานพิธีต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานวันเกิด งานฉลองความสำเร็จ งานศพ เป็นต้น ดังนั้นภาพของคนดื่มสุราจึงเป็นภาพที่ติดตาของคนทั่วไป ความคุ้นเคยดังกล่าวทำให้คนในสังคมขาดการตระหนักรู้ถึงภัยอันแท้จริงของสุรา ดังจะเห็นได้จากคดีการทำร้ายร่างกายบุคคลในครอบครัวเดียวกัน อาชญากรรม จี้ปล้น ข่มขืน อุบัติเหตุ ที่ปรากฏเป็นข่าวในหนังสือพิมพ์เกือบทุกวันนั้น ส่วนใหญ่ผู้ก่อเหตุเป็นผู้ที่ดื่มสุรา เมื่อรายงานให้สังคมรับรู้แล้ว ข่าวคราวดังกล่าวก็เงียบหายไป ไม่ปรากฏผลสะท้อนกลับที่แสดงให้เห็นถึงความสนใจติดตามหาหนทางจัดการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ ดังที่ไพฑูรย์ หลิมรัตน์, พล.ต.ต.และคณะ (2529) ได้ทำการตรวจหาและวัดระดับแอลกอฮอล์ในตัวอย่างที่เลือดที่เก็บจากผู้ประสบอุบัติเหตุในเขตกรุงเทพมหานครเดือนกันยายน พ.ศ.2529 จำนวน 1,500 ราย เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาปรับปรุงพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.2522 พบว่ามีแอลกอฮอล์ในเลือดของ

กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนถึงร้อยละ 91 โดยมีค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึง 174 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ (ระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดที่กฎหมายของหลายประเทศยินยอมให้มีได้ในขณะขับขี่อยู่ระหว่าง 20-100 มิลลิกรัม-เปอร์เซนต์ และนันทนา ทองระอา (2533) ได้ทำการศึกษาความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรบนถนนในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียงตั้งแต่ 1 มิถุนายน ถึง 31 ธันวาคม 2533 พบกลุ่มที่มีแอลกอฮอล์ในเลือดมีจำนวนถึงร้อยละ 60.7 โดยมีระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่าง 114.6-132.2 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ นอกจากนี้ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้ทำการวิจัยระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานยนต์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตน-ราชธานีตั้งแต่ 16 พฤศจิกายน 2536 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2537 จำนวน 619 ราย พบว่ามีแอลกอฮอล์ในเลือดจำนวน 443 ราย หรือร้อยละ 71.6 โดยที่ตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 80 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ จำนวน 385 ราย หรือร้อยละ 62.3 แต่อย่างไรก็ตามการผลักดันให้มีการปรับปรุงพระราช-บัญญัติทางบก พ.ศ.2522 ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ

ความเสียหายที่เกิดจากสุรามิได้มีเท่าที่กล่าวมาข้างต้น โรคภัยไข้เจ็บหลายโรคมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา ก่อให้เกิดการสูญเสียอย่างมากมาย ต้องใช้เงินในการรักษา ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบถึงชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว ส่วนผลกระทบถึงความเป็นอยู่ของครอบครัว โรคที่มีลักษณะดังกล่าวได้แก่ โรคตับ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคมะเร็ง โรคเอดส์ ตลอดจนทุพพลภาพอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งเป้าหมายหลักของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านั้นอยู่ที่การจัดการกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นโดยมิได้มุ่งเน้นการจัดการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพ ดังนั้นปรากฏการณ์ของการกลับซ้ำของโรคดังกล่าวจึงเกิดขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่า หรือกลายสภาพเป็นโรคเรื้อรัง

และสำหรับผู้ที่ดื่มสุราเป็นนิจสินแต่ยังไม่ถึงระดับที่สุราจะทำให้เกิดพยาธิสภาพ หรือดื่มสุราแล้วไม่ก่อเหตุเดือดร้อน รุนแรง หรือก่อเหตุเดือดร้อน แต่ผู้เดือดร้อนไม่เอาความหรือยังพอทนได้ โดยเฉพาะผู้เดือดร้อนที่เป็นภรรยาและบุตร ผู้ดื่มสุราดังกล่าวมีเป็นจำนวนเท่าใดไม่มีใครสามารถรวบรวมข้อมูลได้ วรัญ ต้นชัยสวัสดิ์ (2529) ได้ทำการตรวจหาโรคพิษสุราในผู้ป่วยชายที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่มาตรวจครั้งแรก ณ แผนกผู้ป่วยเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ.2529 จำนวน 300 คน โดยใช้เครื่องมือ MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) พบอุบัติการณ์ของโรคพิษสุราร้อยละ 25 อนึ่งการไปโรงพยาบาลของผู้ป่วยเหล่านี้มิได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจหาโรคพิษสุราแต่อย่างไร นอกจากนี้อัมพร โอตระกูลและคณะ (2530) ได้ทำการสำรวจการติดสุราของพนักงานขับรถประจำทางของขนส่งมวลชนกรุงเทพฯ (ข.ส.ม.ก.) ในเขตกรุงเทพมหานครในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2530 จำนวน 150 คน พบว่ามีผู้ติดสุราร้อยละ 32 จึงสามารถตั้งข้อสังเกตุจากผลการศึกษาดังกล่าวได้ว่า มีผุ้ติดสุราปะปนอยู่กับผู้คนทั่วไปจำนวนไม่น้อย เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมในลักษณะต่าง ๆ กันไป บุคคลเหล่านี้มีโอกาสก่อความเสียหายให้เกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ดังปรากฏเป็นข่าวอยู่บ่อย ๆ ถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดื่มสุรากับการก่อคดีอาชญากรรม การประทุษร้ายร่างกายบุตร และภรรยา การข่มขืนแม้กระทั่งบุตรสาวของตนเอง อุบัติเหตุที่ทำให้เกิดความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนมาก เป็นต้น ดังที่อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา (2537) พบว่าบุคคลที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 150-200 มิลลิกรัม-เปอร์เซนต์ ในขณะขับขี่มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุถึงร้อยละ 40

จากรายงานของสถาบันวิจัยสังคมโดยอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา (2537) ระบุว่าคนไทยเพิ่มปริมาณการดื่มสุราขึ้นทุกปีอย่างสม่ำเสมอ ดังที่ปริมาณเพิ่มสูงถึง728 ล้านลิตรในปีพ.ศ.2535 ในขณะที่ในปีพ.ศ.2530 มีปริมาณการดื่มเพียง 366 ล้านลิตร คือ เพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 100 และ

แสดงการเปรียบเทียบปริมาณน้ำสุราต่อประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า อัตราส่วนการดื่มสุราต่อประชากร 1 คน เพิ่มจาก 10.4 ลิตร ในปีพ.ศ.2530 เป็น 18.1 ลิตรในปีพ.ศ.2535 โดยส่วนใหญ่เริ่มดื่มครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 15-24 ปี (ร้อยละ 47) สำหรับเหตุผลของการดื่มสุราครั้งแรก ผู้ชายให้เหตุผลว่าเพื่อนชวน หรือดื่มตามเพื่อน ส่วนผู้หญิงให้เหตุผลว่าเพื่อเข้าสังคม ผลของการสำรวจครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาการดื่มสุราในปัจจุบัน ไม่ใช่จะเป็นปัญหาสำหรับผู้ชายเท่านั้น ซึ่งอาจจะเป็นผลพวงมาจากการเรียกร้องให้ผู้หญิงมีสิทธิเท่าเทียมผู้ชาย ค่านิยมการดื่มสุรา รวมทั้งสูบบุหรี่ในปัจจุบันจึงได้ระบาดขึ้นในกลุ่มเด็กวัยรุ่นทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ขณะเดียวกันก็มีสถานที่ให้บริการสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นมากมายในช่วง 10-15 ปีที่ผ่านมา เช่น ดิสโก้เทค ร้านจำหน่ายสุราในรูปของผับ (pub) คาราโอเกะ (Karaoke) หรือสโมสรที่มีโต๊ะสนุกเกอร์ ฯลฯ สถานที่เหล่านี้ล้วนมีสุราให้บริการแก่ลูกค้าอีกทั้งยังเป็นแหล่งเสพ ซื้อ-ขาย ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย มั่วสุมทางเพศ ถึงแม้ว่าจะมีการจำกัดอายุผู้ที่เข้าไปเที่ยวสถานที่เหล่านี้ แต่ในทางปฏิบัติไม่มีการตรวจจับ หรือไม่มีความเข้มงวดที่เจ้าของกิจการจะปฏิบัติตามกฎหมายปรากฏให้เห็นเลย

กลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 17-25 ปี เป็นช่วงของรอยต่อระหว่างวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีหน้าที่ตามพัฒนาการประจำวัย คือ แสวงหาความเป็นตัวของตัวเอง เพื่อเป็นแนวทางชี้นำการพึ่งพาตนเองเมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ การศึกษาในระดับอุดมศึกษามีรูปแบบการศึกษาที่สนับสนุนสร้างเสริมพัฒนาการประจำวัยให้กับผู้เรียน กล่าวคือ ผู้เรียนจะเป็นผู้เลือกเรียนในหลักสูตรตามความถนัดและความมุ่งหวังของตน วางแผนการเรียนด้วยตนเอง ดูแล ควบคุม รับผิดชอบตนเอง สร้างวินัยในการดำรงอยู่และปฏิบัติหน้าที่ของตนเพื่อให้สามารถดำเนินไปตามความมุ่งหวังที่ตั้งไว้ ลักษณะเช่นนี้จึงมีผลทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนไม่มีความใกล้ชิดเช่นกับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ในขณะที่รูปแบบการศึกษาในระดับ

อุดมศึกษาให้อิสระแก่ผู้เรียนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการดังกล่าว ก็มีรอกาสเสี่ยงต่อการอยากรู้ อยากลองในบางสิ่งบางอย่างที่ไม่เหมาะสม ไม่เป็นผลดีต่อผู้เรียนเช่นกัน ปัญหาหนึ่งที่มักเกิดขึ้นในกลุ่มบุคคลวัยนี้ และค่อย ๆ สำแดงพิษภัยความน่ากลัวออกมาในภายหลังหากผู้เรียนเกิดความอยากรู้อยากลอง นั่นคือปัญหายาเสพติด ซึ่งส่วนใหญ่จะเริ่มต้นด้วยการดื่มสุรา สูบบุหรี่ สูบกัญชา ดังนั้นสถาบันการศึกษาจึงควรตระหนักและรู้เท่าทันกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ลักษณะความเป็นอยู่ของกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษาอาจเป็นการเปิดรอกาสให้กลุ่มวัยรุ่นมีอิสระมากขึ้น อยากรู้อยากลองมากขึ้น ลองผิดลองถูกกับสิ่งต่าง ๆ มากขึ้นคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นคณะบุคคลที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของบริษัทดังกล่าวที่อาจทำให้เกิดปัญหายาเสพติดได้ จึงมีความสนใจศึกษาการดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลเสนอให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้หาแนวทางในการป้องกันปัญหาและสร้างเสริมลักษณะนิสัยที่ดีให้นักศึกษามีความรับผิดชอบต่อตนเอง สามารถชี้นำตนเองไปในทางที่ถูกที่ควรได้

วัตถุประสงค์

เพื่อพรรณาการดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในสถาบันระดับอุดมศึกษา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเรื่อง การดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา โดยทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการประเมินแนวโน้มปัญหาจากการดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นเนื่องจากการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น มักมีความสัมพันธ์กัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดสภาพแวดล้อมในสถาบันการศึกษาที่เอื้อต่อนักศึกษาในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมและสามารถสร้างประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคมได้

2. ใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในการส่งเสริมให้นักศึกษามีรูปแบบการปรับตัวที่เหมาะสม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์หรือเอทานอล (Ethyl Alcohol on Ethanol) ผสมอยู่ ได้แก่ เบียร์ ไวน์ สุราผสม (เช่น แม่โขง หงษ์ทอง แสงโสม เป็นต้น) สุราขาว วิสกี้ บรั่นดี ยีน รัม เป็นต้น

สารเสพติดชนิดอื่น หมายถึง สารเสพติดที่ไม่ใช่สุรา ชา และกาแฟ ได้แก่ บุหรี่ กัญชา โคเคน ยากระตุ้นประสาท ยานอนหลับ ยาหลอนประสาท ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟีน สเตอรอยด์ ยาแก้ปวด เครื่องดื่มชูกำลัง

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มนุษย์รู้จักการนำแอลกอฮอล์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง นับเป็นเวลานานมาแล้ว อาทิเช่น การใช้แอลกอฮอล์ในอุตสาหกรรมเครื่องสำอางค์ อุตสาหกรรมยาในโรงพยาบาล เป็นเครื่องดื่มที่ใช้ในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ ใช้เป็นส่วนประกอบสำคัญของงานพิธีต่าง ๆ แต่เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสุราทำให้เกิดโทษต่อสุขภาพของผู้ดื่ม ต่อครอบครัว และสังคมเป็นอย่างยิ่ง ถึงแม้จะมีการกล่าวถึงผลเสียของการดื่มสุรากันมากก็ตาม แนวโน้มของการดื่มสุราก็ไม่ได้ลดน้อยลงเลย

ความหมายของสุรา

สุรา มาจากภาษาบาลีและสันสกฤต แปลว่า เหล้าหรือน้ำเมาที่กลั่นแล้ว สุราทำมาจากพืช หรือผลไม้ที่มีแป้งหรือน้ำตาล โดยใช้การหมักหรืออาศัยการเปลี่ยนแปลงทางเคมีโดยเอนไซม์ของยีสต์ (Yeast) หรือไซเมส (Zamase) จะเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นเอทิลแอลกอฮอล์หรือเอทานอล (Ethyl Alcohor or Ehthanol) และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ตามสูตรสมการเคมีดังนี้ (สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, 2532 : 124-125)

$$C_6H_{12}O_6 \xrightarrow{\text{Zymase}} 2C_2H_5OH + 2CO_2$$

ในทางวิชาการสุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alchol) หรือ Ethanol ผสมอยู่ในปริมาณไม่เกินร้อยละ 60 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่คนสามารถใช้ดื่มได้และที่มาของแอลกอฮอล์ในสุราจะต้องเป็นแอลกอฮอล์ที่ทำจากวัตถุดิบ ที่ได้จากธัญพืชในขั้นปฐมภูมิ (Primary Agricultural

Origin) เท่านั้น (เกณฑ์กำหนดมาตรฐานสากล) เช่น ผลไม้ เมล็ดจากพืช ข้าว แป้ง รากพืช น้ำตาลจากพืชและผลไม้ เป็นต้น ส่วนแอลกอฮอล์ในสุราไทยปัจจุบันส่วนมากผลิตจากกากน้ำตาล (กากของเสียที่เหลือจากกระบวนการผลิตน้ำตาลและน้ำอ้อยของโรงงานอุตสาหกรรมน้ำตาลทราย) ซึ่งถือว่าผิดจากมาตรฐานสากล เนื่องจากกากน้ำตาล ถึงแม้จะมาจากธัญพืชคืออ้อยก็ตาม แต่ก็ได้ผ่านกระบวนการทางอุตสาหกรรมในโรงงานน้ำตาลทรายมาแล้ว ถือได้ว่าเป็นวัตถุดิบในขั้นทุติยภูมิ ซึ่งมีสารเคมีและสิ่งปฏิกูลบนเปื้อนอยู่หนาแน่นอย่างเห็นได้ชัด

สุราแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. สุรากลั่น คือ สุราที่เกิดจากการเอาน้ำส่า (แป้งหรือน้ำตาลหมักด้วยยิสต์จนเกิดมีแอลกอฮอล์) มากลั่น อาจจะตามด้วยการเติมสี ปรุงกลิ่น แต่งรสด้วยสารปรุงแต่งอื่น ๆ ลงไปเก็บบ่มต่อไป เพื่อให้ถูกคอถูกใจผู้ดื่ม สุรากลั่นของไทยส่วนมากที่มีจำหน่ายอยู่คือ สุราขาว (เหล้าโรง) สุราผสม สุราผสมพิเศษ สุราปรุงพิเศษ (เหล้าเหลือง) เนื่องจากสุรากลั่นของไทยนิยมใช้สารปรุงแต่ง เช่น น้ำเชื้อ (Essence หรือ Flavor) น้ำยาสกัด (Extract) สี ฯลฯ ผสมลงไป ไม่มีสุราไทยยี่ห้อใดที่กล้าจะใช้คำว่า สุรากลั่นบริสุทธิ์ (Fine distilled) ลงในสลากขวดของตน ทั้งยังไม่มียี่ห้อใดกล้าพอที่จะใส่เครื่องหมายรับรองคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงอุตสาหกรรม

2. สุราไม่กลั่น คือ สุราที่ได้จากการหมักส่าให้เกิดเป็นน้ำเมา แต่ไม่มีการกลั่น มักจะหมักส่าจากเมล็ดธัญพืชแป้งจากพืช ผลไม้ และน้ำตาลจากพืช เช่น เบียร์ ไวน์ กระแช่ น้ำขาว น้ำตาลเมา เป็นต้น สุราไม่กลั่นของไทยที่มีจำหน่วยส่วนใหญ่ คือ เบียร์ รองลงมาก็เป็นไวน์ไทย

สุราเถื่อน

คือ สุราที่ผลิตโดยประชาชน ส่วนมากมักจะทำกันในชนบท และแหล่งที่ห่างไกลความเจริญ อยู่นอกเหนือใบอนุญาต และนอกการควบคุมดูแลจากหน่วยงานของรัฐ สุราเถื่อนไม่มีมาตรฐานอะไรแน่นอน แล้วแต่ผู้ผลิตแต่ละรายจะทำกันไปทั้งในด้านวัตถุดิบ เครื่องมือ และเทคนิค จึงนับว่าเป็นสุราที่อันตรายยิ่งสำหรับผู้ดื่ม เนื่องจากมีข่าวอยู่เป็นประจำว่าสุราเถื่อนใช้สารมีพิษ เช่น ยากำจัดศัตรูพืช ยาฆ่าแมลง เป็นสารเร่งหรือปรุงแต่งกลิ่นหรือรสชาด และก็เคยมีผู้ได้รับเคราะห์กรรมจากเรื่องนี้มามากแล้ว เช่น อวัยวะเสื่อม สายตาเสื่อม หูหนวก ตาบอด ตาย เป็นต้น

สุราปลอม

คือ สุราที่ผลิตขึ้นเพื่อลอกเลียนแบบปลอมแปลงฉลากขวดเครื่องหมายการค้า เพื่อหลอกลวงผู้ดื่มให้เข้าใจว่าเป็นสุราชนิดนั้น ยี่ห้อนี้ ซึ่งส่วนใหญ่จะปลอมแปลงสุราชนิด และยี่ห้อที่ขายดีในท้องตลาด เพื่อเป็นผลประโยชน์ทางการค้าเพียงอย่างเดียว สุราปลอมจะไม่เน้นในเรื่องคุณภาพ และความปลอดภัยของสุราที่อยู่ในขวด แต่จะเน้นในเรื่องกลิ่น สี รส ฉลากขวด ฝาจุกขวดให้คล้ายคลึงสุราแท้ที่ต้องการปลอมแปลงให้มากที่สุด ฉะนั้น จึงเป็นสุราชนิดที่ไม่มีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยอย่างใดทั้งสิ้น

ลักษณะของแอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์เป็นของเหลวใส ไม่มีสี มีกลิ่นเฉพาะตัวที่เรียก "กลิ่นเหล้า" (spirituous "odour") สามารถระเหยและติดไฟง่าย มีจุดเดือดอยู่ที่ $78^{o}C$

แอลกอฮอล์สามารถละลายได้ดีในน้ำ, อะซีโทน (acetone), คลอโรฟอร์ม (chloroform), อีเทอร์ (ether), สารทำให้ละลายที่เป็นอินทรียสาร (organic solvents) อื่น ๆ

ด่างจะทำให้แอลกอฮอล์มีสีเข้มขึ้นและในแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะมีแอลดีไฮด์ (aldehyde) ปนอยู่ด้วยเล็กน้อยเสมอ

เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ (alcoholic beverages) ซึ่งมีชื่อเรียกต่าง ๆ นั้น จะมีเปอร์เซ็นต์ของแอลกอฮอล์แตกต่างกันไป และแต่ละชนิดจะได้จากการหมักพืชต่าง ๆ นอกจากนี้บางชนิดก็ยังมีการกลั่นด้วย และมีการแต่งกลิ่นแต่งรสให้แตกต่างกันออกไป อาจเติมน้ำตาลให้มีรสหวานยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างในตารางที่ 2.1 จะเห็นได้ว่าเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ที่มีการกลั่นและมีเปอร์เซ็นต์ของแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 40-50 และการหมักพืชต่างชนิดกัน หรือกระบวนการต่างกันก็จะมีปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ต่าง ๆ กันออกไปด้วย

ตารางที่ 2.1 แสดงปริมาณ Ethyl Alcohol ที่มีอยู่ในเครื่องดื่มต่าง ๆ

ชนิดของเครื่องดื่ม	ปริมาณของ Ehtyl Alcohol (ร้อยละ)
เบียร์	4-6
เท (ALE)	6-8
เบียร์ทำในประเทศไทย	6-12
เหล้าองุ่น	10-15
เชอรี่และบอร์ต	15-20
สุรา (แม่โขง, หงส์ทอง)	20-35
ลีเคอร์	35-60
วิสกี้, บรั่นดี, ยิน	40-50
รัม	50-60

การดูดซึมของแอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์หรือเอทิลแอลกอฮอล์เป็นของเหลวที่ไม่มีการแตกตัวแต่ละลายในไขมันได้ (Lipid soluble non-electrolyte) ดังนั้นจึงถูกดูดซึมได้ทางผิวหนัง ปอด และทางเดินอาหารทุกส่วนเริ่มตั้งแต่ในปาก แอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 20-25 จะถูกดูดซึมที่ผนังกระเพาะอาหาร และส่วนที่เหลือจะผ่านผนังลำไส้เล็กเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือด เมื่อแอลกอฮอล์ผ่านไปที่ตับประมาณร้อยละ 95 ของแอลกอฮอล์จะถูกน้ำย่อย Alcohol

dehydrogenase (ADH) และ Nicetinamide adenine dinueleotide (NAD) เปลี่ยนเป็นอะซิตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) และเปลี่ยนเป็นอะซิเตด (Acetate) โดยเอ็นไซม์ Aldehyde dehydragenase และ NAD สุดท้ายอะซิเตดจะเข้าสู่วัฏจักรเครบส์ (Kreb's cycle) และถูกออกซิไดส์ ไปเป็นคาร์บอนไดออกไซด์ น้ำ และ ATP ซึ่งให้พลังงานได้ แต่ไม่สามารถนำไปใช้ทดแทนเนื้อเยื่อส่วนที่ถูกทำลายได้ เอทิลแอลกอฮอล์ 1 กรัมให้พลังงาน 7 แคลอรี่ (Gradwohl. 1976) ส่วนแอลกอฮอล์ที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 5 จะถูกขับออกจากร่างกายทางปอด ไต และต่อมเหงื่อ ซึ่งผสมอยู่ในรูปของลมหายใจ เหงื่อ และปัสสาวะ (สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. 2532.)

ประมาณร้อยละ 90 ของแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตภายในชั่วโมงแรกหลังการดื่ม (Gradwohl. 1976) การดื่มแอลกอฮอล์ขณะท้องว่างความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดจะถึงจุดสูงสุดประมาณ 0.5-2 ชั่วโมง แต่ถ้ามีอาหารในกระเพาะอาหารจะใช้เวลา 1-6 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ปริมาณอาหาร ช่วงห่างระหว่างการรับประทานอาหารกับการดื่มสุรา สภาพกระเพาะอาหาร สภาพร่างกาย และความเคยชินกับสภาพอารมณ์และจิตใจ และสภาพแวดล้อมในขณะดื่มสุรา การดูดซึมสมบูรณ์ใช้เวลา 2-6 ชั่วโมงหรือมากกว่า (สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. 2532 : Goodman and Gilman. 1985) ดังนั้นจะสามารถตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้ภายใน 1 ชั่วโมงแรกภายหลังการดื่ม จากการทดลองของไพฑูรย์ หลิมรัตน์, พล.ต.ต.และคณะ (2529) พบว่าอาสาสมัครที่มีน้ำหนักตัวระหว่าง 45-60 กิโลกรัม ดื่มสุรา 3 แก้ว (1 แก้วสุราแม่โขง 30 มิลลิตร) ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการดื่มสุรา ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะสูงประมาณ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์และเมื่อดื่ม 6 แก้ว ระดับเลือดจะสูงมากกว่า 80 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

ผลของสุรา

การดื่มสุราส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1. ผลของสุราต่อร่างกาย การดื่มสุรามีผลต่อร่างกาย 2 แบบ คือ แบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรังดังนี้

1.1 แบบเฉียบพลัน (Acute effects)

ผลของสุราต่อร่างกายแบบเฉียบพลัน แบ่งเป็น

1.1.1 อย่างอ่อน (Mild) มีแอลกอฮอล์ในเลือด 20-150 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ ผู้ดื่มจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้

ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด (มิลลิกรัม เปอร์เซนต์)	อาการและอาการแสดง
20-50	พฤติกรรมและการเคลื่อนไหวที่ตั้งใจพอจะเริ่มเสียหน้าที่และมีความรู้สึกสนุกสนานใจ รื่นเริง
60-100	ความยับยั้งชั่งใจลดน้อยลง การตัดสินใจไม่แน่นอน การควบคุมการเคลื่อนไหวเริ่มเสีย
100-150	อารมณ์และจิตใจสับสน (Confuse) การตัดสินใจผิดพลาด ความจำเสื่อม งวงนอน ยังพอช่วยตัวเองได้บ้าง

1.1.2 ปานกลาง (Moderate) มีแอลกอฮอล์ในเลือด 150-300 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ สูญเสียการควบคุมระบบกล้ามเนื้อการทำงานไม่ประสานกัน สูญเสียการทรงตัว ระยะเวลาการตัดสินใจช้าลง สมรรถภาพการมองเห็นเสื่อมลง พูดไม่ชัด ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ จิตใจและอารมณ์สับสนมากขึ้น

1.1.3 รุนแรง (Severe) มีแอลกอฮอล์ในเลือด 300-500 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ จะเกิดการสูญเสียการควบคุมระบบกล้ามเนื้อ การมองเห็นเลือนลาง ง่วงมึนงง (Stuporous) พบระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ระบบหายใจอาจถูกกด เป็นผลให้หายใจไม่ออก อาจตายได้ ในผู้ที่ติดสุราบางราย จะเกิดความเคยชินหรือทนได้ (Tolerance) โดยระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้นถึง 400-500 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ ยังไม่มีอาการเมา

1.1.4 วิกฤติ (Coma) มีแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่า 500 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ ประสาทสัมผัสต่าง ๆ จะเสียไป ไม่รู้สึกตัว (Unconsciousness) การหายใจจะช้าลง และอาจตายได้ถ้าแก้ไขไม่ทัน

1.2 แบบเรื้อรัง (Chronic effects) ผู้ที่ดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ จะเกิดภาวะเป็นพิษต่ออวัยวะทุกส่วนหรือทุกระบบของร่างกายดังนี้

1.2.1 ผลต่อสมองและประสาท มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) เช่น แคทีรีลามีน (Catecholamine) และ ซีโรโตนิน (Serotonin) ในสมอง ทำให้สูญเสียการควบคุมของกล้ามเนื้อ อิริยาบถต่าง ๆ เปลี่ยนไป พูดไม่ชัด อารมณ์รุนแรงและความคิดสับสน เซลล์ประสาทอาจเกิดภาวะขาดสารสำคัญบางอย่าง เช่น แมกนีเซียม วิตามินบีหนึ่ง และ ATP ทำให้ไม่สามารถส่งกระแสประสาท ผู้ติดสุราจึงมักเป็นโรคขี้ลืมง่าย สับสน ทำอะไรไม่ถูก เพราะขาดการประสานกันระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ ในผู้ที่ติดสุราหรือดื่มจัด จากการตรวจโดย

ภาพรังสี จะพบว่ามีการฝ่อลีบของสมอง และการฝ่อลีบของสมองนี้เองจะมีผล และมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมทางจิตด้วย และยังพบว่าแอลกอฮอล์ทำให้เกิดภาวะโซเดียมต่ำ อาจทำให้มีอาการชักแบบคนเป็นลมบ้าหมูได้

จากการวิจัยหาระดับต่ำสุดของแอลกอฮอล์ในเลือดของคนไทยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะประสาท โดยไพฑูรย์ หลิมรัตน์, พล.ต.ต.และคณะ (2529) ผลการทดลองพบว่าระดับต่ำสุดของแอลกอฮอล์ในเลือดที่เริ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางภาวะประสาทคือระดับ 60 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ กล่าวคือเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความไวในการตอบสนอง และที่ระดับ 100 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน คือ มีการเคลื่อนไหวลำบาก กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน และที่ระดับ 90 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะประสาทที่เกี่ยวกับความละเอียดของการใช้มือ จากผลการทดลองอธิบายได้ว่า การแสดงออกซึ่งการเปลี่ยนแปลงของภาวะประสาทที่ผิดไปจากปกติของอาสาสมัครที่ทำการทดลอง มี 2 รูปแบบ คือ การตอบสนองเร็วขึ้น และการตอบสนองช้าลง ที่เป็นเช่นนี้เพราะสมองมีทั้งส่วนที่ทำหน้าที่กระตุ้น และส่วนที่ทำหน้าที่ยับยั้ง ซึ่งในภาวะปกติการกระตุ้นและการยับยั้งจะสมดุลย์กันหรือเกือบสมดุลย์กันเมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่สมอง แอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ในการกดประสาท (CNS depressant) และมีความไวต่อสมองส่วนที่ยับยั้งมากกว่าก็จะไปกดส่วนยับยั้งก่อน เป็นเหตุให้พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นไปในทางกระตุ้นมากขึ้นต่อมา เมื่อได้รับแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอีก สมองส่วนที่กระตุ้นถูกกดบ้าง ทำให้การกระตุ้นลดลง การแสดงออกก็คือการตอบสนองช้าลง แต่เนื่องจากเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน และแม้แต่ในคนเดียวกันปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองก็จะมีปริมาณที่ไม่คงที่ ดังนั้นการแสดงออกของการเปลี่ยนแปลงของภาวะประสาทที่เกิดขึ้นภายหลังการดื่มสุราของแต่ละคนจึงแตกต่างกัน

1.2.2 ผลต่อหัวใจและการไหลเวียนของเลือด แอลกอฮอล์ทำให้เนื้อเยื่อหัวใจทำงานผิดปกติ เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้การสังเคราะห์ไขมันพวกไตรกลีเซอร์ไรด์สูง ยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีการสะสมไขมันในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และการขาดแคลนสารสำคัญ เช่น นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) แมกนีเซียม แคลเซียม และเอนไซม์ต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการบีบตัวของหัวใจ หัวใจอาจมีขนาดบวมรต เต้นผิดปกติ และหัวใจวาย (Congestive Heart Failure) ถึงแก่เสียชีวิตได้

นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังทำให้หลอดเลือดขยายตัว หน้าแดง รู้สึกอบอุ่นหรือร้อน แอลกอฮอล์ในขนาดปานกลางทำให้ความดันเลือดสูง และอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น แต่เมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงมากกว่า 400 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ อัตราการเต้นของหัวใจจะช้าลงและหยุดหายใจในที่สุด

1.2.3 ผลต่อทางเดินอาหาร แอลกอฮอล์ในระดับความเข้มข้นต่ำจะกระตุ้นต่อมน้ำย่อยของกระเพาะอาหารฮอร์โมนแกสตริน (gastrin) และเอนไซม์เปปซินให้ออกมามากขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ แอลกอฮอล์ในระดับความเข้มข้นสูงจะทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารอักเสบแบบเฉียบพลัน หรือเป็นแผลตื้นและมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร การระคายเคืองและการทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหารจะเกิดมากขึ้นเมื่อกระเพาะอาหารว่างหรือเวลากลางคืน ลำไส้เล็กส่วนต้นก็เกิดการอักเสบที่บริเวณเยื่อบุผิวได้ และอาจทำให้มีการอุดตันของทางเดินท่อน้ำดี ทำให้ขาดน้ำดี และน้ำย่อยจากตับอ่อน ในขณะที่แอลกอฮอล์กระตุ้นการหลั่งน้ำย่อยจากตับอ่อนให้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการเพิ่มของฮอร์โมนแกสตริน ทำให้กรดในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้นสูงขึ้น มีผลทำให้ฮอร์โมนซิครติน (Secretin) หลั่งจากผนังลำไส้ ฮอร์โมนซิครตินจะกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งน้ำย่อย

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

และเอ็นไซม์เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากมีการอุดตันของท่อในตับอ่อน เอ็นไซม์ที่ออกมาไม่ได้ก็จะย่อยเนื้อของตับอ่อน ทำให้เกิดการอักเสบของตับอ่อนขึ้น พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีประวัติดื่มสุราอย่างหนัก บางรายอาจมีการตกตะกอนของสารอินทรีย์กลายเป็นก้อนนิ่วในตับอ่อนด้วย และภายหลังการดื่มสุรามักจะมีอาการท้องอืดท้องเฟ้อ เนื่องจากการย่อยอาหารประเภทไขมันเป็นไปได้ยากลำบาก

ถ้าปริมาณของแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึง 120 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ อาจทำให้เกิดการอาเจียนได้ เนื่องจากศูนย์เกี่ยวกับการอาเจียนที่อยู่ในสมองถูกกระตุ้น

1.2.4 ผลต่อตับ เนื่องจากตับเป็นอวัยวะหลักในกระบวนสันดาป หรือเมตาบอลิซึม (Metabolism) ของแอลกอฮอล์ ดังนั้นตับจึงเป็นอวัยวะที่ได้รับพิษของแอลกอฮอล์มากกว่าอวัยวะอื่น พิษของแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการคั่งของไขมันในตับ (Fatty Liver) ร้อยละ 90-100 ตับแข็ง (Cirrhosis) ร้อยละ 10-20 ตับอักเสบเนื่องจากพิษสุรา (Alcoholic hepatitis) ร้อยละ 10-35 ในบุคคลที่ดื่มสุราอย่างหนัก (Heavy drinker) (U.S. Department of Health and Human Resources. 1990 : 107)

การคั่งของไขมันในตับ มีสาเหตุมาจากการเพิ่มการสังเคราะห์กรดไขมันและไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglyceride) จากการสังเคราะห์ดังกล่าวเป็นผลต่อเนื่องมาจากการเพิ่มอัตราส่วนของ NADH/NAD จากเมตาบอลิซึมของแอลกอฮอล์ซึ่งมีผลทำให้เอนไซม์อีกหลายชนิดในกระบวนการวัฏจักรเครบส์ลดกัมมันตภาพลง ทำให้วัฏจักรเครบส์ต้องช้าหรือชะงักลง เซลล์จะขาดพลังงาน ATP นาน ๆ เข้าเซลล์ที่ขาดพลังงานก็ตาย เมื่อเซลล์ตับตายมากขึ้นจะเกิดการอักเสบมีการสร้างผังผืดบาง ๆ ขึ้นในบริเวณนั้น เม็ดเลือดขาวเข้ามาล้อมรอบเพื่อขจัดไขมัน ถ้าไม่มีการแก้ไขจะเกิดผังผืดมากขึ้นทั่วบริเวณตับ เซลล์ตับจะถูกทำลายมากขึ้น ตับวายและเป็นตับแข็ง บางรายก็เกิดดีซ่าน (Jaundice) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ม้ามวาย และอาจเสียชีวิตได้

64.2107//
ว451

101986

NADH ที่สะสมมากขึ้นมีผลกระทบต่อกระบวนการสลายคาร์โบไฮเดรท (glycolysis) น้ำตาลกลูโคสและกลัยโคเจน (glucose and glycogen) จะถูกดึงมาใช้มากขึ้น เพราะตับจะขาดพลังงานสำรองที่เป็นกลัยโคเจน เลือดจะมีระดับกลูโคสลดลง (Hypoglycemia) กรดอะมิโนชนิดที่ให้กลูโคสไม่สามารถเปลี่ยนไปเป็นกลูโคสในกระบวนการสร้างกลัยโคเจนได้

แอลกอฮอล์มีพิษเฉียบพลันต่อเซลล์ตับ โดยทำให้มีการยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนออกจากตับ ความเข้มข้นของอัลบูมินในซีรัม (Serum albumin) จะลดลง สารโปรทรอมบิน (Prothrombin) ลดลง แต่ระดับอะมิโนอิสระในเลือดจะเพิ่มขึ้น

1.2.5 ผลต่อไต แอลกอฮอล์ทำให้ปัสสาวะถูกขับเพิ่มมากขึ้น เพราะแอลกอฮอล์ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนที่ควบคุมการขับปัสสาวะ (Antidiuretic Hormone) จากต่อมพิทูอิตารี (Pituitary gland) ทำให้ร่างกายสูญเสียโซเดียมออกมามาก ร่างกายจะดูดน้ำเข้าสู่ระบบไหลเวียนที่ละมาก ๆ อาจทำให้เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้ การคั่งของกรดแลคติคในเลือดและเนื้อเยื่อ ทำให้การละลายของกรดยูริคน้อยลงและถูกขับออกทางปัสสาวะน้อยลง เกิดการตกตะกอนตามข้อกระดูกทำให้มีการอักเสบและเป็นโรคไต กรดยูริคอาจตกตะกอนในไต ทำให้เกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

1.2.6 ผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน แอลกอฮอล์ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง ติดเชื้อง่ายขึ้น โดยเฉพาะทำให้สมรรถภาพในการฆ่าเชื้อของเม็ดเลือดขาวนิวโตรฟิล (Neutrophil) ลดลง ทำให้เม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง

2. ผลของสุราต่อสุขภาพจิต

ลอดแมน (Laudeman. 1981 อ้างถึงในสมจิต ภาติกร และคณะ. 2527 : หน้า 37) ได้ศึกษาเยาวชนอายุ 17-21 ปี ซึ่งทำผิดกฎหมายและอยู่ในระหว่างการควบคุม 3 เดือนในเมืองมิชิแกน แบ่งการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม กลุ่ม

ถูกจับข้อหาเรื่องแอลกอฮอล์ อีกกลุ่มมีความผิดเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ผิดกฎจราจร จับคู่กันระหว่าง 2 กลุ่มโดยคำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา ชนชั้นทางเศรษฐกิจและสังคม การประเมินด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมต่าง ๆ โดยใช้แบบวัดทางจิตวิทยา (MMPI) แบบวัดลักษณะแห่งงานของแบรอน (Baron Strength) แบบสอบถามการดื่มสุรา และแบบสอบถามของ Park Problem Drinkling Scale ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ต้องโทษ เรื่องแอลกอฮอล์มีภาวะสุขภาพจิตด้อยกว่า ความมีลักษณะแห่งตนเองด้อยกว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากมีปัญหาด้านพฤติกรรมมากกว่าอีกกลุ่ม

สำหรับการดื่มสุราจนติดหรือการป่วยด้วยโรคพิษสุรานั้น ในบางครั้งอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตขึ้นได้ ซึ่งเป็นโรคจิตอย่างหนึ่งอันเกิดจากพิษสุรา มักพบได้บ่อยในโรงพยาบาลทั่วไป โดยที่ผู้ป่วยที่ดื่มจัดจะเกิดอาการ Delirium ง่าย เมื่อผู้ป่วยมีอาการไข้ได้รับอันตรายที่ศีรษะ หรือต้องได้รับการผ่าตัดซึ่งฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดอาการทางจิตในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้คือ

2.1 อาการเป็นพิษจากสุราอย่างเฉียบพลัน (Acute Intoxication)

เป็นอาการเป็นพิษอย่างเฉียบพลันจากการดื่มสุราอยู่ในกลุ่มอาการทางสมองชนิดเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้นทันทีหลังจากดื่มสุรา คือ จะมีอาการหน้าแดง มึนงง ชีพจรเต้นเร็ว ม่านตาขยาย เดินโซเซไม่ตรงทาง พูดมากเสียงดัง อารมณ์สนุกสนาน รื่นเริงกว่าปกติ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ กระสับกระส่าย พูดไม่ชัด ไม่สามารถหยิบจับสิ่งของหรือเขียนหนังสือได้ เพราะกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน

2.2 โรคแพ้พิษสุรา (Pathologic Intoxication)

อาการเป็นพิษเนื่องจากพยาธิสภาพ จะเกิดขึ้นกับบุคคลบางคนที่แพ้สุรา ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง แม้จะดื่มเหล้าเพียงเล็กน้อย อาการเกิดขึ้นชัดเจน และเฉียบพลัน อาจมีอาการ Automatic Behavior คล้ายผู้ป่วยเป็น Temporal Lobe Epilepsy โดยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง และเป็นอันตราย

ต่อผู้อื่น ผู้ป่วยจะมีอาการงุนงงสับสน สูญเสียกาล เวลา สถานที่และบุคคล มีอาการประสาทหลอน หลงผิด ทำลายข้าวของ อาจทำร้ายคนอื่นได้ซึ่งจะมีอารมณ์รุกรธแค้น วิตกกังวล และซึมเศร้า บางรายอาจทำร้ายตนเอง ความแปรปรวนเช่นนี้ อาจเกิดเพียงช่วงสั้น ๆ หรือนานกว่านี้ก็ได้ เมื่อเกิดแล้วผู้ป่วยจะหลับเป็นระยะเวลานานเมื่อตื่นขึ้นมาจะจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้ โรคนี้มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เป็นลมชัก หรือผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพบกพร่อง มีความรน้ม เอียงจะเป็นโรคจิตง่ายอยู่แล้ว

2.3 โรคหวาดระแวง (Alcoholic Paranoia)

หมายถึง อาการระแวงที่เกิดขึ้นในพวกที่ดื่มสุราเรื้อรัง มักเป็นกับผู้ชาย เพราะการดื่มสุราเป็นประจำนาน ๆ ย่อมจะทำให้เกิดความคิดหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย มีอาการหลงเกี่ยวกับความอิจฉา ริษยา ความหึงหวง และความไม่ซื่อสัตย์ทางเพศ มีความระแวงสงสัยคู่ครองของตนมีความสัมพันธ์กับคนอื่น หรือมีชู้ มีอาการหลงผิด ชนิด Delusion of Jealousy ผู้ป่วยพยายามจับผิด และคอยติดตามคู่ครอง เพราะมีความระแวงสงสัย บางครั้งรุนแรงถึงขั้นฆาตกรรม พบมากในผู้ป่วยที่เป็น Homosexual ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการประสาทหลอน หูแว่วได้ยินเสียงสั่งให้ไปทำร้ายผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยไปทำไปรดยไม่รู้สึกตัว หรือมีเสียงบอกว่าจะมีคนมาทำร้ายตน ผู้ป่วยก็จะมีอาการหวาดกลัว หลบหนีตลอด หรือมีเสียงเรียกรบกวนทำให้ผู้ป่วยมีอาการระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่ยอมหลับนอน เป็นต้น

2.4 โรคจิตหลอน (Alcoholic Hallucinosis)

ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังบางราย จะมีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยฉับพลัน หรือเกิดเรื้อรังอยู่เป็นประจำ โดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่มีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย อาการประสาทหลอนอาจจะปรากฏออกมาทางหู (Auditory Illusion) หรือทางตา แต่ส่วนใหญ่มักพบว่าเป็นการหลอนทางหูที่เรียกว่า หูแว่ว อาการหูแว่วจะหายไปเมื่อเลิกดื่มสุรา และจะกลับไปเป็นอีกเมื่อกลับไปดื่มอีก

2.5 Toxic Psychosis or Delirium Tremens (โรคคลั่งเพ้อ)

เป็นภาวะโรคจิตชนิดเฉียบพลันมักจะเกิดขึ้นภายหลังการดื่มสุราจัดเป็นระยะเวลานาน มักพบหลังจากหยุดดื่มเหล้าทันที แต่ไม่ทุกรายไป พบได้น้อยมากในคนที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี หรือในคนที่ไม่ได้ดื่มสุราจัดเป็นเวลา 3-5 ปี มักจะเกิดกับผู้ป่วยที่ร่างกายขาดวิติมีบีคอมเพล็กซ์ อาการ คลั่งเพ้อนี้มักเกิดขึ้นประมาณวันที่ 7-10 หลังจากหยุดดื่มสุรา อาการอาจค่อยเป็นค่อยไปหรือเป็นทันที มีอาการวิตกกังวล กระสับกระส่าย เดินไป เดินมา ฝันร้าย ประสาทหลอนทางหู และทางตา ซึ่งส่วนมากจะเห็นของบางสิ่งบางอย่างเป็นสัตว์น่ากลัว เช่น เห็นเชือกเป็นงูเลื้อยมาหาตน ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัว และจำอะไรไม่ได้ อาการจะเป็นมากตอนกลางคืน ทำให้นอนไม่หลับ ทางร่างกายจะพบว่าพูดลิ้นรัว ริมฝีปากสั่น มือสั่น ไม่สามารถหยิบจับสิ่งของเล็ก ๆ ได้

อาการคลั่งเพ้อ นี้จะเป็นอยู่ประมาณ 3-10 วัน บางรายอาจนานกว่านี้ และจะทุเลาลงไป อัตราการตายต่ำ แต่พบว่าจะมีอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อมก่อนวัยที่เรียกว่า Korsakoff Psychosis เร็วขึ้น พบในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่ขาดอาหารและวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินบี 1 ทำให้มีการเคลื่อนไหวผิดปกติของลูกตา สมองเลอะเลือน ความจำเสื่อม ความรู้สึกตัวเสียไป การยืนเดินจะเสียความทรงตัว การให้วิตามินบี 1 จะช่วยได้มาก

2.6 Korsakoff's Syndrome (โรคจิตคอร์ซาคอฟฟ์)

เกี่ยวกับโรคจิตชนิดนี้ จิตแพทย์ ชาวรัสเซีย ชื่อ Sergu Korsakof ได้รายงานไว้ว่า ถ้าดูกิริยาท่าทีภายนอกจะเห็นว่าผู้ป่วยจะมีอาการปกติ แต่ถ้าเมื่อพูดคุยจะเห็นว่า จิตใจของเขาผิดปกติมาก คือจะไม่รู้จักเวลา สถานที่ และบุคคล ความจำเสื่อมมาก โดยเฉพาะเหตุการณ์ตั้งแต่เริ่มป่วย ผู้ป่วยจะพูดไม่จริง (Confabulation) และพบว่าผู้ป่วยจะมีปลายประสาทอักเสบซึ่งสาเหตุของการเป็นโรคนี้ อาจเกิดจากการขาดวิตามินบี 1 โรคจิตชนิดนี้อาจพบได้ในภาวะอื่น ๆ ด้วย เช่น อุบัติเหตุที่สมองซึ่งได้รับความกระทบกระเทือน เป็นต้น

3. ผลของสุราต่อสังคม

เดิมปัญหาสุราเป็นปัญหาเฉพาะบุคคล ได้แก่ ปัญหาป่วยด้วยโรคทางกาย และทางจิตใจของผู้ดื่มสุรา แต่ปัจจุบันพบว่าการดื่มสุราส่งผลกระทบมากมายที่นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพ ซึ่งขยายขอบเขตเป็นปัญหาสังคมที่กระทบบุคคลในสังคมนั้น ๆ เรียกว่าเป็นสังคมเจ็บป่วย (ILL SOCIAL) ผลของสุราต่อสังคมมีดังนี้

3.1 ปัญหาทางด้านกำลังคน

การงานบางอย่างต้องอาศัยคนทำงานที่มีความสามารถพิเศษเป็นลักษณะพิเศษเฉพาะบุคคล และมีประสบการณ์สะสมในงานนั้น ถ้าบุคคลนั้นติดสุราจะทำให้ขาดกำลังคนที่สำคัญนั้นไป ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายยิ่งในการสูญเสียทรัพยากรบุคคลไป อันเนื่องจากการติดสุรา จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากร ร้อยละ 1-10 เป็น Alcoholics หรือ Heavy Drinkers และในบางประเทศพบว่าผู้ดื่มสุราหนักมีอัตราการตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-4 เท่า

3.2 ปัญหาทางด้านครอบครัว

จากรายงานพบว่า ผู้ติดสุราส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย และค่านิยมของสังคมในบางประเทศ เช่น ประเทศไทย ผู้ชายต้องเป็นผู้นำครอบครัว ดังนั้นการมีผู้นำครอบครัวเป็นผู้ติดสุรา ย่อมกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่นและขาดความสุขในครอบครัว เด็กซึ่งเป็นบุตรของผู้ติดสุรามักได้รับการปฏิบัติจากพ่อแม่ไม่ถูกต้อง อันอาจเป็นสาเหตุให้เด็กมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่ดี กลายเป็นปัญหาสังคมต่อไป จากการศึกษาในกรุงสตือกรฮมของไรดีลินส์ (Rydelius. 1981 : quoted in U.S. Department of Health and Human Services. 1990 : 56) ด้วยการศึกษาติดตามการปรับตัวในสังคมและภาวะสุขภาพของเด็กที่มีพ่อดื่มสุราเป็นระยะเวลา 20 ปี ในช่วงเริ่มต้นของการศึกษาเด็กมีอายุอยู่ระหว่าง 4-12 ปี ซึ่งมักพบว่า เด็กมีปัญหาด้านสุขภาพ การเรียน และด้านสังคม อีก 20 ปี ต่อมา พบว่าเด็กผู้ชาย

มักจะกลายเป็นผู้ติดสุราเรื้อรัง ติดยาเสพติด มีปัญหาสุขภาพจิต และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมมากกว่าเด็กผู้หญิง และเวอร์เนอร์ (Werner. 1986 : quoted in U.S.Department of Health and Human Services. 1990 : 56) พบว่าเด็กที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ดื่มสุรา ร้อยละ 41 เมื่ออายุได้ 18 ปี จะสร้างปัญหารุนแรงที่บ้าน ที่โรงเรียน และที่ทำงาน

3.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

ปริมาณการดื่มสุราของคนไทยเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปีอย่างสม่ำเสมอ และเพิ่มสูงมากโดยในปีพ.ศ.2535 คนไทยดื่มสุราจำนวน 728 ล้านลิตร ในขณะที่พ.ศ.2530 มีปริมาณการดื่มจำนวน 366 ล้านลิตร คือ เพิ่มเกือบเท่าตัวในช่วง 5 ปี ซึ่งทำรายได้ให้กับประเทศสูงมาก ในช่วงปีพ.ศ.2529-2533 รัฐบาลสามารถเก็บภาษีอากรจากกิจกรรมเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ได้แก่ ภาษีสุรา แสตมป์สุราต่างประเทศ และภาษีเบียร์เป็นจำนวน 16,269 ล้านบาท โดยปีพ.ศ.2533 มีรายได้เพิ่มจากปีพ.ศ.2529 เกือบร้อยละ 100 (อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. 2537 : 3) สถิติเกี่ยวกับรายได้จากสุราและปริมาณการดื่มสุราสูงขึ้นเรื่อย ๆ ย่อมสะท้อนให้เห็นว่าผลเสียหรืออันตรายที่เกิดจากสุราก็ย่อมเพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว กล่าวคือ สุราก่อให้เกิดโทษหลายประการ ได้แก่ ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้ต้องสูญเสียเงินในการรักษาพยาบาล สูญเสียเวลาในการทำงาน ทำให้เกิดปัญหาทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ถูกผู้อื่นทำร้ายร่างกาย หรือเกิดอุบัติเหตุ จนอาจทำให้เกิดคดีความ ต้องสูญเสียเงินชดใช้ความเสียหายที่เกิดขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษา จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกในจำนวน 25 ประเทศ พบว่าอัตราการดื่มสุราได้เพิ่มมากขึ้น คิดเฉลี่ยแล้วผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุราถึง 150 มิลลิลิตรต่อวัน และจำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากสุรามีร้อยละ 10-15 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาทั้งหมด (ชามี อัฐกิจ และระพีพรรณ วังชุมทอง. 2534 : 98) โดยที่เงินในส่วนนี้อาจนำไปพัฒนา

งานสาธารณสุขและงานพัฒนาอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม อีกทั้งผู้ติดสุรามักหย่อนสมรรถภาพในการทำงานโดยทำงานไม่เต็มความสามารถเป็นผลกระทบต่อการพัฒนาของหน่วยงาน ทำให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่าย และค่าสูญเสียความสุขของมนุษย์ที่เนื่องมาจากสุราอีกด้วย (Unhappiness Cost)

3.4 ปัญหาทางด้านอุบัติเหตุ

พิษของสุรามีผลทำให้ผู้ดื่มสุราสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง มักทำอะไรขาดการยั้งคิด ขาดความรับผิดชอบอันเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเสียหายได้หลายประการที่สำคัญคืออุบัติเหตุ สำหรับประเทศไทยนั้น การคมนาคมและการขนส่งได้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว จำนวนรถเพิ่มมากขึ้น จำนวนอุบัติเหตุจราจรก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย และมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงเป็นผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านสุขภาพอนามัยและเศรษฐกิจสูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังตารางที่ 2.2 และ 2.3

ตารางที่ 2.2 แสดงสถิติจำนวนอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย ปีพ.ศ.2522-2531

ปี	จำนวน	ตาย	บาดเจ็บ	ทรัพย์สินเสียหาย
2522	23,120	8,365	21,639	130,520,576
2523	17,742	4,493	13,392	120,991,767
2524	16,152	2,734	9,029	64,157,062
2525	19,413	3,002	10,345	68,518,620
2526	23,549	4,351	13,438	111,737,346
2527	22,491	3,979	12,975	130,751,017
2528	25,304	3,708	12,428	117,503,584
2529	30,775	3,214	12,303	110,696,094
2530	32,314	5,490	16,561	192,344,816
2531	43,439	8,651	22,370	329,527,667

แหล่งข้อมูล : กองวิจัยและวางแผน กรมตำรวจ

ตารางที่ 2.3 แสดงสถิติอุบัติเหตุการจราจรทางบกในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2525-2532

ปี พ.ศ.	ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ				ทรัพย์สินที่เสียหาย	
	จำนวน (ราย)	ตาย ราย	สาหัส (ราย)	ไม่สาหัส (ราย)	ราชการ (บาท)	ประชาชน (บาท)
2525	13,160	600	1,296	3,402	1,376,170	27,257,570
2526	13,674	708	981	3,570	1,496,550	21,410,800
2527	14,092	736	994	3,678	2,357,450	26,926,450
2528	14,295	657	897	3,433	3,062,400	27,508,900
2529	16,069	675	1,142	3,997	2,519,000	34,166,700
2530	19,745	752	1,286	5,047	4,274,000	50,641,600
2531	31,175	817	1,215	8,350	6,132,000	70,320,800
2532	31,709	917	1,158	8,846	11,986,000	81,902,300

แหล่งข้อมูล : แผนกสถิติและวิจัย กองกำกับการกลาง กองบังคับการตำรวจจราจร

ทั้งนี้ทรัพย์สินที่เสียหายดังกล่าวไม่ได้รวมค่าเสียหายจากการเสียเวลาในการประกอบอาชีพ ค่าเสียหายทางด้านจิตใจจากความพิการและการสูญเสียชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงาน ตลอดจนค่าเชื้อเพลิงที่ต้องสูญเสียไปจากการจราจรติดขัดอันเนื่องมาจากมีอุบัติเหตุขวางถนนอยู่ หากรวมค่าเสียหายเหล่านี้เข้าไปด้วยก็คงเป็นค่าเสียหายอีกจำนวนมหาศาล อุบัติเหตุจราจรพบได้บ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุการตายสูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับอุบัติเหตุจากสาเหตุอื่น ๆ กล่าวคือเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 54.02 ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 แสดงอุบัติการของอุบัติเหตุที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ จากโรงพยาบาลทั่วประเทศในปีพ.ศ.2531

สาเหตุ	ป่วย		ตาย		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
การจราจร	372,904	141,548	7,895	2,116	524,463
การตกหล่มของคนหรือวัตถุ	188,088	84,701	1,244	280	274,313
การตกน้ำ	13,682	6,736	607	316	21,341
เครื่องมือ เครื่องจักรกล	188,199	67,636	177	40	256,052
ไฟและของร้อน	14,267	8,234	86	63	22,650
ไฟฟ้า	4,174	1,851	334	50	6,409
ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	78,370	57,153	180	106	135,809
พิษจากยาและสารเคมี	17,385	16,964	258	177	34,784
ความผิดพลาดทางการแพทย์	1,798	1,306	38	23	3,165
การระเบิด	14,731	2,621	1,175	189	18,716
การฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเอง	66,968	31,231	1,716	788	100,703
อื่น ๆ	45,425	20,812	457	166	66,858
ไม่ทราบสาเหตุ	1,216	57	3	15	1,846
รวม	1,007,205	441,371	14,204	4,329	1,467,109

แหล่งข้อมูล : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติภัยแห่งชาติ

จากการตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ประสบอุบัติเหตุในเขตกรุงเทพมหานคร พบมากถึงร้อยละ 60-90 โดยในปีพ.ศ.2529 ไพฑูรย์ หลิมรัตน์, พล.ต.ต.และคณะ พบว่ามีแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ประสบอุบัติเหตุร้อยละ 91 ในปี พ.ศ.2533 โดยนันทนา ทองระอา พบร้อยละ 60.7 และในปีพ.ศ.2537 โดยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบร้อยละ 71.6 ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการผลักดันพระราชบัญญัติการจราจรทางบก ให้มีการกำหนดระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดของประชาชนในขณะขับขี่ที่กฎหมายยอมรับได้ ทั้งนี้ในหลายประเทศใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีดังกล่าวนี้ ซึ่งทำให้อุบัติเหตุลดลงได้มาก ระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดที่กฎหมายในประเทศต่าง ๆ ยอมให้มีได้ในขณะขับขี่ดังแสดงในตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 แสดงระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดที่กฎหมายในแต่ละประเทศยินยอมให้มีได้ในขณะขับขี่

ประเทศ	ระดับแอลกอฮอล์สูงสุดในเลือดที่กฎหมายยินยอมให้มีได้ (มิลลิกรัมเปอร์เซนต์)
- สหรัฐอเมริกา	80-100
- เบลเยี่ยม เดนมาร์ค ลิคเตนสไตน์ อังกฤษ ลักเซมเบิร์ก ฝรั่งเศส ฮังการี ออสเตรีย สเปน โปรตุเกส สวิสเซอร์แลนด์ สิงคโปร์ เยอรมันตะวันตก	80
- สวีเดน นอร์เวย์ ยูโกสลาเวีย กรีก ญี่ปุ่น เนเธอร์แลนด์ เกาหลี ออสเตรเลีย ฟินแลนด์	50
- เชคโกสโลวาเกีย บัลแกเรีย	30
- โปแลนด์	20
- ตุรกี เยอรมันตะวันออก	0

3.5 ปัญหาทางด้านอาชญากรรม

ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณไม่มากนัก (6-15 mg/dl) จะมีความรู้สึกกระตุ้นประสาทให้มีการตื่นตัวและการกระทำให้มีความกล้าขึ้น ความสามารถในการใช้วิจารณญาณถึงความถูกต้องของสังคมลดลง จนอาจเป็นเหตุให้ผู้ดื่มสุราก่อเหตุทะเลาะวิวาท ก่อคดีลวนลาม คดีข่มขืน และฆ่ากันตาย สมภพ เรืองตระกูล

และคณะ (2533) รายงานว่าร้อยละ 29 ของผู้กระทำความผิดทางอาญาเป็นผู้ดื่มสุรา หรือเป็นโรคจิตเนื่องจากพิษสุรา จากการศึกษาการใช้ยาและสารเสพติดชนิดต่าง ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ฟูด (Erich Goode) ได้พบข้อสังเกตุประการหนึ่งคือ การดื่มสุรากับเหตุการณ์รุนแรงมักพบด้วยกันเสมอ ยิ่งคดีอาชญากรรมมีความรุนแรงมากขึ้น ก็มักจะพบว่าผู้ก่อเหตุตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสุราขณะก่อเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของกระทรวงยุติธรรม สหรัฐอเมริกา (U.S.Department of Justice) พบว่าร้อยละ 62 ของนักโทษที่ประกอบคดีอาชญากรรมดื่มสุราก่อนก่อเหตุ (Goode. 1993 : 131-133) สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการแจกแจงสถิติที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการก่อคดีอาชญากรรมประเภทต่าง ๆ

3.6 ปัญหาทางด้านจริยธรรม

เนื่องจากผู้ติดสุราเรื้อรังจะไม่มีประสิทธิภาพในการทำงาน หรือไม่ทำงาน อันทำให้ไม่มีเงินซื้อสุราเพื่อมาดื่มบำบัดความต้องการได้ จึงอาจทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้เงินมาโดยการจี้ปล้น ลักขโมย หรืออื่น ๆ ที่ผิดกฎหมาย

สาเหตุของการดื่มสุรา

สาเหตุที่ทำให้บุคคลดื่มสุรามี 3 ประการคือ (สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, 2532, 127)

1. สาเหตุทางด้านร่างกาย โดยดื่มเพื่อช่วยให้เจริญอาหาร ลดความเจ็บปวด บางคนใช้แก้ปัญหาการนอนไม่หลับ บางคนใช้แก้หนาว เป็นต้น แต่เมื่อดื่มบ่อย ๆ ก็ติดได้ในที่สุด นั่นคือผลทางเภสัชวิทยาของสุรา เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลดื่มสุราและดื่มมากขึ้น ๆ (Donovan. 1988 : Pecle. 1985 : Wallace. 1985 : Zinberg. 1984 ; quoted in U.S. department of Health and Human Services. 1990)

2. สาเหตุทางด้านจิตใจ ผู้ดื่มสุราคิดว่าการดื่มสุราสามารถสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง ปิดบังหรือลดปมด้อยบางประการ ลดความกดดัน ความเครียด ความกลัว และขจัดความผิดหวัง ดื่มย้อมใจ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือแสดงความก้าวร้าวต่อผู้อื่นหรือก่อคดีอาชญากรรม ดังที่บาร์เร็ทท์ และฮันท์ (Barrett. 1985 : Hunt. 1987 ; quoted in U.S.department of Health and Human Services. 1990) ได้สรุปไว้ว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลติดสุราหรือไม่เลิกดื่มสุรานั้นเพราะว่าบุคคลเหล่านั้นได้รับแรงเสริมจากการดื่มสุราอย่างน้อย 2 ประการ คือ ทำให้เกิดอารมณ์สนุกสนาน ครื้นเครง และช่วยลดความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจ ซึ่งนักวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งพบว่าผู้ที่ติดสุราหรือสารเสพติดมักเป็นคนที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม และมีอารมณ์ซึมเศร้าในระดับสงหรือรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง (Marlatt et al. 1988 : Zucker and Gomber. 1986 ; quoted in U.S. department of Health and Human Service. 1990)

3. ค่านิยมทางสังคม เยาวชนมักดื่มสุราเนื่องมาจากความอยากรู้อยากทดลอง ถูกเพื่อนชักชวน และเลียนแบบผู้ใหญ่ สำหรับผู้ใหญ่เองก็เลียนแบบจากสังคมชั้นสูง และแหล่งสำคัญอีกแหล่งหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการสร้างค่านิยมว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องไม่เสียหาย นั่นคือ การโฆษณาเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์หรือบทบาทการแสดงของนักแสดง ตลอดจนภาพข่าวการเลี้ยงสังสรรค์ของสังคมนักการเมือง นักธุรกิจ ที่ปรากฏในจอโทรทัศน์ ซึ่งเป็นภาพที่สะท้องให้เห็นถึงการมีรสนิยมที่ดี เป็นที่ดึงดูดใจของเพศตรงข้าม เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดความสนุกสนานในหมู่มิตรสหาย เป็นต้น นอกจากนี้บางคนอาจเข้าใจว่าการดื่มสุราทำให้สมองแจ่มใส มีความสามารถในงานศิลปะเพิ่มขึ้น

ลักษณะของการติดสุรา

การดื่มสุราจะทำให้ผู้ดื่มได้รับความพึงพอใจ และจะดื่มมากขึ้น ๆ จนในที่สุดสุราก็จะกลายเป็นสิ่งที่ดลบันดาลความสุขให้เขา ภายหลังก็จะดื่มซ้ำบ่อย ๆ จนติด การติดสุราจะติดทั้งทางใจและทางกาย เพราะเอทิลแอลกอฮอล์ในสุรามีฤทธิ์กดประสาทคล้ายบาร์บิทูเรท (Barbiturate) การติดสุรามีลักษณะดังต่อไปนี้ (วิทย์ เที่ยงบูรณธรรม. 2531 : 125)

1. คนไข้จะรู้สึกว่าสุรานี้กลายเป็นยาอย่างหนึ่ง เมื่อดื่มเพียง 2-3 แก้วก็ไม่พอ จะต้องเพิ่มเติมอยู่เรื่อย และถ้าให้สัญญาว่าจะดื่มเพียงเท่านั้น ๆ มักจะต้องดื่มเกินเสมอ

2. แอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์สั้นมาก ดังนั้นอาการขาดแอลกอฮอล์จะปรากฏเร็วมาก เพียง 2-3 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มเท่านั้น หลังจากดื่มตอนค่ำแล้วตอนเช้าจึงต้องดื่มต่ออีก

3. สภาพการทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์นี้ ตอนแรกจะเพิ่มขึ้น แต่ตอนหลังจะลดลง และนานเข้าการดื่มเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เมาได้

4. ภาวะการสูญเสียความจำหรือลืม (Amnesia) ไม่ถึงกับหมดสติแต่จะทำอะไรต่ออะไรได้ในขณะที่เมาและเมื่อสร่างเมาจะจำไม่ได้ว่าทำอะไรไปบ้าง

ในช่วงระยะที่สร่างเมาและก่อนที่จะดื่มครั้งต่อไป คนไข้จะรู้สึกหวาดกลัว เปล่าเปลี่ยว และรู้สึกผิดนอกจากเขาจะเป็นอันธพาลจึงจะไม่รู้สึกผิดแต่มีความหวาดกังวลแทน เขาจะมีความเชื่ออย่างมากว่า ชีวิตเขาจะอยู่โดยปราศจากเหล้าไม่ได้ ด้วยเหตุนี้เขาจึงพยายามที่จะแก้ตัวว่า ที่ต้องดื่มเพราะหน้าที่การงานและสังคมบังคับ จะโทษความผิดไปที่ผู้ใกล้ชิดที่สุด ได้แก่ ภรรยา สามี หรือบุตร หรือผู้ใต้บังคับบัญชา หรือผู้บังคับบัญชา ที่นำไปสู่การทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายผู้อื่น

ลักษณะของบุคคลที่ใช้สุราหรือยาเสพติดเป็นที่พึ่ง

หากพิจารณาเฉพาะที่ตัวบุคคลแล้วนักจิตวิทยาได้แบ่งบุคคลที่ใช้สุราหรือยาเสพติดออกเป็น 3 กลุ่มคือ (ศรีนวล รักมลวนิช. 2527 : 7-8)

1. กลุ่มผู้แสวงหาประสบการณ์ บุคคลกลุ่มนี้คือ กลุ่มซึ่งมีความสนใจในความสนุกหรือประสบการณ์ที่คิดว่าจะได้จากยาเสพติดนั้น ๆ โดยได้รับการบอกเล่าจากผู้คุ้นเคยหรือมีประสบการณ์มาแล้ว หรือจากหนังสือพิมพ์วารสารต่าง ๆ แม้แต่จากโทรทัศน์หรือวิทยุก็ตาม บุคคลเหล่านี้จะทดลองประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่ท้าทาย รวมทั้งต้องการความเห็นใจจากผู้อื่น และต้องการบรรลุจุดมุ่งหมายของชีวิต

2. กลุ่มผู้แสวงหาตนเอง กลุ่มนี้ยอมรับสภาพ การเมายาว่าเป็นสิ่งที่น่าพอใจ เพราะทำให้หลุดพ้นจากการบีบบังคับที่ได้รับอยู่ในชีวิตจริง บุคคลเหล่านี้ส่วนมากมีความรู้สึกว่าตนเองขาดอะไรอยู่มาก มีความไม่มั่นคงอยู่ตลอดเวลา และมีความคิดที่ไม่กระจ่างชัดว่าตนควรจะเป็นคนแบบไหนจึงจะเหมาะสม

3. กลุ่มผู้แสวงหาความเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ บุคคลกลุ่มนี้ไม่พึงพอใจในตนเอง อาจทั้งในเรื่องบุคลิกลักษณะ รูปร่างหน้าตา หรือความสามารถ จึงหาทางหนีจากปัญหาส่วนตัว

สภาพปัญหาการดื่มสุราในสังคมไทยและการป้องกันแก้ไข

การวิเคราะห์สภาพปัญหาการดื่มสุราในสังคมไทยในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์จากข้อมูลปริมาณการผลิตและจำหน่ายสุรา จากผู้ติดสุราที่เข้ามารับการบำบัดในสถานพยาบาล จากบุคคลที่ต้องคดียาเสพติด จากกรณีอุบัติเหตุ จากกรณีประทุษร้ายร่างกายผู้อื่น และการก่ออาชญากรรม ซึ่งน่าจะ

เพียงพอที่จะทำให้หน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา และช่วยกันกำหนดแนวทางและวิธีการป้องกันปัญหา

1. ปริมาณการดื่มสุราของคนไทยเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 366 ล้านลิตร ในปี พ.ศ.2530 เป็น 728 ล้านลิตรในปีพ.ศ. 2535 คือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100 และเมื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำสุราต่อประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าอัตราส่วนการดื่มสุราต่อประชากร 1 คน เพิ่มจาก 10.4 ลิตรในปี พ.ศ.2530 เป็น 18.1 ลิตรในปีพ.ศ.2535

2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รายงานว่าผู้ติดสุราเข้ารับการบำบัดรักษาในสภาพพยาบาลทั่วประเทศในปีพ.ศ.2533 และ 2535 มีจำนวนร้อยละ 1 (ประมาณ 500-600 คน) ของผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดที่เข้ารับการบำบัดรักษา (หรือร้อยละ 0.001 ของประชากรทั้งประเทศ) ในจำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด ร้อยละ 80-90 รายงานว่าสุราเป็นสารเสพติดชนิดแรกที่เริ่มใช้ และร้อยละ 30-40 เริ่มดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 15-19 ปี ร้อยละ 23-35 เริ่มดื่มสุราเมื่ออายุ 20-24 ปี แต่ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดเมื่ออายุ 35-39 ปี ด้วยสาเหตุสุขภาพไม่ดีมากที่สุด รองลงมาคือต้องการเลิกเอง และแรงผลักดันจากครอบครัว

นี่เป็นเพียงข้อมูลของผู้ที่ดื่มสุราจนเกิดปัญหาสุขภาพและเข้ารับการบำบัดในสภานบำบัดผู้ติดยาเสพติดเท่านั้น ยังมีผู้ที่ดื่มสุราแล้วเกิดปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ เช่น ป่วยเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคหัวใจ อุบัติเหตุ เป็นต้น และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปอีกเป็นจำนวนมาก แต่จะเป็นเท่าใด ยังไม่มีการรวบรวมและแจกแจงข้อมูล แต่เราอาจจะคาดคะเนได้จากการศึกษาของนายแพทย์วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2529) ที่พบอุบัติการณ์ของโรคพิษสุราร้อยละ 25 ของผู้ป่วยชายที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจครั้งแรก ณ แผนกผู้ป่วยเวชปฏิบัติ

ทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ที่ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจหาโรคพิษสุรา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางบก จากการตรวจหาความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานยนต์ พบว่ามีระดับสูงระหว่าง 80-130 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ มากกว่าร้อยละ 60 (นันทนา ทองระอา. 2533 : โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. 2537) ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ร้อยละ 20 นำความเสียหายมากมายหลายประการโดยไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่ดื่มสุราเท่านั้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการใช้ยาเสพติดชนิดอื่น ซึ่งมักจะเป็นยาเสพติดชนิดที่มีความรุนแรงมากขึ้น วิภา ด่านธำรงกุล (2535) พบว่าเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง กรุงเทพมหานครที่ต้องคดียาเสพติดทั้งหมด ร้อยละ 61 มีประสบการณ์การใช้ยาเสพติด เป็นกลุ่มเด็กชายและเด็กหญิงที่เคยดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 20 และ 25 ตามลำดับ และพบว่าสัดส่วนของเด็กชายที่มีพฤติกรรมดื่มสุราเกิดก่อนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดประมาณ 2 ใน 3 และร้อยละ 40 ของเด็กชายเริ่มดื่มสุราก่อนใช้ยาเสพติดแต่ละชนิด 1 ปีขึ้นไป

5. จากการศึกษาผู้ที่ดื่มสุรา พบว่าส่วนใหญ่จะเริ่มต้นดื่มสุราในช่วงวัยรุ่น เช่นที่ วิภา ด่านธำรงกุล (2535) พบว่าเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง กรุงเทพมหานคร ที่ต้องคดียาเสพติดเริ่มดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุ 14-16 ปี มากที่สุด และอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา (2537) ได้ทำการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างทั้งประเทศพบว่าร้อยละ 47 เริ่มดื่มสุราในช่วงอายุ 15-24 ปี

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าขณะนี้ยังไม่มีการรวบรวมและแจกแจงข้อมูลที่เกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราในอีกหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการก่อคดีอาชญากรรม การประทุษร้ายร่างกายเด็ก สตรี คนชราใน

ครอบครัว ความเสียหายในการทำงานอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา แต่เท่าที่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกล่าวมาข้างต้นก็คงจะเพียงพอต่อการบ่งบอกระดับความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุราในสังคมไทยได้เพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหาต่อไป และจากข้อมูลข้างต้นมีประเด็นที่มีความสำคัญมาก 2 ประการ คือ ประการแรกหากรอเวลาให้ปัญหาการดื่มสุราสุกงอมแล้ว ปัญหาที่เกิดตามมาจะนำความเสียหายอย่างใหญ่หลวงมาสู่ผู้ที่ดื่มสุรา ครอบครัวและสังคม และประการที่สองคือผู้ที่ดื่มสุรามักเริ่มดื่มในช่วงวัยรุ่น ซึ่งหากดื่มไปเรื่อย ๆ จนติดจะทำให้ประสิทธิภาพในการเรียน การทำงาน และทำหน้าที่อื่น ๆ ด้อยลง ซึ่งทำให้ครอบครัวและสังคมสูญเสียบุคคลที่มีคุณภาพไป ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการป้องกันปัญหามากกว่าการแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา แห่งสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย (2535) ได้รับมอบหมายจาก ESCAP ให้ศึกษาและประเมินผลโครงการป้องกันยาเสพติดของชุมชนแออัดคลองเตย จากประชากรทั้งหมดประมาณ 8,000 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างได้จำนวน 437 คน จากชุมชนแออัดทุกชุมชน และแฟลตทั้งหมด 18 หลัง ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพ่อแม่ 130 คน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กอายุ 6-10 ปี จำนวน 123 คน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนอายุ 11-25 ปี จำนวน 140 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ติดยาเสพติด จำนวน 44 คน เนื่องจากโครงการนี้มุ่งเน้นศึกษากลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดยา ฉะนั้นอายุของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในวัยเยาว์เป็นส่วนมาก คือร้อยละ 70 มีอายุต่ำกว่า 25 ปี และร้อยละ 30 มีอายุสูงกว่า 25 ปี ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างกำลังเรียนหนังสือ ร้อยละ 19 เป็นแม่บ้านอยู่บ้านเฉย ๆ

อีกร้อยละ 31 เป็นผู้ที่ทำงานรับจ้าง ค้าขาย กรรมการ และเป็นแรงงานที่มีฝีมือ จากการสำรวจพบว่า มีการใช้สารเสพติดเป็นประจำอยู่หลายชนิด และสารที่ใช้มากเป็นพิเศษคือบุหรี่และสุรา มีสมาชิกในครอบครัวใช้เป็นประจำถึงร้อยละ 79.4 และร้อยละ 72.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ถ้าพิจารณาดูแต่เฉพาะการดื่มสุราเป็นประจำแล้ว พบว่าคนในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ติดยา ดื่มสุรามากที่สุด รองลงมาอยู่ในกลุ่มเยาวชน และกลุ่มเด็ก คือร้อยละ 79.5, 75.7, 71.6 ตามลำดับ สำหรับคำถามเกี่ยวกับสารเสพติดชนิดใดที่เป็นปัญหาของชุมชนคลองเตยในปัจจุบันนี้ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชนแออัด และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในแฟลตต่างมีความเห็นตรงกันว่า สารระเหยเป็นปัญหาอันดับ 1 สุราเป็นปัญหาอันดับ 2 ซึ่งมีคะแนนต่างจากอันดับหนึ่งเพียงคะแนนเดียว อันดับที่ 3 คือบุหรี่

วิภา ด่านธำรงกูล แห่งสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2535) ทำการสำรวจการดื่มสุรา และใช้สารเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง กรุงเทพมหานคร พ.ศ.2535 โดยคัดเลือกผู้ต้องคดียาเสพติดทั้งหมด และสุ่มตัวอย่างจากคดีอื่น ๆ ให้มีจำนวนใกล้เคียงกันหรือมากกว่า รวมจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 687 คน จำแนกเป็นเด็กชาย 564 คน เด็กหญิง 123 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 22 กรกฎาคม ถึง 16 กันยายน 2535 ผลการสำรวจมีดังนี้

ก. ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุระหว่าง 8-24 ปี อายุเฉลี่ย 16 ปี ในกลุ่มผู้ต้องคดียาเสพติดเด็กหญิงต้องโทษคดีจำหน่ายสูงกว่าเด็กชายประมาณ 2-5 เท่า สำหรับคดีอื่น ๆ ส่วนมากต้องคดีลักทรัพย์ ประมาณครึ่งหนึ่งของเด็ก กระทำความผิดเนื่องจากความต้องการของตนเอง รองลงมาได้แก่ เพื่อนชวน ตามเพื่อน ร้อยละ 30 ซึ่งสาเหตุนี้กลุ่มเด็กชายสูงกว่าเด็กหญิงประมาณ 2 เท่า เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการกระทำที่นำไปสู่การต้องโทษ การ

ขโมยเงินสดหรือของมีค่าและการกระทำอันเนื่องจากสารเสพติด (เสพ ครอบครอง จำหน่าย) มีอัตราสูงที่สุดทั้งชายและหญิง ร้อยละ 80 ของเด็กเหล่านี้เคยทำงานสุจริตและมีรายได้เป็นของตนเอง เด็กกลุ่มนี้ไม่เคยเรียนหนังสือภาคบังคับร้อยละ 5 มีอัตราสูงสุดที่ระดับประถมปลาย ประมาณร้อยละ 45 การต้องโทษครั้งนี้เป็นเด็กที่กำลังเรียนอยู่ร้อยละ 16 และกว่าครึ่งหนึ่งกำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป

ข. ด้านสังคม สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ครึ่งหนึ่งของเด็กกลุ่มนี้มีภูมิลำเนาเดิมในต่างจังหวัด ร้อยละ 22 อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด การย้ายที่อยู่อาศัยของเด็กกลุ่มนี้ (รวมทั้งที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพฯ ด้วย) ค่อนข้างสูงประมาณร้อยละ 60 ทำให้เด็กกลุ่มนี้ได้สัมผัสกับสภาพความเป็นอยู่ของสังคมที่หลากหลาย โดยเฉพาะชุมชนที่มีการใช้สารเสพติดกันอย่างแพร่หลาย เด็กกว่าครึ่งหนึ่งรายงานว่ามีคนติดยาในบริเณที่อยู่อาศัยและร้อยละ 36 รายงานว่าในชุมชนมีแหล่งขายยาเสพติด ในกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติดพบว่ามีเพื่อนที่ใช้สารระเหยและกัญชาในอัตราที่สูงมาก

ค. ด้านลักษณะประชากร สถานภาพครอบครัวกับการดื่มสุรา กลุ่มที่ศึกษาเป็นเด็กชายและหญิงที่มีประสบการณ์ดื่มสุราร้อยละ 30 และ 27 ตามลำดับ อายุที่เริ่มดื่มอยู่ระหว่าง 6-18 ปี มีอัตราสูงที่สุดในช่วง 14-16 ปี สาเหตุของการดื่มครั้งแรกมีอัตราสูงสุดได้แก่ การทดลอง เพื่อนชวนและตามเพื่อน กลุ่มเด็กหญิงที่ดื่มครั้งแรกด้วยสาเหตุกล้ำใจ หงุดหงิด สูงกว่าเด็กชาย 5 เท่า เด็กชายร้อยละ 5 รายงานว่าตัวเองติดสุรา ก่อนได้รับโทษเด็กกลุ่มนี้เรียนไม่จบชั้นสูงสุดร้อยละ 67 สาเหตุการเรียนไม่จบ คือ การประพฤติตัวของเด็กเอง เช่น ไม่อยากเรียน หรือทำผิดวินัยของโรงเรียน เด็กกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้อยู่กับพ่อหรือแม่ การแยกกันอยู่ หย่าร้างและเลิกกันของพ่อแม่มีอัตราค่อนข้างสูง ระหว่างร้อยละ 35-40 แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ไม่ได้อยู่กับพ่อหรือแม่ และอยู่ด้วยกันกับพ่อและแม่มีประสบการณ์ดื่มสุราไม่แตกต่างกัน เด็กชายร้อยละ 89 รายงานว่าดื่ม

ครั้งแรกภายหลังจากที่ไม่ได้อยู่กับพ่อหรือแม่ ร้อยละ 35 รายงานว่ามีเรื่องไม่สบายใจในครอบครัว เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจคือการทะเลาะวิวาท ทุบตี มีอัตราสูงสุด

ง. การใช้สารเสพติดกับการดื่มสุรา ประสบการณ์การใช้สารเสพติดในเด็กกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 61 เป็นชายและหญิงร้อยละ 62 และ 55 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยการใช้สารเสพติดแต่ละชนิดครั้งแรกไม่แตกต่างกัน ประมาณ 15 ปี โดยมีอัตราสูงมากที่ระดับอายุ 14-16 ปี อัตราการใช้สารเสพติดในกลุ่มเด็กชายและหญิงที่เคยดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยดื่มร้อยละ 20 และ 25 ตามลำดับ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเกิดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดกับการดื่มสุรา พบว่าสัดส่วนของเด็กชายที่มีพฤติกรรมดื่มสุราเกิดก่อนพฤติกรรมใช้สารเสพติดประมาณ 2 ใน 3 และร้อยละ 40 ของเด็กชายเริ่มดื่มสุราก่อนใช้สารเสพติดแต่ละชนิด 1 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ใช้เฮโรอีนมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่รายงานว่าดื่มสุราครั้งแรกภายหลังมีประสบการณ์ใช้เฮโรอีน

จ. พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว เด็กกลุ่มนี้กว่าครึ่งหนึ่งรายงานว่ามีบุคคลในครอบครัวดื่มสุราเป็นประจำ รองลงมาได้แก่ การเล่นพนันร้อยละ 20 ในบรรดาผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ บิดาดื่มสุราเป็นประจำด้วยอัตราสูงสุดร้อยละ 64 รองลงมาได้แก่ ญาติ ผู้อาศัย ผู้ปกครอง มารดา และพี่น้อง ตามลำดับ เด็กชายร้อยละ 39 และเด็กหญิงร้อยละ 36 รายงานว่า พ่อหรือแม่ดื่มสุราเป็นประจำ

จำเนียร น้อยท่าช้าง ฝ่ายวิจัยและพัฒนาหน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา ร่วมกับ CEMUBAC-Addiction Program จากประเทศเบลเยี่ยม (2535) ได้ดำเนินโครงการร่วมมือศึกษาการป้องกันการใช้ยาในทางที่ผิดในโรงเรียนมัธยมศึกษา โดยการกำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการใช้ยาเสพติด แล้วนำไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษาทั่วประเทศ 13 เขตการศึกษา เขตละ 1 โรงเรียน ได้

จำนวนนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง 6,430 คน ดำเนินโครงการในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2534 (พฤศจิกายน 2534 ถึง มีนาคม 2535) พบว่าค่าเฉลี่ยภูมิคุ้มกันหลังการดำเนินโครงการสูงกว่าก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับสภาพการใช้ยาเสพติดของนักเรียนพบว่านักเรียนใช้บุหรี่และสุราในอัตราที่สูงกว่ายาเสพติดชนิดอื่น และเมื่อเปรียบเทียบสภาพการใช้ยาเสพติดระหว่างก่อนและหลังดำเนินโครงการ พบว่าหลังดำเนินโครงการนักเรียนมีสภาพการใช้ยาลดลงจากก่อนดำเนินโครงการ โดยมีรายละเอียดดังนี้ การใช้บุหรี่ ระดับ 2 (ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาใช้เป็นบางครั้ง) และ 3 (ในระยะเดือนที่ผ่านมาใช้มากกว่า 10 วัน) ก่อนดำเนินโครงการใช้ร้อยละ 6.88 และ 4.35 ตามลำดับ หลังดำเนินโครงการลดลงเป็นร้อยละ 3.97 และ 3.07 ตามลำดับ และการใช้สุราระดับ 2 และ 3 ก่อนดำเนินโครงการใช้ร้อยละ 6.49 และ 2.47 ตามลำดับ หลังดำเนินโครงการลดลงเป็นร้อยละ 4.36 และ 1.54 ตามลำดับ

อัมพร โอตระกูล และคณะ (2531) ได้ทำการศึกษาสำรวจการติดสุราโดยใช้แบบสำรวจ Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) กับพนักงานขับรถประจำทาง ข.ส.ม.ก. ในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2530 จากกลุ่มตัวอย่าง 150 คน พบว่าร้อยละ 32 ให้คะแนน MAST สูงกว่า 4 คะแนน ซึ่งถือว่าเป็นผู้ติดสุรา โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87 มีอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 93 มีสถานภาพสมรสคู่ซึ่งอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71 เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 73 มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 31 มีบ้านเป็นของตนเอง อีกร้อยละ 69 อาศัยอยู่บ้านเช่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประสบการณ์ในการขับรถยนต์มากกว่า 9 ปี ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นผู้ติดสุรา

ไพฑูรย์ หลิมรัตน์, พล.ต.ต.และคณะ (2529) ในโครงการศึกษาเรื่องผลของแอลกอฮอล์ต่อผู้ขับขี่ในประเทศไทย เพื่อหาข้อมูลไปใช้ในการกำหนด

ค่าระดับสูงสุดของแอลกอฮอล์ในเลือดผู้ขับขี่ที่กฎหมายสมควรให้มีได้ในขณะขับขี่ โดยการหาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ประสบอุบัติเหตุ (ไทย) จากการจราจรทางบกในเขตกรุงเทพมหานคร (โครงการย่อยที่ 1) ในเดือนกันยายน พ.ศ.2529 ได้ตัวอย่างเลือดของผู้ประสบอุบัติเหตุจำนวน 1,500 ตัวอย่าง เช่น อุบัติเหตุการจราจรที่เกิดในเขตกรุงเทพมหานครนั้น อัตราส่วนระหว่างจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุที่ตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดต่อจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุที่ตรวจไม่พบแอลกอฮอล์ในเลือดเป็น 9 : 1 สำหรับกลุ่มของผู้ประสบอุบัติเหตุที่มีแอลกอฮอล์ในเลือดพบว่าช่วงระดับแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่าง 150-200 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ เป็นช่วงที่พบในผู้ที่ขับขี่มากที่สุด คือ ร้อยละ 27.5 โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุที่ระดับ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์มีถึงร้อยละ 27 สำหรับระดับ 120,100,80 และ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 21, 16,10 และ 6 ตามลำดับ

ไพฑูรย์ หลิมรัตน์, พล.ต.ต.และคณะ (2529) ในโครงการเดียวกันได้ทำการวิจัยหาระดับต่ำสุดของแอลกอฮอล์ในเลือดของคนไทยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะประสาท (โครงการย่อยที่ 5) ผู้วิจัยได้เลือกทำการทดสอบประสาท 2 ระบบคือ ระบบการหาความเปลี่ยนแปลงในเวลาตอบสนอง (Reaction time) และระบบการทดสอบความไวในการบังคับการทำงานของมือ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Breathlyzer และ Gas Chromatography ในการวัดระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด การทดลองใช้อาสาสมัครจำนวน 55 คน ผลการทดลองพบว่า ระดับต่ำสุดของแอลกอฮอล์ในเลือดที่เริ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะประสาท คือระดับ 60 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ ด้วยระดับนัยสำคัญ .01 จากการทดสอบวัดเวลาการตอบสนอง และระดับ 90 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ด้วยระดับนัยสำคัญ .01 จากการทดสอบความไวและความละเอียดในการทำงานของมือ

นันทนา ทองระอา, ร้อยตำรวจโทหญิง (2534) ได้ทำการศึกษาความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ และผู้โดยสารที่เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรบนถนนในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 ธันวาคม 2533 ได้กลุ่มตัวอย่าง 405 ราย เป็นชายร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี คือร้อยละ 63 เรียนจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 45.9 มัธยมศึกษาร้อยละ 24.9 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 52.3 คู่ร้อยละ 42.7 วันเวลาที่เกิดเหตุบ่อยที่สุด คือวันอาทิตย์ร้อยละ 33.1 และเวลา 21.00-4.00 น. ร้อยละ 48.4 กลุ่มตัวอย่างใช้รถจักรยานยนต์ร้อยละ 71 จากผลการวิจัยทำให้จำแนกกลุ่มตัวอย่างได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดร้อยละ 60.7 และกลุ่มที่ตรวจไม่พบแอลกอฮอล์ในเลือดร้อยละ 39.3 สำหรับกลุ่มที่ตรวจพบแอลกอฮอล์พบว่าปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 114.6-132.2 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ ด้วยระดับความเชื่อมั่นระดับ 95 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุสัมพันธ์กับการตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดได้แก่ อายุ ประวัติการดื่มสุรา ความถี่ในการดื่มสุราและกิจกรรมที่ผู้ตายได้กระทำก่อนเกิดอุบัติเหตุ แต่ปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเช่น เดือนหรือฤดูกาล รวมทั้งลักษณะการบาดเจ็บที่พบไม่มีความสัมพันธ์กับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ลักษณะการบาดเจ็บของผู้ตายเกิดขึ้นที่ศีรษะ ช่วงอก และช่วงท้องร้อยละ 82.8, 25.7 และ 10.7 ตามลำดับ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "การดื่มสุราในกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในสถาบันระดับอุดมศึกษา" มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากร คือ กลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในสถาบันระดับอุดมศึกษาในปี พ.ศ.2536

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างอย่างมีขั้นตอนตามลำดับชั้น (Stratified random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 500 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากร เป็นกลุ่มวัยรุ่นชายร้อยละ 28 และกลุ่มวัยรุ่นหญิง ร้อยละ 72

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดต่าง ๆ ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาที่ใช้กันทั่วไปในประเทศสหรัฐอเมริกา คือแบบสอบถาม "Core Alcohol and Drugs Survey" สร้างขึ้นโดย The Fund for the Development of Post Secondary Education หรือ FIPSE ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีดังต่อไปนี้

1. แปลแบบสอบถาม "Core Alcohol and Drugs Survey" จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพิ่มศิริ นิติมานพ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความสามารถด้านการวิจัยและด้านภาษาอังกฤษ เป็นที่ปรึกษาและตรวจสอบการแปลแบบสอบถาม

2. ปรับเพิ่มข้อคำถามในส่วนของข้อมูลทั่วไป ชนิดของสารเสพติดที่ใช้และสถานที่ที่เลือกใช้เป็นที่เสพ ให้สอดคล้องกับสภาพสังคมไทยและสภาพสังคมของกลุ่มวัยรุ่นในสถาบันระดับอุดมศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 คือข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 1-11 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ชั้นปีที่ศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม ภูมิลำเนา ที่พักอาศัย เงินสำหรับค่าใช้จ่ายประจำเดือน

ตอนที่ 2 คือข้อคำถามเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 12-24 โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นเกี่ยวกับการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน (ข้อ 12)
- ความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นเกี่ยวกับสภาวะการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในสถาบันการศึกษา (ข้อ 13)
- การดื่มสุราในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ข้อ 14,15,16)
- ประวัติการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น (ข้อ 17)
- การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นใน 1 ปีและ 1 เดือนที่ผ่านมา (ข้อ 18,19)
- สถานที่ที่กลุ่มวัยรุ่นเลือกใช้เป็นที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น (ข้อ 20)
- ประสบการณ์ภายหลังการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่น (ข้อ 21)
- สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มวัยรุ่นที่เคยเกิดปัญหาจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น (ข้อ 22)
- การรับรู้ของกลุ่มวัยรุ่นต่อการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นของกลุ่มวัยรุ่นชายและกลุ่มวัยรุ่นหญิง (ข้อ 23,24)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือจากสถาบันการศึกษาในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มวัยรุ่นในอัตราร้อยละ 13 ของจำนวนกลุ่มวัยรุ่นทั้งหมด

2. พบกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3. ตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าร้อยละของข้อมูลต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

1.2.1 ความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ในการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน

1.2.2 ความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นเกี่ยวกับสภาวะการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในสถาบันการศึกษา

1.2.3 การดื่มสุราในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1.2.4 ประวัติการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

1.2.5 การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นใน 1 ปี และ 1 เดือนที่ผ่านมา

1.2.6 สถานที่ที่กลุ่มวัยรุ่นเลือกใช้เป็นที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น

1.2.7 ประสบการณ์ภายหลังการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

1.2.8 สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มวัยรุ่นที่เคยเกิดปัญหาจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น

1.2.9 การรับรู้ของกลุ่มวัยรุ่นต่อการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นของกลุ่มวัยรุ่นชายและกลุ่มวัยรุ่นหญิง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างเกี่ยวกับประสบการณ์การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นชายกับกลุ่มวัยรุ่นหญิง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง "การดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในสถาบันระดับอุดมศึกษา 1" นำเสนอในรูปของการบรรยายและการบรรยายประกอบตาราง ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน พบว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างหรือร้อยละ 66.67 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยรุ่นหญิง (กลุ่มวัยรุ่นหญิง 333 คน และกลุ่มวัยรุ่นชาย 167 คน) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะประชากรคือ ร้อยละ 28 เป็นกลุ่มวัยรุ่นชายและร้อยละ 72 เป็นกลุ่มวัยหญิง อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 18.7-23.5 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 20 ปี เป็นกลุ่มวัยรุ่นประเภทลงทะเบียนเรียนภาคปกติร้อยละ 84.2 ภาคพิเศษร้อยละ 15.8 มีเกรดเฉลี่ย 2.68 โดยกลุ่มวัยรุ่นชายมีเกรดเฉลี่ย 2.55 และกลุ่มวัยรุ่นหญิงมีเกรดเฉลี่ย 2.75 ร้อยละ 98.4 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 93.4 มีเชื้อชาติไทย ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างคือร้อยละ 53.2 มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออก ร้อยละ 46.8 มาจากภูมิลำเนาอื่น ๆ ร้อยละ 81.8 ไม่ได้พักอาศัยที่บ้านของตนเอง คือพักอาศัยที่หอพักในสถาบันการศึกษา หอพักเอกชนนอกสถาบันศึกษา และบ้านเช่าหรือห้องเช่า ร้อยละ 18.2 อาศัยที่บ้านของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อคำถามเกี่ยวกับบุคคลที่กลุ่มวัยรุ่นพักอาศัยอยู่ด้วยคือร้อยละ 15 ระบุว่าพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 71 พักอาศัยอยู่กับเพื่อน ร้อยละ 9 พักอาศัยอยู่กับคนอื่น ซึ่งระบุว่าเป็นพี่น้อง และอีกร้อยละ 4.6 พักอาศัยอยู่คนเดียว

ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างเรียนอย่างเดียวไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 35 ทำงานบางเวลา และร้อยละ 15 ทำงานเต็มเวลา ซึ่งร้อยละ 93.4 ของกลุ่มที่ทำงานเต็มเวลาเป็นประเภทลงทะเบียนเรียนภาคพิเศษ กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับเงินเป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัว (ไม่รวมค่าที่พัก, ค่าเล่าเรียน, ค่าบำรุง และค่าเอกสาร) เฉลี่ยเดือนละ 2,809 บาท พวกที่เรียนเต็มเวลามีเงินเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 2,495 บาท และพวกที่เรียนบางเวลามีเงินเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 4,596 บาท

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มวัยรุ่นที่มีความคิดเห็นต่อการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในเวลาที่มีการพบปะสังสรรค์ระหว่างเพื่อน

พฤติกรรม	ไม่น่ากระทำ		กระทำได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูบบุหรี่ (N=495)	97	19.6	398	80.4
ดื่มสุรา (N=494)	221	44.7	273	55.3
เสพยา/สารเสพติดอื่น ๆ (N=421)	414	98.4	7	1.6

ความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นต่อการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในเวลาที่มีการพบปะสังสรรค์ระหว่างเพื่อน กลุ่มวัยรุ่นมีความคิดเห็นต่อสิ่งที่ไม่น่ากระทำได้ คือ การเสพยาและสารเสพติด สูงที่สุดร้อยละ 98.4 รองลงมาคือการดื่มสุรา ร้อยละ 44.7 สำหรับความคิดเห็นต่อสิ่งที่กระทำได้ คือ การสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.4 รองลงมาคือการดื่มสุราร้อยละ 55.3 หรือกล่าวโดยสรุปคือ กลุ่มวัยรุ่นมีความคิดเห็นว่าการดื่มสุราเป็นสิ่งไม่น่ากระทำ และกระทำได้ในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นที่มีต่อสภาวะการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในสถาบันการศึกษา

	ไม่มี		มี		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก. สถาบันการศึกษามีกฎข้อบังคับเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด	198	42	183	39	90	19
ข. กฎข้อบังคับมีประสิทธิภาพ (N คือจำนวนคนที่ตอบว่า "มี" ในข้อ ก. = 183)	105	57.5	29	16	49	26.5
ค. สถาบันการศึกษาควรมีโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น	63	13.1	416	86.9	-	-

ความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นที่มีต่อสภาวะการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดในเขตสถาบันการศึกษา มีกลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 39 ตอบว่า สถาบันการศึกษามีกฎข้อบังคับเกี่ยวกับการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด และร้อยละ 16 ของกลุ่มวัยรุ่นที่ตอบว่าสถาบันการศึกษามีกฎข้อบังคับตอบว่ากฎข้อบังคับดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพ และร้อยละ 86.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ตอบว่าสถาบันการศึกษาควรมีโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มวัยรุ่นต่อการดื่มสุราคราวละไม่น้อยกว่า 5 แก้ว ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ดื่มสุรา 5 แก้ว ใน 2 สัปดาห์	ชาย ร้อยละ	(จำนวน)	หญิง ร้อยละ	(จำนวน)	รวม ร้อยละ	(จำนวน)
ไม่เคยเลย	52.1	(N=86)	84.1	(N=280)	73.6	(N=367)
1 ครั้ง	24.2	(N=40)	9.9	(N=33)	14.6	(N=73)
2 ครั้ง	10.3	(N=17)	3.9	(N=13)	6.0	(N=30)
3-5 ครั้ง	8.5	(N=14)	1.2	(N=4)	3.6	(N=18)
6-9 ครั้ง	0.6	(N=1)	0.3	(N=1)	0.4	(N=2)
10 ครั้งหรือมากกว่า	4.2	(N=7)	0.6	(N=2)	1.8	(N=9)
รวม	100.0	(N=165)	100.0	(N=333)	100.0	(N=499)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามีกลุ่มวัยรุ่นชายร้อยละ 47.9 หรือเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มวัยรุ่นชายดื่มสุราคราวละไม่น้อยกว่า 5 แก้ว อย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 24.2 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มวัยรุ่นชายดื่มสุราในปริมาณดังกล่าวอย่างน้อย 2 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มวัยรุ่นหญิงร้อยละ 15.9 ดื่มอย่างน้อย 1 ครั้ง

จากข้อคำถามเกี่ยวกับปริมาณสุราที่กลุ่มวัยรุ่นดื่มในแต่ละสัปดาห์ (ข้อคำถาม 15) กลุ่มวัยรุ่นดื่มเฉลี่ยสัปดาห์ละ 5.4 แก้ว โดยกลุ่มวัยรุ่นชายดื่มเฉลี่ย 6.6 แก้วและกลุ่มวัยรุ่นหญิงดื่มเฉลี่ย 3.5 แก้วต่อสัปดาห์

และข้อคำถามเกี่ยวกับบุคคลที่กลุ่มวัยรุ่นมักร่วมดื่มสุราด้วย (ข้อคำถาม 16) ร้อยละ 92.3 ดื่มกับเพื่อน และที่ตอบว่าดื่มคนเดียวและดื่มกับสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 3.85

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มวัยรุ่นที่เคยใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ จำแนกตามเพศ และอายุเฉลี่ยของกลุ่มวัยรุ่นเมื่อเริ่มใช้สารเสพติด

ชนิดของยาหรือสารเสพติด	ชาย ร้อยละ (จำนวน)	หญิง ร้อยละ (จำนวน)	รวม ร้อยละ (จำนวน)	อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มใช้
บุหรี่[1]	60.5 (N=101)	21.6 (N=72)	34.6 (N=173)	15.23 (พิสัย 6.23)
สุรา[2]	93.4 (N=156)	63.6 (N=211)	73.4 (N=367)	16.42[5] (พิสัย 5.26)
กัญชา[3]	21.7 (N=36)	2.4 (N=8)	8.8 (N=44)	17.3 (พิสัย 9.22)
ยากระตุ้นประสาท	4.2 (N=7)	1.5 (N=5)	2.4 (N=12)	17.78 (พิสัย 17.78)
ยานอนหลับ	9.0 (N=15)	7.8 (N=26)	8.2 (N=41)	17.23 (พิสัย 10.25)
เครื่องดื่มชูกำลัง[4]	65.9 (N=110)	22.5 (N=75)	37 (N=185)	15.0 (พิสัย 5.21)

[1] (Chi - Square = 74.2 ; d.f. = 1 ; p = .000)

[2] (Chi - Square = 50.9 ; d.f. = 1 ; p = .000)

[3] (Chi - Square = 51.2 ; d.f. = 1 ; p = .000)

[4] (Chi - Square = 89.6 ; d.f. = 1 ; p = .000)

[5] (Independent t-test T = 3.5 ; d.f. = 274 ; p = .001)

จากตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่ามีกลุ่มวัยรุ่นที่เคยลองดื่มสุราเป็นจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 73.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยแยกเป็นกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มวัยรุ่นหญิง ที่เคยลองดื่มสุรามากที่สุดคือร้อยละ 93.4 และ 63.6 ตามลำดับ กลุ่มวัยรุ่นเคยลองใช้เครื่องดื่มชูกำลัง และสูบบุหรี่เป็นอันดับรองลงมาคือร้อยละ 37 และ 34.6 ตามลำดับ โดยกลุ่มวัยรุ่นชายลองดื่มสุรา ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มดื่มสุรา และใช้สารเสพติดคือ 16.4 ปี โดยอยู่ระหว่างอายุ 15-18 ปี

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของกลุ่มวัยรุ่นที่ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ

สุรา/สารเสพติด	ไม่ได้ใช้		1 วัน - 9 วัน		10 วัน - ทุกวัน	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
บุหรี่	67.0	96.1	15.0	1.8	18.0	2.1
สุรา	40.0	74.0	51.0	23.1	9.0	3.0
กัญชา	98.8	100.0	0.6	0.0	0.6	0.0
ยานอนหลับ	99.4	98.2	0.0	1.5	0.6	0.3
ยากระตุ้นประสาท	99.4	99.7	0.0	0.3	0.6	0.0
เครื่องดื่มชูกำลัง	78.2	96.7	20.0	3.0	1.8	0.3

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาทั้งกลุ่มวัยรุ่นชายและกลุ่มวัยรุ่นหญิง ดื่มสุรามากกว่าใช้สารเสพติดชนิดอื่น กล่าวคือ กลุ่มวัยรุ่นชายร้อยละ 60 ดื่มสุราอย่างน้อย 1 วัน รองลงมาคือสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 วัน ร้อยละ 33 และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังอย่างน้อย 1 วัน ร้อยละ 21.8 ในทำนองเดียวกันกลุ่มวัยรุ่นหญิงร้อยละ 26.1 ดื่มสุราอย่างน้อย 1 วัน ร้อยละ 3.9 สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 วัน และใช้เครื่องดื่มชูกำลังอย่างน้อย 1 วัน ร้อยละ 3.3

สำหรับสถานที่ที่กลุ่มวัยรุ่นเลือกใช้เป็นที่ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นมีดังนี้ กลุ่มวัยรุ่นดื่มสุราในร้านอาหารมากที่สุด ร้อยละ 45.4 (N=295) รองลงมาคือที่งานสังสรรค์ที่บ้านร้อยละ 33 ที่หอพักสถาบันการศึกษาเอกชนและเวลามีงานในสถาบันการศึกษาในจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 20 และที่หอพักในสถาบันการศึกษาร้อยละ 11.5 กลุ่มวัยรุ่นสูบบุหรี่ในร้านอาหารมากที่สุดเช่นกันคือร้อยละ 58.6 (N=99) รองลงมาคือที่หอพักในสถาบันการศึกษาและหอพักนอกสถาบันการศึกษาในจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 38.4 และ 36.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ร้อยละของประสบการณ์ที่กลุ่มวัยรุ่นประสบภายหลังจากการดื่มสุรา และใช้สารเสพติดชนิดอื่น ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ

ผลที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราหรือใช้ยา		ไม่เคยเกิดขึ้น ร้อยละ	1 ครั้ง ร้อยละ	2 ครั้ง ร้อยละ	3-5 ครั้ง ร้อยละ	6-9 ครั้ง ร้อยละ	10 ครั้งหรือมากกว่า ร้อยละ	รวม
เมาค้าง	ชาย	65.9	11.6	7.3	6.1	3.7	5.5	164
	หญิง	90.3	5.4	2.1	0.9	0.6	0.6	331
	รวม	82.2	7.5	3.8	2.6	1.6	1.6	495
ทำคะแนนหรือทำงานไม่ดี/แย่ลง	ชาย	66.3	9.8	11.7	8.6	1.2	2.5	163
	หญิง	81.9	6.3	5.4	4.2	0.9	1.2	331
	รวม	76.7	7.5	7.5	5.7	1.0	1.6	494
มีปัญหากับตำรวจ หรือ รปภ.แต่ไม่รุนแรง	ชาย	96.6	2.4		0.6			164
	หญิง	98.5	0.9	0.6				331
	รวม	98.0	1.4	0.4	0.2			495
ทำลายข้าวของ	ชาย	95.7	3.7	0.6				163
	หญิง	97.6	0.9	0.6	0.3	0.3	0.3	331
	รวม	97.0	1.8	0.6	0.2	0.2	0.2	494
ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น	ชาย	90.2	5.5	2.5	1.8			163
	หญิง	94.6	3.0	1.8	0.3		0.3	331
	รวม	93.1	3.9	2.0	0.8		0.2	494
คลื่นไส้ อาเจียน	ชาย	59.2	18.3	10.4	9.8	1.2	1.2	164
	หญิง	80.7	11.8	3.3	2.7	0.3	1.2	331
	รวม	73.5	13.9	5.7	5.1	0.6	1.2	495
ขับขี่รถขณะมึนเมา	ชาย	68.3	8.5	4.9	9.2	4.3	4.9	164
	หญิง	95.2	2.4	0.6	1.2		0.6	331
	รวม	86.3	4.4	2.0	3.8	1.4	2.0	495
ขาดเรียนหรือขาดงาน	ชาย	59.8	9.8	9.8	13.4	4.3	3.1	164
	หญิง	78.0	11.5	4.5	4.5	0.3	1.2	331
	รวม	71.9	10.9	6.3	7.5	1.6	1.8	495
ถูกว่ากล่าวจากคนที่รู้จัก	ชาย	70.1	7.9	8.5	6.7	3.1	3.7	164
	หญิง	83.1	9.1	4.5	1.8	0.6	0.9	331
	รวม	78.8	8.7	5.9	3.4	1.4	1.8	495

ผลที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราหรือใช้ยา		ไม่เคยเกิดขึ้น ร้อยละ	1 ครั้ง ร้อยละ	2 ครั้ง ร้อยละ	3-5 ครั้ง ร้อยละ	6-9 ครั้ง ร้อยละ	10 ครั้งหรือมากกว่า ร้อยละ	รวม
คิดว่ามีปัญหาจากการดื่มหรือใช้ยา	ชาย	86.5	4.3	3.7	4.9		0.6	163
	หญิง	95.8	2.4	1.2			0.6	330
	รวม	92.7	3.0	2.0	1.6		0.6	493
ความจำเสื่อม	ชาย	89.0	4.3	3.1	1.2	1.2	1.2	164
	หญิง	95.2	1.8	0.6	1.8		0.6	331
	รวม	93.1	2.6	1.4	1.6	0.4	0.8	495
กระทำในสิ่งที่ทำให้เสียใจ	ชาย	76.1	11.0	8.0	2.5	1.2	1.2	163
	หญิง	82.8	7.3	3.6	3.6	1.2	1.5	331
	รวม	80.6	8.5	5.1	3.2	1.2	1.4	494
ถูกจับ	ชาย	98.8	0.6		0.6			164
	หญิง	100.0						331
	รวม	99.6	0.2		0.2			494
ถูกผู้อื่นลวนลามปลุกปล้ำ	ชาย	99.4	0.6					164
	หญิง	99.7	0.3					331
	รวม	99.6	0.4					495
ลวนลามปลุกปล้ำผู้อื่น	ชาย	98.2		0.6	0.6		0.6	164
	หญิง	99.4		0.3			0.3	331
	รวม	99.0		0.4	0.2		0.4	495
พยายามจะเลิกใช้	ชาย	82.3	3.1	4.3	5.5	1.2	3.7	164
	หญิง	94.5	1.2	1.2	1.2		1.8	329
	รวม	90.5	1.8	2.2	2.6	0.4	2.4	493
มีความคิดฆ่าตัวตาย	ชาย	97.0	1.8	.6	.6			164
	หญิง	97.3	1.8	.3			.6	331
	รวม	97.2	1.8	.4	.2		.4	495
พยายามฆ่าตัวตาย	ชาย	99.4	.6					164
	หญิง	99.7	.3					331
	รวม	99.6	.4					495
ถูกทำร้าย	ชาย	97.6	0.6	1.8				164
	หญิง	99.1	0.9					331
	รวม	98.6	0.8	0.6				495

จากตารางที่ 4.6 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาหลังจากดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดกลุ่มวัยรุ่นเคยมีประสบการณ์ดังในตารางอย่างน้อย 1 ครั้งเป็นลำดับดังนี้คือ พบมากที่สุดคือ ขาดเรียนร้อยละ 28.1 รองลงมาได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ทำคะแนนหรือทำงานแย่ลง ถูกว่ากล่าวจากคนที่รู้จัก และกระทำในสิ่งที่ทำให้เสียใจ ร้อยละ 26.5,23.3,21.2, และ 19.4 ตามลำดับ ซึ่งประสบการณ์หลังจากการใช้สารต่าง ๆ พบในกลุ่มวัยรุ่นชายมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงทุกประสบการณ์ โดยกลุ่มวัยรุ่นชายเคยมีประสบการณ์ดังในตารางอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นลำดับดังนี้คือ พบมากที่สุดคือ คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 41.8 รองลงมาคือ ขาดเรียน เมาค้าง ทำคะแนนหรือทำงานแย่ลง และขับขี่รถขณะมึนเมา ร้อยละ 41.8, 40.2, 34.1, 33.7 และ 31.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประสบการณ์ภายหลังการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นชายกับกลุ่มวัยรุ่นหญิง

ผลของการดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติด	MEAN	STDEV	RANGE	TOTAL N
ประเภทที่สร้างปัญหาไม่รุนแรง				
ชาย	4.15	5.24	0 to 25	494
หญิง	1.73	3.71		
รวม	2.53	4.42		
ประเภทที่สร้างปัญหารุนแรง				
ชาย	1.67	2.64	0 to 16	490
หญิง	0.69	1.77		
รวม	1.01	2.14		
ประเภทที่ทำผิดระเบียบสังคม				
ชาย	1.14	1.93	0 to 10	493
หญิง	0.29	1.05		
รวม	0.57	1.45		

[1](Anova F=35;p=.000)

[2](Anova F=23.6;p=.000)

[3](Anova F=39.4;p=.000)

จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ที่กลุ่มวัยรุ่นประสบภายหลังจากการดื่มสุรา และใช้สารเสพติดชนิดอื่น ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ทำการจำแนกประสบการณ์ออกเป็น 3 ประเภทตามระดับความรุนแรงของประสบการณ์ เพื่อให้มองเห็นภาพความแตกต่างระหว่างประสบการณ์ของกลุ่มวัยรุ่นชายและกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ชัดเจนขึ้นดังนี้

1. ประเภทที่สร้างปัญหาไม่รุนแรง ได้แก่ เมาค้าง คลื่นไส้ อาเจียน ขาดเรียนหรือขาดงาน ถูกว่ากล่าวจากคนที่รู้จัก ความจำเสื่อม กระทำในสิ่งที่ทำให้รู้สึกเสียใจ

2. ประเภทที่สร้างปัญหารุนแรง ได้แก่ ทำคะแนนหรือทำงานไม่ดี/แย่ลง คิดว่ามีปัญหาจากการดื่มหรือการใช้ยา ถูกผู้อื่นลวนลามปลุกปล้ำ พยายามจะเลิกใช้แต่ไม่สำเร็จ มีความคิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย ถูกทำร้าย

3. ประเภทที่กระทำผิดกฎระเบียบของสังคม ได้แก่ มีปัญหากับตำรวจหรือเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ทำลายข้าวของ ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น ขับขี่รถขณะมึนเมา ถูกจับ ลวนลามปลุกปล้ำผู้อื่น

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประสบการณ์ของกลุ่มวัยรุ่นชายกับกลุ่มวัยรุ่นหญิง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้ง 3 ประเภท

และจากการสำรวจพบว่าร้อยละ 45 ของกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยประสบกับเหตุการณ์ประเภทที่ 1 อย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 28.5 เคยประสบ 3 ครั้ง หรือมากกว่า ร้อยละ 30 เคยประสบกับเหตุการณ์ประเภทที่ 2 อย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 13 เคยประสบ 3 ครั้ง หรือมากกว่า และร้อยละ 20 เคยประสบกับเหตุการณ์ประเภทที่ 3 อย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 10 เคยประสบ 3 ครั้งหรือมากกว่า

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มวัยรุ่นที่เคยเกิดปัญหาจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น

ญาติ	จำนวน	ร้อยละ
แม่	26	5.2
พ่อ	168	33.5
ตา, ยาย	19	3.8
ปู่, ย่า	30	6.0
แม่เลี้ยง, พ่อเลี้ยง	2	0.4
ลุง, ป้า, น้า, อา	138	27.5
พี่, น้อง	121	24.2
คู่สมรส	2	0.4
อื่น ๆ	6	1.2
ไม่มี	122	26.6
ไม่ตอบ	42	8.4

จากตารางที่ 4.8 แสดงให้เห็นว่าร้อยละ 65 ของกลุ่มวัยรุ่นตอบว่าสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด (ร้อยละ 26.6 ตอบว่า "ไม่มี" และร้อยละ 8.4 ตอบว่า "ไม่ทราบ") โดยกลุ่มวัยรุ่นระบุว่า "พ่อ" มีปัญหาจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติดมากที่สุด คือร้อยละ 33.5 รองลงมาคือ ลุง ป้า น้า อา ร้อยละ 27.5 และพี่น้อง ร้อยละ 24.2

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของการรับรู้ของกลุ่มวัยรุ่นต่อการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นของกลุ่มวัยรุ่นชายและกลุ่มวัยรุ่นหญิงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่นตามความรับรู้ของกลุ่มวัยรุ่น	ไม่เคยใช้ ร้อยละ	1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ	1-3 ครั้ง/เดือน ร้อยละ	1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ	5 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ	ทุกวัน ร้อยละ
บุหรี่						
ชาย	5.7	4.4	5.6	13.5	9.7	61.1
หญิง	51.0	18.0	12.9	8.9	3.4	5.8
สุรา						
ชาย	2.4	8.9	23.8	36.9	12.5	15.5
หญิง	31.3	32.7	22.1	9.5	2.4	1.6
กัญชา						
ชาย	71.4	12.7	8.3	4.6	1.0	2.0
หญิง	92.5	4.6	1.6	0.6	0.2	0.4
ยากระตุ้นประสาท						
ชาย	79.2	12.3	4.6	2.2	0.6	0.4
หญิง	90.1	6.9	2.0	0.8		0.2
ยานอนหลับ						
ชาย	74.8	13.5	6.9	3.6	0.8	0.4
หญิง	76.6	11.9	8.5	1.4	0.6	1.0
ฝิ่น						
ชาย	88.7	6.9	2.6	1.6		0.2
หญิง	97.8	1.2	0.6	0.2		0.2
เฮโรอีน						
ชาย	93.0	3.6	2.6	0.6		0.2
หญิง	98.2	1.0	0.4	0.2		0.2
เครื่องดื่มชูกำลัง						
ชาย	36.9	14.3	18.8	19.4	3.8	6.8
หญิง	77.4	13.7	6.5	1.8	0.6	

จากตารางที่ 4.9 กลุ่มวัยรุ่นรับรู้ว่าในช่วง 1 ปีการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งกลุ่มวัยรุ่นชายและกลุ่มวัยรุ่นหญิงในสถาบันการศึกษาเคยดื่มสุรามากกว่าใช้สารเสพติดชนิดอื่น คือร้อยละ 97.6 ในกลุ่มวัยรุ่นชาย และร้อยละ 68.7 ในกลุ่มวัยรุ่นหญิง รองลงมาคือ สูบบุหรี่ ร้อยละ 94.3 ในกลุ่มวัยรุ่นชาย และร้อยละ 49 ในกลุ่มวัยรุ่นหญิง โดยกลุ่มวัยรุ่นรับรู้ว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงดื่มสุราและใช้สารเสพติดทุกชนิดน้อยกว่ากลุ่มวัยรุ่นชาย และเมื่อเปรียบเทียบกับการรายงานการดื่มสุราและใช้สารเสพติดชนิดอื่นด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มวัยรุ่นรับรู้ว่าทั้งกลุ่มวัยรุ่นชายและกลุ่มวัยรุ่นหญิงในสถาบันการศึกษาดื่มสุราและใช้สารเสพติดเป็นอัตราที่สูงกว่าที่กลุ่มวัยรุ่นผู้ใช้รายงานด้วยตนเอง สำหรับการสูบฝิ่นและเฮโรอีนพบน้อยมากในกลุ่มตัวอย่างนี้

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการพรรณาการดื่มสุราของกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในสถาบันระดับอุดมศึกษา มีวิธีดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในสถาบันระดับอุดมศึกษาในปี พ.ศ.2536 สุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนตามลำดับขั้น ได้กลุ่มตัวอย่าง 500 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 1-11 สอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ชั้นปีที่ศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม ภูมิลำเนา ที่พักอาศัย เงินสำหรับใช้จ่ายประจำเดือน

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม "Core Alcohol and Drugs Survey" ที่สร้างขึ้นโดย The Fund for the Development of Post Secondary Education, U.S.A. จำนวน 13 ข้อ

การรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือจากสถาบันการศึกษาในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มวัยรุ่น

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป ประสบการณ์และความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

2. เปรียบเทียบความแตกต่างเกี่ยวกับประสบการณ์การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นชายและกลุ่มวัยรุ่นหญิง

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยรุ่นชายร้อยละ 28 และกลุ่มวัยรุ่นหญิง ร้อละ 72 อายุเฉลี่ย 20 ปี เกรดเฉลี่ยสะสม 2.68 มีสถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 98.4 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกร้อยละ 53.2 และไม่ได้พักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองร้อยละ 81.8

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

1. กลุ่มวัยรุ่นมีความคิดเห็นต่อสิ่งที่กระทำได้ในการพบปะสังสรรค์ระหว่างเพื่อนมากที่สุด คือการสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.4 รองลงมาคือ การดื่มสุรา ร้อยละ 55.3 การเสพสารเสพติดชนิดอื่นร้อยละ 1.6

2. กลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 39 ตอบว่าสถาบันการศึกษามีกฎข้อบังคับเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 57.5 ตอบว่ากฎข้อบังคับดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพ กลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 86.9 มีความคิดเห็นว่าสถาบันการศึกษาควรมีโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

3. กลุ่มวัยรุ่นทั้งชายและหญิงเคยลองดื่มสุราเป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.4 โดยกลุ่มวัยรุ่นชายร้อยละ 93.4 และกลุ่มวัยรุ่นหญิงร้อยละ 63.6 เคยลองดื่มสุรา อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นคือ 16.4 ปี

4. กลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 65 รายงานว่าสมาชิกในครอบครัวเคยมีปัญหาจากการดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดชนิดอื่น โดยระบุว่าเป็น "พ่อ" มากที่สุด คือร้อยละ 33.5

5. กลุ่มวัยรุ่นรับรู้ว่าทั้งกลุ่มวัยรุ่นชายและกลุ่มวัยรุ่นหญิงในสถาบันการศึกษาดื่มสุราและใช้สารเสพติดชนิดอื่นในอัตราที่สูงกว่าที่กลุ่มวัยรุ่นผู้ใช้รายงานด้วยตนเอง

6. กลุ่มวัยรุ่นชายลองดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลัง และสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

7. ประสบการณ์ภายหลังการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นระหว่างกลุ่มวัยรุ่นชายกับกลุ่มวัยรุ่นหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งประเภทที่สร้างปัญหาไม่รุนแรง ประเภทที่สร้างปัญหารุนแรง และประเภทที่ทำผิดกฎระเบียบของสังคม โดยกลุ่มวัยรุ่นชายมีประสบการณ์มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิง ทั้ง 3 ประเภท

อภิปรายผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน เป็นกลุ่มวัยรุ่นชาย ร้อยละ 28 กลุ่มวัยรุ่นหญิงร้อยละ 72 โดยมีอายุเฉลี่ย 20 ปี จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า

1. จากการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นที่มีต่อการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ในเวลาที่มีการพบปะสังสรรค์ระหว่างเพื่อน ในตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีความเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่กระทำได้มีจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 80.4 รองลงมาคือ การดื่มสุรา ร้อยละ 55.3 สำหรับการเสพสารเสพติดชนิดอื่น มีร้อยละ 1.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ในระหว่างที่มีการพบปะสังสรรค์ยังเป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้สูง ทั้งนี้เนื่องจากการสูบบุหรี่จะมีผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างก็เพียงการถูกรบกวนจากควันบุหรี่เท่านั้น แต่ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูบหรี่และบุคคลรอบข้างนั้นเป็นผลระยะยาวที่ยังมีการคำนึงถึงน้อย อีกประการหนึ่งสังคมไทยในปัจจุบันกำลังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการรณรงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงค่านิยมเรื่องการสูบบุหรี่ จากรายงานของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ.2537 รายงานว่าแนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลง ส่วนใหญ่เป็นผู้เลิกสูบบุหรี่ที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ส่วนสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2536 รายงานว่าอายุที่เริ่มสูบบุหรี่พบมากที่สุดในช่วงอายุ 15-19 ปี โดยในปีพ.ศ.2531,2534, และ 2536 พบมากถึงร้อยละ 55.2, 55.1 และ 59 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่ากลุ่มวัยรุ่นยังคงเริ่มสูบบุหรี่เป็นจำนวนมากขึ้นกว่าเดิม จึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่าการสูบบุหรี่และการยอมรับบุคคลที่สูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเป็นสิ่งที่จะยังคงปฏิบัติกันอยู่ไม่ได้ลดน้อยถอยลงแต่อย่างใด อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังอาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่รุนแรงขึ้น ดังนั้นการรณรงค์เรื่องการไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ยังต้องดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

สำหรับการดื่มสุราในเวลาที่มีการพบปะสังสรรค์ระหว่างเพื่อนมีกลุ่มวัยรุ่นเห็นว่าเป็นสิ่งที่กระทำได้ร้อยละ 55.3 ซึ่งมีจำนวนที่ใกล้เคียงกันกับกลุ่มวัยรุ่นที่เห็นว่าเป็นสิ่งที่ไม่น่ากระทำได้ ทั้งนี้เพราะภาพลักษณ์ของสังคมโลกและสังคมไทยจะมีความคล้ายกันประการหนึ่งคือ ใช้สุราเป็นเครื่องมือเชื่อมสัมพันธภาพอย่างเป็นสากลการประพฤติปฏิบัติเกี่ยวกับการดื่มสุราของบุคคลในสังคมจะเป็นตัวแบบที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้พฤติกรรมทางสังคมของกลุ่มวัยรุ่นที่จะจดจำและเลียนแบบ (Bandura. 1977) แต่ผลกระทบของการดื่มสุราที่เกิดขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งของตนเองและผู้อื่นมีปรากฏให้เห็นเสมอ เช่น การก่อเหตุอาชญากรรม การทำร้ายร่างกายบุคคลในครอบครัว การทารุณกรรมเด็ก อุบัติเหตุทางรถยนต์ ดังที่ไพฑูรย์ หลิมรัตน์ พล.ต.ต. และคณะ (2529) พบว่าผู้ประสบอุบัติเหตุมีแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นจำนวนถึงร้อยละ 91 และจากที่ปรากฏเป็นข่าวในหนังสือพิมพ์อยู่เนือง ๆ ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่ดื่มสุรา สภาพการณ์ดังกล่าวจึงเป็นการยากที่กลุ่มวัยรุ่นจะแยกแยะและตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุราได้อย่างถ่องแท้

ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในเวลาที่มีการพบปะสังสรรค์เป็นสิ่งที่กระทำได้มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 1.6 อธิบายได้ว่าสังคมโดยทั่วไปไม่ยอมรับการใช้สารเสพติด เนื่องจากสารเสพติดส่วนใหญ่จะทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตและสังคมอย่างรวดเร็วและเห็นได้ชัด มีการรณรงค์ให้เห็นโทษของสารเสพติดมากขึ้น รัฐบาลมีนโยบายการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดชัดเจนตลอดจนมีกฎหมายลงโทษทั้งผู้เสพและผู้ค้ายาเสพติด ซึ่งหากพิจารณากันอย่างแท้จริงแล้วไม่ควรมีผู้เห็นว่าการใช้สารเสพติดเป็นสิ่งที่กระทำได้เลย แต่เนื่องจากคณะผู้วิจัยได้จัดให้สารเสพติดที่นอกเหนือจากสุรา และบุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดอื่น ดังนั้นสารเสพติดชนิดอื่นจึงมีทั้งประเภทสารเสพติดชนิดร้ายแรง โดยเฉพาะเครื่องดื่มชูกำลังซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่มีจำหน่ายทั่วไปโดย

ไม่ผิดกฎหมาย จึงพบว่ามีกลุ่มวัยรุ่นจำนวนหนึ่งตอบว่าการใช้สารเสพติดชนิดอื่นเป็นสิ่งที่กระทำได้ และมีกลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 37 (ตารางที่ 4.4) ตอบว่าเคยลองใช้เครื่องดื่มชูกำลัง

2. จากตารางที่ 4.3,4.4,4.5 กลุ่มวัยรุ่นเคยลองดื่มสุราเป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.4 โดยกลุ่มวัยรุ่นชายมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่สูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิง กล่าวคือ กลุ่มวัยรุ่นชายร้อยละ 93.4 เคยลองดื่มสุรา ร้อยละ 60 การดื่มสุราอย่างน้อย 1 วันใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนตอบแบบสอบถาม กลุ่มวัยรุ่นชายร้อยละ 47.9 ดื่มสุราคราวละไม่น้อยกว่า 5 แก้ว 1 ครั้ง และร้อยละ 4.2 ดื่มสุราคราวละไม่น้อยกว่า 5 แก้ว มากกว่า 10 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มวัยรุ่นหญิงร้อยละ 63.6 เคยลองดื่มสุรา ร้อยละ 26.1 ดื่มสุราอย่างน้อย 1 วัน ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนตอบแบบสอบถามกลุ่มวัยรุ่นหญิงร้อยละ 15.9 ดื่มสุราคราวละอย่างน้อย 5 แก้ว 1 ครั้ง และร้อยละ 0.6 ดื่มสุรา คราวละอย่างน้อย 5 แก้ว มากกว่า 10 ครั้ง แสดงให้เห็นว่ามีการดื่มสุราโดยทั่วไปในหมู่กลุ่มวัยรุ่นชาย จากการสำรวจพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มวัยรุ่นชายดื่มสุราในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 ครั้ง นั่นก็หมายความว่า กลุ่มวัยรุ่นชายเกือบครึ่งหนึ่งมีรอกาสดื่มสุราต่อไป เพราะการดื่มสุราจะทำให้ผู้ดื่มได้รับความพึงพอใจและจะดื่มมากขึ้น ๆ จากรายงานของไพฑูรย์ หลิมรัตน์ พล.ต.ต.และคณะ (2529) รายงานว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัว 45-60 กิโลกรัม เมื่อดื่มสุรา 6 แก้ว (1 แก้วสุรา แม่โขง 30 มิลลิลิตร) จะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงมากกว่า 80 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ ซึ่งเป็นปริมาณที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท สูญเสียการควบคุมตนเอง และเป็นระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่กฎหมายประเทศต่าง ๆ ใช้บังคับห้ามขับขี่ยวดยานต์ นอกจากนี้บุคคลที่กลุ่มวัยรุ่นมักร่วมดื่มด้วยคือเพื่อน มีจำนวนถึงร้อยละ 92.3 และสถานที่ที่ใช้เป็นที่ดื่มสุรา ร้อยละ

45.4 ดื่มสุราในร้านอาหาร ที่หอพักเอกชนและเวลามีงานในสถาบันการศึกษา ในจำนวนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 20 ที่หอพักในสถาบันการศึกษาร้อยละ 11.5 จึงเป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรม และการใช้ชีวิตในสถาบันการศึกษาของกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นชายที่อาจนำไปสู่ความเสียหายต่อการศึกษาอนาคตของกลุ่มวัยรุ่นเองและของสังคม

จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด สะท้อนให้เห็นภาพการดื่มสุราในหมู่กลุ่มวัยรุ่นชายหญิงที่ยังคงมีอยู่ทั่วไป แม้ว่าทางสถาบันการศึกษาจะมีกฎข้อบังคับเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด แต่กลุ่มวัยรุ่นที่รับรู้ว่ามีกฎข้อบังคับมีจำนวนร้อยละ 39 คือ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น และในจำนวนนี้กลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 16 เห็นว่ากฎข้อบังคับไม่มีประสิทธิภาพ แสดงว่าการมีกฎข้อบังคับอย่างเดียวไม่เพียงพอ กลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 86.9 จึงมีความเห็นว่าควรจะมีการจัดโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด (ตารางที่ 4.1) แสดงว่ากลุ่มวัยรุ่นเองก็มีวุฒิภาวะที่สูงพอที่จะประเมินได้ว่าการดื่มสุราไม่เป็นผลดี จึงได้สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการให้สถาบันการศึกษาดำเนินการป้องกันปัญหา

3. จากตารางที่ 4.6 และ 4.7 การสอบถามประสบการณ์ที่กลุ่มวัยรุ่นประสบภายหลังการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ทั้ง 3 ประเภท คือ ประเภทที่สร้างปัญหาไม่รุนแรง ประเภทที่สร้างปัญหารุนแรง และประเภทที่ทำผิดกฎระเบียบของสังคม พบว่ากลุ่มวัยรุ่นชายเคยมีประสบการณ์ทั้ง 3 ประเภทมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มวัยรุ่นชายมีประสบการณ์ประเภทที่สร้างปัญหาไม่รุนแรง คือ คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 41.8 รองลงมาคือ ขาดเรียน เมาค้าง ร้อยละ 40.2 และ 34.1 ตามลำดับ ประเภทที่สร้างปัญหารุนแรง คือ ทำคะแนนหรือทำงานแย่ลง ร้อยละ 33.7 และประเภทที่ทำผิดกฎระเบียบของสังคม คือขับขี่รถขณะมึนเมา

ร้อยละ 31.7 นอกจากนี้ในตารางที่ 4.9 กลุ่มวัยรุ่นรับรู้ว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มวัยรุ่นชายหญิงของสถาบันการศึกษาเคยดื่มสุราร้อยละ 97.6 ในกลุ่มวัยรุ่นชาย และร้อยละ 68.7 ในกลุ่มวัยรุ่นหญิง ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าที่กลุ่มวัยรุ่นชายหญิงรายงานด้วยตนเอง จึงเป็นการสนับสนุนการอภิปรายที่ผ่านมาว่ากลุ่มกลุ่มวัยรุ่นชายมีแนวโน้มที่จะได้รับอันตรายจากการดื่มสุราและนำไปสู่การติดสุราในอนาคตได้

4. จากตารางที่ 4.8 กลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 65 รายงานว่าสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติดชนิดอื่น ผู้ที่มีปัญหามากที่สุดคือ พ่อ ร้อยละ 33.5 รองลงมาคือ ลุง ป้า น้า อา ร้อยละ 27.5 และพี่น้อง ร้อยละ 24.2 จะเห็นได้ว่ามีกลุ่มวัยรุ่นเป็นจำนวนมากที่รายงานว่ามีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นบุคคลใกล้ชิดมีปัญหาจากการดื่มสุรา และใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่า พ่อ ซึ่งเป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้เลี้ยงดูบุตร เป็นต้นแบบพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุตร และรับผิดชอบความเป็นอยู่ของครอบครัว เป็นผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติดเป็นจำนวนมากที่สุด ไรดีลินส์ (Rydelines. 1981 ใน U.S.Department of Health and Human Services. 1990) พบว่าในครอบครัวที่ผู้นำครอบครัวติดสุราจะทำให้บุตรมีปัญหาด้านสุขภาพ ด้านการเรียน และด้านสังคม และในอนาคตบุตรชายจะกลายเป็นผู้ติดสุรา ติดสารเสพติด มีปัญหาสุขภาพจิต และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมมากกว่าบุตรหญิง และเวอร์เนอร์ (Werner. 1986 ใน U.S. Department of Health and Human Services. 1990) พบว่าเด็กที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ดื่มสุรา ร้อยละ 41 เมื่ออายุได้ 18 ปี จะสร้างปัญหารุนแรงที่บ้าน ที่โรงเรียน และที่ทำงาน ดังนั้นจากข้อค้นพบดังกล่าวจะพบว่ามีกลุ่มวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่มีแนวโน้มรับผลกระทบดังกล่าว

จากการวิจัยนี้พบข้อค้นพบที่เด่นชัด คือ มีการดื่มสุรากันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นชายในสถาบันระดับอุดมศึกษา ในปริมาณที่มีแนวโน้มว่า

จะเกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ประสบการณ์ภายหลังการดื่มสุราก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและสังคมอย่างเห็นได้ชัด สมาชิกในครอบครัวที่เป็นบุคคลใกล้ชิดกับนักศึกษาส่วนใหญ่มีปัญหาจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติด ดังนั้น สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปของกลุ่มวัยรุ่นนั้น ภาพของการดื่มสุราถือเป็นเรื่องปกติของชีวิตประจำวันที่จะพบเห็นได้ทั้งในและนอกสถาบันการศึกษา จึงเป็นการสมควรที่สถาบันการศึกษาจะร่วมชี้นำสังคมในการหาแนวทางป้องกันมิให้กลุ่มวัยรุ่นหันไปพึ่งพาสุราและสารเสพติดชนิดอื่น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นชาย สำหรับกลุ่มวัยรุ่นหญิงนั้น แม้ว่าจะมีจำนวนน้อยที่ดื่มสุรา แต่ก็เป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจและตระหนักถึงปัญหาที่ตามมาจากการดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การถูกล่วงเกินทางเพศจากภาวะที่ขาดสติ อันจะนำไปสู่การติดเชื้อเอดส์และการตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการได้และข้อค้นพบที่น่าให้ความสนใจอีกประการหนึ่งคือ การสูบบุหรี่มีการยอมรับการสูบบุหรี่ในอัตราที่สูงมาก และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่าการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นไม่มีแนวโน้มลดลง แม้ว่าจะมีการรณรงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงค่านิยมเรื่องการสูบบุหรี่กันอย่างกว้างขวาง มีการออกกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ในที่ทำงานและในโรงเรียน คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่าถึงเวลาแล้วจริง ๆ ที่ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องจะร่วมกันชี้นำสังคมในการหาแนวทางป้องกันมิให้กลุ่มวัยรุ่นหันไปพึ่งพาสุรา บุหรี่ และสารเสพติดชนิดอื่นและควรจะให้ความสนใจเป็นพิเศษกับกลุ่มวัยรุ่นชาย

ข้อเสนอแนะ

คณะผู้วิจัยขอเสนอแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. จัดโครงการรณรงค์ป้องกันการดื่มสุรา และใช้สารเสพติดในสถาบันการศึกษาในบริเวณที่เป็นแหล่งพบปะของกลุ่มวัยรุ่น เช่น โรงอาหาร หอพัก ตึกเรียน เป็นต้น

2. สร้างบรรยากาศในสถาบันการศึกษาให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์ เช่น สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ สนามกีฬา สถานที่จัดกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ

3. จัดบริการการปรึกษาสำหรับกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาครอบครัวและปัญหาสังคม

4. เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการไม่บริโภคสุรา และสารเสพติดชนิดอื่น

บรรณานุกรม

Bandura, Albert. Social Learning Theory. New Jersey : Prentice Hall, 1977.

Berry, M.S. and Pentreath, V.W. "The Neurophysiology of Alcohol," Psychopharmacology of Alcohol. 1980 : 43-72

Bowman, W.C. and Ranel, M.J. Textbook of Pharmacology. second Edition, Blackwell Scientific, 8.12-8.13.

Chitanondh, Hatai. Tobacco Use : An Update - April 1991. National Committee for Control of Tobacco Use Office for Tobacco Consumption Control, Bangkok : The Ministry of Public Health, 1991.

Goode, Erich. Drugs in American Society. Fouth edition, New York : Mc Graw-Hill, 1993.

Goodman, L.S, abd Guknabm. S. The Pharmacological Basic of Therapeutic. Seventh deition, New York : Macmillian, 1985.

Graewohl, R.B.H. The Alcohol, CH. 38, Gradwohl's Legal Medicine. Third Edition, Bristol : John Waight and Sons, 1976.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานสถิติวิเคราะห์ : ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2535. ม.ป.ท., ม.ป.ป.

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ. สรุปรายงานสถิติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2536.

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ และโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน. สรุปสถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย. ม.ป.ท. 30 กรกฎาคม 2537.

จินดา รสมนัส, นายแพทย์. แนวทางบำบัดรักษาผู้ติดสุรา โรงพยาบาลนิติจิตเวช. : โรงพยาบาลนิติจิตเวช ม.ป.ป.

จำเนียร น้อยท่าช้าง. การดำเนินโครงการร่วมมือศึกษาการป้องกันการใช้ยาในทางที่ผิดในโรงเรียนมัธยมศึกษา. กรุงเทพฯ : ฝ่ายวิจัยและพัฒนาหน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา, 2535.

ชามี อัฐกิจ และรพีพรรณ วังชุมทอง. "เสพติดมหาภัย." กรุงเทพฯ : ขาวประเสริฐ, 2534.

นันทนา ทองระอา, ร้อยตำรวจโทหญิง. "การศึกษาความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรบนถนนในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง." ปริญญานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเภสัชวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

พิษวิทยาแห่งประเทศไทย, สมาคม. การประชุมวิชาการและประชุมใหญ่ครั้งที่ 3 เรื่องพิษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ : สมาคมพิษวิทยาแห่งประเทศไทย, 2529.

ไพฑูรย์ หลิมรัตน์, พลตำรวจตรีและคณะ. "โครงการย่อยที่ 1 : การหาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ประสบอุบัติเหตุ (ไทย) จากการจราจรทางบกในเขตกรุงเทพมหานคร." โครงการศึกษาเรื่องผลของแอลกอฮอล์ต่อผู้ขับขี่ในประเทศไทย สถาบันนิติเวชวิทยา สำนักงานแพทย์ใหญ่ กรมตำรวจ, 2529.

ไพฑูรย์ หลิมรัตน์, พลตำรวจตรีและคณะ. "โครงการย่อยที่ 5 : การหาระดับต่ำสุดของแอลกอฮอล์ในเลือดของคนไทยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะประสาท." โครงการศึกษาเรื่องผลของแอลกอฮอล์ต่อผู้ขับขี่ในประเทศไทย สถาบันนิติเวชวิทยา สำนักงานแพทย์ใหญ่ กรมตำรวจ, 2529.

มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม, สำนักงาน. มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม สุรา. มอก. 39-2516 UCD 663.81 สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม, มอก. 39-2516.

วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. "MAST : เครื่องมือในการตรวจหาโรคพิษสุรา" วารสารสมาคมจิตแพทย์. ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2531 : 47-53.

วิทย์ เที่ยงบรณธรรม. ตำรายาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : รอเดียนสโตร์, 2531.

วิภา ด่านธำรงกูล. การดื่มสุราและใช้สารเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง กรุงเทพมหานคร : 2535. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคมและสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

สมจิต ภาติกรและคณะ. "มูลเหตุจูงใจเสพสารให้โทษ และสารเสพติดของเด็กชายวันรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่." เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.

สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, บรรณาธิการ. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว, 2533.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, รายงานการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในประเทศไทย ประจำปี 2534. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, ตุลาคม 2535.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปรายงานสถิติที่สำคัญและสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พ.ศ.2536. ม.ป.ท., ม.ป.ป.

สุชาดา สาครเสถียร, วันชัย ไชยสิทธิ์ และพิมลพรรณ สุวรรณรถง, (แปลและเรียบเรียง). โครงการระดับโลกในระยะกลาง โครงการที่ 10 : การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : กองสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.

สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2532.

ศรีนวล รักมลวนิช. เส้นผมบังภูเขา : ปัจจัยเกื้อหนุนปัญหายาเสพติดจากชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ : หน่วยศึกษานิเทศก์ กระทรวงศึกษาธิการ, 2527.

อัมพร รอตระกูล และคณะ. "การตรวจแยกผู้ติดสุราในพนักงานขับรถประจำทางเขตกรุงเทพมหานคร" วารสารสมาคมจิตแพทย์. ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2531 : 55-59.

อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. การดื่มสุราและทัศนคติต่อการดื่ม : ผลการสำรวจชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร "ชุมชนคลองเตย." กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคมและสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย, 2537.

อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. การผลิตและดื่มสุราในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคมและสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย, 2537.

ภาคผนวก

คณะผู้วิจัย

1. ศาสตราจารย์ ดร.โรซาลี แคฟฟรีย์
ศาสตราจารย์ประจำ Oregon Health Sciences University
มลรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา

2. นางสาวสายใจ พัวพันธ์
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

3. นางกุณฑลี จริยาบยุกต์เลิศ
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. นายพอล แคฟฟรีย์
ผู้เชี่ยวชาญทางด้านครอบครัวบำบัดและการบำบัดผู้ติดสุรา
มลรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา

แบบสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในกลุ่มวัยรุ่น

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามมี 12 หน้า หากขาดหน้าใดหน้าหนึ่งขอให้เปลี่ยนชุดใหม่

2. กรุณาตอบทุกข้อ

3. โปรดทำเครื่องหมาย / ลงหน้าข้อที่ท่านเลือก

<u>ตอนที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

..... 1 ชาย

..... 2 หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. เชื้อชาติ

..... 1 ไทย

..... 2 จีน

..... 3 ไทย-จีน

..... 4 อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

..... 1 โสด

..... 2 คู่

..... 3 หย่า/แยก

..... 4 หม้าย

5. ชั้นปีที่กำลังศึกษา

..... 1 ปีที่ 1

..... 2 ปีที่ 2

..... 3 ปีที่ 3

..... 4 ปีที่ 4

..... 5 นิสิตภาคสมทบปีที่ 1

..... 6 นิสิตภาคสมทบปีที่ 2

6. เกรดเฉลี่ยสะสมที่ท่านได้รับคือ .....

7. ภูมิลำเนาของท่านอยู่ที่ใด

..... 1 ภาคตะวันออก

..... 2 ภาคเหนือ

..... 3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

..... 4 ภาคใต้

..... 5 ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพฯ)

..... 6 กรุงเทพฯ

..... 7 อื่น ๆ ระบุ.....

8. ขณะที่ท่านศึกษาอยู่นี้ท่านพักอยู่ที่ใด (เลือกข้อเดียว)

..... 1 บ้านตนเอง

..... 2 บ้านเช่า/ห้องเช่า

..... 3 หอพักเอกชน

..... 4 หอพักในสถาบันการศึกษา

..... 5 อื่น ๆ ระบุ.....

9. ท่านพักอยู่กับใครบ้างในที่พักดังกล่าว (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

..... 1 เพื่อน

..... 2 พักคนเดียว

..... 3 พ่อ-แม่

..... 4 คู่สมรส

..... 5 บุตร

..... 6 อื่น ๆ ระบุ.....

10. ท่านต้องทำงานระหว่างการศึกษาด้วยหรือไม่

..... 1 ทำ เต็มเวลา

..... 2 ทำ บางเวลาหรือเฉพาะเวลาว่าง

..... 3 ไม่ทำ

11. ท่านได้รับเงินสำหรับค่าใช้จ่ายส่วนตัวเดือนละเท่าไร (ไม่รวมค่าเช่าที่พัก, ค่าหน่วยกิต, ค่าบำรุงต่าง ๆ และค่าเอกสาร).....บาท

ตอนที่ 2

12. กลุ่มวัยรุ่นบางคนคิดว่าการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดบางอย่าง ในเวลาที่มีการพบปะสังสรรค์กันระหว่างเพื่อนฝูงเป็นสิ่งที่ทำได้ แต่บางคนก็คิดว่าไม่น่ากระทำ สำหรับท่านมีความคิดเห็นอย่างไร

บุหรี่	 0	ไม่น่าสูบ	 1	สูบได้
สุรา	 0	ไม่น่าดื่ม	 1	ดื่มได้
ยา/สารเสพติดอื่น ๆ	 0	ไม่น่าใช้	 1	ใช้ได้

13. สภาวะการดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดในเขตสถาบันการศึกษาในขณะนี้เป็นอย่างไร

	ไม่มี	มี	ไม่ทราบ
ก. มีกฎข้อบังคับเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดหรือไม่ (ถ้าตอบไม่มี ข้ามไปตอบข้อ ค.)			
ข. ถ้ามี กฎข้อบังคับดังกล่าวมีประสิทธิภาพหรือไม่			
ค. ท่านคิดว่าสถาบันการศึกษาควรจะมีโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดหรือไม่			

14. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านได้ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ คราวละไม่น้อยกว่า 5 แก้วบ่อยแค่ไหน (1 แก้ว หมายถึง เบียร์ 1 ขวดเล็ก หรือ 1 แก้ว หรือไวน์ 1 แก้วหรือไวน์คูลเลอร์ 1 ขวดเล็ก หรือเหล้าผสม 1 แก้ว)

..... 0 ไม่เคยเลย

..... 1 1 ครั้ง

..... 2 2 ครั้ง

..... 3 3-5 ครั้ง

..... 4 6-9 ครั้ง

..... 5 10 ครั้งหรือมากกว่า

* ถ้าตอบ <u>ไม่เคยเลย</u> ข้ามไปตอบข้อ 17 *

15. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์อาทิตย์ละกี่แก้ว (ให้ความหมายบริมาณ 1 แก้วเช่นเดียวกับข้อ 14)

..... แก้ว

16. เวลาท่านดื่ม ท่านมักดื่มกับใคร

..... 1 ดื่มคนเดียว

..... 2 ดื่มกับเพื่อนฝูง

..... 3 ดื่มกับสมาชิกในครอบครัว

17. ท่านเคยลองใช้สิ่งต่อไปนี้หรือไม่ ถ้าเคย ท่านเริ่มลองใช้เมื่ออายุเท่าใด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ ตามความเป็นจริง)

	ไม่เคย	เคย	เมื่ออายุ (ระบุ)
ก. บุหรี่	.....	.....	.....
ข. แอลกอฮอล์ (สุรา, เบียร์, ไวน์, เหล้าแห้ง)	.....	.....	.....
ค. กัญชา	.....	.....	.....
ง. โคเคน	.....	.....	.....
จ. ยากระตุ้นประสาท (แอมเฟตตามีน)	.....	.....	.....
ฉ. ยานอนหลับ	.....	.....	.....
ช. ยาหลอนประสาท เช่น LSD	.....	.....	.....
ซ. ผิ่น	.....	.....	.....
ฌ. เฮโรอีน	.....	.....	.....
ญ. มอร์ฟีน	.....	.....	.....
ฎ. สเตอรอยด์	.....	.....	.....
ฏ. ยาแก้ปวด เช่น ทัมใจ	.....	.....	.....
ฑ. เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ ฉลาม (ไม่รวมกาแฟ, ชา)	.....	.....	.....

18. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้ใช้สิ่งเหล่านี้บ่อยแค่ไหน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ ตามความเป็นจริงและในแต่ละข้อที่เลือก ให้เลือกได้เพียง 1 คำตอบ)

	ไม่เคยเลย	1 ครั้ง/ปี	6 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/เดือน	2 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง/สัปดาห์	3 ครั้ง/สัปดาห์	5 ครั้ง/สัปดาห์	ทุกวัน
ก. บุหรี่.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ข. แอลกอฮอล์ (สุรา,เบียร์,.... ไวน์,เหล้าแห้ง)	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ค. กัญชา.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ง. โคเคน.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
จ. ยากระตุ้นประสาท..... (แอมเฟตตามีน)	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฉ. ยานอนหลับ.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ช. ยาหลอนประสาท เช่น LSD..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ซ. ผิ่น.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฌ. เฮโรอีน.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ญ. มอร์ฟีน.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฎ. สเตอรอยด์.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฏ. ยาแก้ปวด เช่น ทัมใจ.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฑ. เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น..... กระทิงแดง ลิโพ ฉลาม (ไม่รวมกาแฟ, ชา)	..	..	..	..	..	..	..	..	..

19. ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านใช้สิ่งเหล่านี้บ่อยแค่ไหน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ หรือตามความเป็นจริง และในแต่ละข้อที่เลือก ให้เลือกได้เพียง 1 คำตอบ)

	ไม่เคย	1 - 2 ครั้ง	3 - 5 ครั้ง	6 - 9 ครั้ง	10 - 19 ครั้ง	20 - 29 ครั้ง	มากกว่า
ก. บุหรี่	..	..	..	..	..	..	..
ข. แอลกอฮอล์ (สุรา, เบียร์, ไวน์, เหล้าแห้ง)	..	..	..	..	..	..	..
ค. กัญชา	..	..	..	..	..	..	..
ง. โคเคน	..	..	..	..	..	..	..
จ. ยากระตุ้นประสาท (แอมเฟตตามีน)	..	..	..	..	..	..	..
ฉ. ยานอนหลับ	..	..	..	..	..	..	..
ช. ยาหลอนประสาท เช่น LSD	..	..	..	..	..	..	..
ซ. ฝิ่น	..	..	..	..	..	..	..
ฌ. เฮโรอีน	..	..	..	..	..	..	..
ญ. มอร์ฟีน	..	..	..	..	..	..	..
ฎ. สเตอรอยด์	..	..	..	..	..	..	..
ฏ. ยาแก้ปวด เช่น ทัมใจ	..	..	..	..	..	..	..
ฑ. เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ ฉลาม (ไม่รวมกาแฟ, ชา)	..	..	..	..	..	..	..

20. ท่านใช้สิ่งเหล่านี้ที่ใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ หรือตามความจริง และในแต่ละข้อที่เลือก ก็สามารถเลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ ตามความเป็นจริง)

	ทุกแห่ง	ในสถานบริการกลางคืน	ในสถานบริการกลางวัน	ในสถานบริการทั้งกลางวันและกลางคืน	ที่บ้าน/ที่พักอาศัย	ในสถานศึกษา	ในที่ทำงานปัจจุบัน	ในที่ทำงานอดีต	ในที่อื่นๆ (ระบุ)	ไม่ตอบ
ก. บุหรี่	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ข. แอลกอฮอล์ (สุรา, เบียร์, ไวน์, เหล้าแห้ง)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ค. กัญชา	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ง. โคเคน	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
จ. ยากระตุ้นประสาท (แอมเฟตตามีน)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฉ. ยานอนหลับ	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ช. ยาหลอนประสาท เช่น LSD	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ซ. ฝิ่น	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฌ. เฮโรอีน	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ญ. มอร์ฟีน	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฎ. สเตอรอยด์	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฏ. ยาแก้ปวด เช่น ทัมใจ	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฑ. เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ ฉลาม (ไม่รวมกาแฟ, ชา)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

21. ในรอบปีที่ผ่านมาหลังจากใช้สิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวในข้อ 17 ท่านเคยมีประสบการณ์ต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ หรือตามความเป็นจริง และในแต่ละข้อที่เลือก ให้เลือกเพียง 1 คำตอบ)

	ไม่เคยเลย	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 - 5 ครั้ง	6 - 9 ครั้ง	10 ครั้งขึ้นไป
1. เมาค้าง	..	..	..	..	..	..
2. ทำคะแนนหรือทำงานไม่ดี/แย่ลง	..	..	..	..	..	..
3. มีปัญหากับตำรวจหรือเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในสถาบันการศึกษาแต่ไม่รุนแรง	..	..	..	..	..	..
4. ทำลายข้าวของ	..	..	..	..	..	..
5. ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น	..	..	..	..	..	..
6. คลื่นไส้ อาเจียน	..	..	..	..	..	..
7. ขับรถ ขี่มอเตอร์ไซด์ขณะที่มึนเมาหรืออยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งเหล่านี้	..	..	..	..	..	..
8. ขาดเรียนหรือขาดงาน	..	..	..	..	..	..
9. ถูกว่ากล่าวจากคนรู้จัก	..	..	..	..	..	..
10. คิดว่าอาจมีปัญหาจากการดื่มหรือการใช้ยา	..	..	..	..	..	..
11. ความจำเสื่อม	..	..	..	..	..	..
12. กระทำในสิ่งที่ทำให้รู้สึกเสียใจ	..	..	..	..	..	..
13. ถูกจับ	..	..	..	..	..	..
14. ลวนลามปลุกปล้ำผู้อื่น	..	..	..	..	..	..

	ไม่เคยเกิดขึ้น	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 - 5 ครั้ง	6 - 9 ครั้ง	10 ครั้งขึ้นไป
15. ถูกผู้อื่นลวนลามปลุกปล้ำ.....	..	..	..	..	..	..
16. พยายามจะเลิกใช้สิ่งเหล่านี้แต่..... ไม่สำเร็จ	..	..	..	..	..	..
17. มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย.....	..	..	..	..	..	..
18. พยายามฆ่าตัวตาย.....	..	..	..	..	..	..
19. ถูกทำร้าย.....	..	..	..	..	..	..

22. สมาชิกในครอบครัวของท่านดังจะกล่าวต่อไปนี้ มีใครบ้างที่เคยเกิดปัญหาจากการดื่มสุราหรือการใช้ยา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

..... 1 แม่

..... 2 พ่อ

..... 3 ตา ,ยาย

..... 4 ปู่, ย่า

..... 5 แม่เลี้ยง

..... 6 พ่อเลี้ยง

..... 7 ลุง , ป้า , น้า , อา

..... 8 พี่น้องของท่าน

..... 9 คู่สมรส

..... 10 บุตรของท่าน

..... 11 อื่น ๆ ระบุ.....

..... 12 ไม่มี

23. ท่านคิดว่ากลุ่มวัยรุ่นชายใช้สิ่งเหล่านี้บ่อยแค่ไหน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ หรือตามความเป็นจริง และในแต่ละข้อที่เลือกให้เลือกเพียง 1 คำตอบ)

	ไม่เคยเลย	นานๆครั้ง	1 ครั้ง/เดือน	2 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง/สัปดาห์	3 ครั้ง/สัปดาห์	5 ครั้ง/สัปดาห์	1 ครั้ง/วัน
ก. บุหรี่	..	..	..	..	..	..	..	..
ข. แอลกอฮอล์ (สุรา, เบียร์, ไวน์, เหล้าแห้ง)	..	..	..	..	..	..	..	..
ค. กัญชา	..	..	..	..	..	..	..	..
ง. โคเคน	..	..	..	..	..	..	..	..
จ. ยากระตุ้นประสาท (แอมเฟตตามีน)	..	..	..	..	..	..	..	..
ฉ. ยานอนหลับ	..	..	..	..	..	..	..	..
ช. ยาหลอนประสาท เช่น LSD	..	..	..	..	..	..	..	..
ซ. ผิ่น	..	..	..	..	..	..	..	..
ฌ. เฮโรอีน	..	..	..	..	..	..	..	..
ญ. มอร์ฟีน	..	..	..	..	..	..	..	..
ฎ. สเตอรอยด์	..	..	..	..	..	..	..	..
ฏ. ยาแก้ปวด เช่น ทัมใจ	..	..	..	..	..	..	..	..
ฑ. เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ ฉลาม (ไม่รวมกาแฟ, ชา)	..	..	..	..	..	..	..	..

24. ท่านคิดว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงใช้สิ่งเหล่านี้บ่อยแค่ไหน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ หรือตามความเป็นจริง และในแต่ละข้อที่เลือกให้เลือกเพียง 1 คำตอบ)

	ไม่เคย	1 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/เดือน	2 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง/สัปดาห์	2 ครั้ง/สัปดาห์	5 ครั้ง/สัปดาห์	ทุกวัน
ก. บุหรี่.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ข. แอลกอฮอล์ (สุรา, เบียร์,... ไวน์, เหล้าแห้ง)	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ค. กัญชา.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ง. โคเคน.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
จ. ยากระตุ้นประสาท..... (แอมเฟตตามีน)	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฉ. ยานอนหลับ.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ช. ยาหลอนประสาท เช่น LSD..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ซ. ฝิ่น.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฌ. เฮโรอีน.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ญ. มอร์ฟีน.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฎ. สเตอรอยด์.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฏ. ยาแก้ปวด เช่น ทัมใจ.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ฑ. เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น..... กระทิงแดง ลิโพ ฉลาม (ไม่รวมกาแฟ, ชา)	..	..	..	..	..	..	..	..	..