

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและรายงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. คุณสมบัตินิสัยและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 แนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพ จะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งรูปธรรม และนามธรรมที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้ เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและ การกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือคำพูดแสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่า มีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม มาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (กองสุขศึกษา, 2542)

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบ โครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลคือ

- ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
- โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม
- ความรู้
- องค์ประกอบด้านประชาชน

โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 จะนำทฤษฎี จิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสาขาอื่น ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม และพยายามหาทางแก้ปัญหาโดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยกัน

1.2 แนวคิดการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลแบบ PRECEDE Framework

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการ PRECEDE Framework ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำขั้นตอนนี้มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยได้เลือกศึกษาเฉพาะบางตัวแปรในแต่ละกลุ่มปัจจัย ตามที่ผู้ศึกษาได้มีการทบทวนวรรณกรรม และคาดว่าปัจจัยนั้นจะมีผลต่อตัวแปรตามที่ทำการศึกษา

แนวคิด PRECEDE Framework เป็นกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคล และภายนอกบุคคล ของกรีน และคณะ PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing,

Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษามีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้น จะต้องมีกระบวนการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 7 ขั้นตอน (กองสุขศึกษา, 2542)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1: Social Diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์โดยการประเมิน สิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภค สิ่งที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Phase 3: Behavioral Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษา จะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

4.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผน โครงการทางสุขภาพด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้าที่ออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิด ร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ หมายถึง ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่วางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

4.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา ฯลฯ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

4.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะ

แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

การดำเนินงานในขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษา จะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมนั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้าง ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัย และ ความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น ก็จะทำให้การวางแผนในขั้นต่อไปมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสม และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้ การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลวิธีด้านสุขศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6: Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการสำเร็จบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้ามคือกลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กร ดังนั้น ในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใดๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่นๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้าน เหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation)

ขั้นตอนนี้จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE

Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมิน โครงการหรือโปรแกรม สุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

2. สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.1 ความหมายของสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการให้ความหมายที่แตกต่างกันจึงมีการอธิบายความหมายไว้ดังนี้

สุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในทางวิทยาศาสตร์หมายถึง เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) เป็นส่วนผสม ได้มาจากการหมักข้าว ข้าวโพด และผลไม้ต่างๆ ด้วยยีสต์ ปริมาณของแอลกอฮอล์ที่มีอยู่ในสุราแต่ละชนิดแตกต่างกัน สังกัดได้จากจำนวนดีกรีของสุราแต่ละชนิดถ้าดีกรีสูงแสดงว่าปริมาณแอลกอฮอล์สูง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ ผสมอยู่ในปริมาณไม่เกิน 80% ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่คนสามารถใช้ดื่มได้ (เครือข่ายกาญจนาภิเษก, 2549 อ้างใน ประภัสสร สุวรรณบงกช, 2549)

สุราเป็นยาหรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยกรนั้น (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

2.2 พฤติกรรมการบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol drinking behavior) หมายถึง ปริมาณความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 แบบแผน ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (WHO อ้างใน สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2543) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลายชนิด และแต่ละชนิดมีปริมาณของแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นจึงจำเป็นต้องกำหนด ขนาดดื่มมาตรฐาน ขึ้นมา เพื่อให้ผู้ที่ดื่มรู้ว่าตนเองได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากน้อยเพียงใด สำหรับ 1 ดื่มมาตรฐาน (1dring) หมายถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณ 10

กรัม ตัวอย่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นับเป็น 1 ดื่มมาตรฐาน ได้แก่ เบียร์ 1 แก้ว (285 มิลลิลิตร) มีแอลกอฮอล์อยู่ 5% ไวน์ 1 แก้วเล็ก (100 มิลลิลิตร) มีแอลกอฮอล์อยู่ 12 % และเหล้า 1 แก้ว (30 มิลลิลิตร) มีแอลกอฮอล์อยู่ 40% (กรมสุขภาพจิต, 2547) สำหรับลักษณะแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีดังนี้

1. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบที่มีความเสี่ยงน้อย (low risk drinking) หมายถึง การดื่มในลักษณะที่ไม่ทำให้เกิดปัญหาตามมา ทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองและผู้อื่น โดยการดื่มในผู้ชาย มีการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ 4 แก้ว (1 แก้วปริมาณ 285 มิลลิลิตร) เหล้า 40 ดีกรี 4 แก้ว (1 แก้วปริมาณ 30 มิลลิลิตร) ไวน์ 4 แก้วเล็ก (1 แก้วเล็กปริมาณ 100 มิลลิลิตร) และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ หรือมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณไม่เกิน 20 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ สำหรับผู้หญิงดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ 2 แก้ว (1 แก้วปริมาณ 285 มิลลิลิตร) หรือเหล้า 40 ดีกรี 2 แก้ว (1 แก้วปริมาณ 30 มิลลิลิตร) ไวน์ 2 แก้วเล็ก (1 แก้วเล็กปริมาณ 100 มิลลิลิตร) และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณไม่เกิน 10 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะนี้เรียกว่า การดื่มอย่างปลอดภัย (safe limit drinking)

2. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายสูง (Hazardous drinking) หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณและลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดไว้ว่าเป็นปริมาณความผิดปกติชนิดหนึ่ง การกำหนดปริมาณลักษณะของการดื่มแบบเสี่ยงจะใช้การกำหนดระดับปริมาณแอลกอฮอล์เฉลี่ยที่คนไม่ควรดื่มเกินต่อสัปดาห์หรือต่อครั้ง (threshold values) ซึ่งเป็นระดับที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายของสุขภาพของผู้ดื่ม โดยลักษณะการดื่มแบบเสี่ยง คือ ในผู้ชาย มีการดื่มที่มากกว่า 4 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 6 มาตรฐานต่อวัน ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ มากกว่า 4 แก้ว (1 แก้ว ปริมาณ 285 มิลลิลิตร) เหล้า 40 ดีกรีมากกว่า 4 แก้ว (1 แก้วปริมาณ 30 มิลลิลิตร) ไวน์มากกว่า 4 แก้วเล็ก (1 แก้วเล็กปริมาณ 100 มิลลิลิตร) สำหรับในผู้หญิง การดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ มากกว่า 2 แก้ว (1 แก้วปริมาณ 285 มิลลิลิตร) เหล้า 40 ดีกรีมากกว่า 2 แก้ว (1 แก้วปริมาณ 30 มิลลิลิตร) ไวน์มากกว่า 2 แก้ว (1 แก้วเล็กปริมาณ 100 มิลลิลิตร) นอกจากนี้ การดื่มอย่างหนักหรือแบบ เม้าหัวราน้ำ (binge drinking) ก็ถือว่าเป็นการดื่มแบบเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย

3. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย (harmful drinking) หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสภาพร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งกำหนดโดยองค์การอนามัย

โลก และให้คำจำกัดความโดยอาศัยตามหลักเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnosis and Statistical Manual Disorder Forth Edition [DSM IV]) ประกอบด้วย

- 1). มีหลักฐานชัดเจนว่าแอลกอฮอล์ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ
- 2). ลักษณะของอันตรายสามารถตรวจพบได้
- 3). ต้องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน หรือดื่มหลายครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- 4). ต้องไม่เข้าหลักเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับภาวะติดสุรา (Alcohol dependence) โดยลักษณะการดื่มแบบอันตราย คือ ในผู้ชาย มีการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน สำหรับในผู้หญิง มีการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน

2.3 สถานการณ์การบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

จากการจัดอันดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2544 คนไทยมีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มสูงขึ้น คือ ในปี พ.ศ. 2541 จัดอยู่ในอันดับที่ 50 อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็น 7.7 ลิตร/คน/ปี และในปี พ.ศ. 2544 จัดอยู่ในอันดับที่ 40 อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเป็น 8.5 ลิตร/คน/ปี จะเห็นว่าอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยเพิ่มมากขึ้น (วิระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ และนิสาสน์ สำอางศรี, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง โดยใช้ปริมาณการจำหน่ายต่อจำนวนประชากรในแต่ละปี พบว่า ปริมาณการบริโภคเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึงปี พ.ศ. 2550 ในปี พ.ศ.2540 เฉลี่ย 27.1 ลิตร/คน/ปี ในปีพ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 39.3 ลิตร/คน/ปี (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2551)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการ
ดื่ม เพศ เขตการปกครอง และกลุ่มวัย พ.ศ. 2550

เพศ เขตการปกครอง และกลุ่มวัย	ประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป	จำนวนประชากร			อัตราการดื่ม ของ ประชากร* (ร้อยละ)
		ไม่เคยดื่ม	ไม่ดื่ม แต่เคยดื่ม	ดื่ม	
เพศชาย	24,812.7	9,134.1	3,020.3	12,658.3	51.0
เพศหญิง	26,354.1	23,206.1	833.7	2,314.3	8.8
รวม	51,166.9	32,340.2	3,854.1	14,972.6	29.3
ในเขตเทศบาล	16,018.2	10,987.7	965.5	4,065.1	25.4
นอกเขตเทศบาล	35,148.6	21,352.5	2,888.6	10,907.5	31.0
กลุ่มเยาวชน (15 - 24)	10,538.1	7,977.5	249.7	2,310.9	21.9
กลุ่มวัยทำงาน (25 - 59)	33,536.7	19,523.6	2,461.2	11,551.9	34.4
กลุ่มสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	7,091.8	4,839.0	1,143.1	1,109.7	15.6

หมายเหตุ *หมายถึง ร้อยละของจำนวนประชากรที่ดื่มสุราคือจำนวนประชากรทั้งหมด ในแต่ละประเภท
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการ
สูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 51.2
ล้านคน พบว่า ดื่มสุรา 14.9 ล้านคน หรือร้อยละ 29.3 โดยผู้ชายดื่ม ร้อยละ 51.0 ผู้หญิงดื่ม ร้อยละ
8.8 ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลดื่มมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล คือ ร้อยละ 31.0 และ 25.4 ตามลำดับ
สำหรับกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มมากกว่ากลุ่มอื่น พบว่า ประชากรวัยแรงงานที่ดื่มเครื่องดื่มที่มี
แอลกอฮอล์มี จำนวน 11.5 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 34.4 จากจำนวนประชากรวัยแรงงาน 33.5
ล้านคน และเริ่มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่ออายุประมาณ 20.5 ปี โดยผู้ชายเริ่มดื่มเร็วกว่าผู้หญิง
คือ 19.5 ปี และ 25.9 ปี ตามลำดับ โดยกลุ่มเยาวชน เริ่มดื่มอายุเฉลี่ย 17 ปี ส่วนวัยทำงานและวัย
สูงอายุเริ่มดื่มอายุเฉลี่ย 20 และ 23 ปี ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 1) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,
2550) และจากข้อมูลเปรียบเทียบแนวโน้มอัตราการบริโภคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 - 2550 แยกตาม
สัดส่วนความชุก ผู้ที่ดื่มประจำเพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ 16.8 ในปีพ.ศ. 2539 เป็น ร้อยละ 20.2 ในปี
พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0 ในขณะที่สัดส่วนความชุกของผู้ที่ดื่มนานๆ ครั้งลดลงจากร้อยละ

14.6 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2550 ลดลงร้อยละ 34.0 (บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ, 2551)

2.4 โทษของการบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีชื่อเรียกกันเล่นๆว่า “น้ำเปลี่ยนนิสัย” เพราะเมื่อดื่มเข้าไปแล้วสามารถเปลี่ยนนิสัยผู้ดื่มได้ เช่น จากที่เป็นคนขี้อายก็กลายเป็นคนใจกล้าจากคนเงิบ ๆ กลายเป็นคนพูดมาก เป็นต้น โทษและความเสียหายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีดังนี้ (อดิสรณ์ หลายชูไทย และคณะ, 2544)

1) ทำให้เกิดความประมาท เพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปในร่างกายทำให้ร่างกายผู้ดื่มไม่สามารถควบคุมประสาทและสมองให้สั่งการได้ทันเวลา ด้วยเหตุนี้จึงเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ

2) เกิดการขาดสติยั้งคิด เพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปในร่างกายจะไปกดสมองส่วนควบคุมความคิดและส่วนที่คอยยับยั้งให้มีความระมัดระวัง ทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้ กล้าทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม เช่น การก่อการทะเลาะวิวาท การทำร้ายร่างกายคนใกล้ชิด เป็นต้น

3) สร้างความทุกข์ให้ผู้อื่น ครอบครัวไหนที่พ่อหรือแม่ รวมทั้งบุคคลใดในครอบครัวเป็นนักดื่มย่อมสร้างความทุกข์ ความเศร้าหมอง ให้กับครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จะมีผลกระทบมาก ทำให้คนในครอบครัวหันไปหาทางออก ในทางที่ผิด ๆ

4) มีค่าใช้จ่ายมากขึ้น การบริโภคสุราหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำจนติดเป็นนิสัย ทำให้ค่าใช้จ่ายนี้เป็นค่าใช้จ่ายสูญเปล่าไม่เกิดประโยชน์อะไร

5) การบั่นทอนสุขภาพ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการขนานนามจากนักวิชาการว่าเป็น “เครื่องดื่มที่มีอายุสั้น” เพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์เข้าไปทำลายอวัยวะของร่างกายทุกส่วนที่ไหลผ่าน แม้เพียงครั้งแรกของการบริโภค เพราะฉะนั้นถ้าดื่มจนติดเป็นความเคยชินสุขภาพก็ยิ่งทรุดโทรมเกิดโรคต่างๆและอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

2.5 มาตรการควบคุมการบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัว อุบัติเหตุและอาชญากรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ รัฐบาลจึงได้กำหนดมาตรการในการควบคุมและแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยลดปัญหา และผลกระทบทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย และมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมมาตรการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ใน

พระราชบัญญัติต่างๆ ที่มีอยู่เดิมให้มีความเข้มงวดและชัดเจนยิ่งขึ้น และได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ใหม่เพื่อให้มีความครอบคลุมในการแก้ไขปัญหาจากเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์มากยิ่งขึ้น ซึ่งมาตรการการควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ที่มีผลบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติต่างๆ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์และยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

2.5.1 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติ คือ เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัว อุบัติเหตุและอาชญากรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ สมควรกำหนดมาตรการต่างๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ รวมทั้งการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยลดปัญหาและผลกระทบทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ตลอดจนช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ได้ง่าย (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์และยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

หมวดที่ 4 การควบคุมเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์

มาตรา 27 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

- 1) วัดหรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา
- 2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา
- 3) สถานราชการ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้าหรือสโมสร
- 4) หอพักตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก
- 5) สถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ
- 6) สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมน้ำมันเชื้อเพลิงหรือร้านค้าในบริเวณสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง
- 7) สวนสาธารณะของทางราชการที่จัดไว้เพื่อการพักผ่อนของประชาชนโดยทั่วไป
- 8) สถานที่อื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

มาตรา 28 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในวัน หรือเวลาที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ ทั้งนี้ ประกาศดังกล่าวจะกำหนดเงื่อนไขหรือข้อยกเว้นใดๆ เท่าที่จำเป็นไว้ด้วยก็ได้

บทบาบทบัญญัติในวรรคหนึ่ง มิให้ใช้บังคับกับการขายของผู้ผลิต ผู้นำเข้าหรือตัวแทนของผู้ผลิต หรือผู้นำเข้าไปยังผู้ขายซึ่งได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยสุรา

มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์แก่บุคคลดังต่อไปนี้

- 1) บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- 2) บุคคลที่มีอาการมึนเมาจนครองสติไม่ได้

มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) ใช้เครื่องขายอัตโนมัติ
- 2) การเร่ขาย
- 3) การลดราคาเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย
- 4) ให้หรือเสนอให้สิทธิในการนำเข้ามาข่มการแข่งขัน การแสดง การให้บริการ การชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ หรือแก่ผู้นำหีบห่อ หรือสลากหรือสิ่งอื่นใดเกี่ยวกับเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์มาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ
- 5) โดยแจก แถม ให้ หรือแลกเปลี่ยนกับเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ หรือกับสินค้าอื่น หรือการให้บริการอย่างอื่นแล้วแต่กรณี หรือแจกจ่ายเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในลักษณะเป็นตัวอย่างของเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ รวมถึงการกำหนดเงื่อนไขการขายในลักษณะที่เป็นการบังคับซื้อเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์โดยทางตรงหรือทางอ้อม
- 6) โดยวิธีหรือลักษณะอื่นใดตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำ

ของคณะกรรมการ

มาตรา 31 ห้ามมิให้ผู้ใดบริโภครองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

- 1) วัดหรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา เว้นแต่เป็นส่วนหนึ่งของพิธีกรรมทางศาสนา
- 2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วย ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นที่พักส่วนบุคคล
- 3) สถานราชการ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นที่พักส่วนบุคคล หรือสโมสรหรือการจัดเลี้ยงตามประเพณี

4) สถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นที่พักส่วนบุคคล หรือสโมสรหรือการจัดเลี้ยงตามประเพณี หรือสถานศึกษาที่สอนการผสมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ

5) สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมน้ำมันเชื้อเพลิงหรือร้านค้าในบริเวณสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง

6) สวนสาธารณะของทางราชการที่จัดไว้เพื่อการพักผ่อนของประชาชนโดยทั่วไป

7) สถานที่อื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมาตรา 32 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงให้ผู้อื่นดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม

การโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ใดๆ โดยผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทให้กระทำได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคมโดยไม่มีการปรากฏภาพของสินค้า หรือบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเท่านั้น ทั้งนี้ตามกำหนดในกฎกระทรวง

บทบัญญัติในวรรคหนึ่งและวรรคสอง มิให้ใช้บังคับกับการโฆษณาที่มีต้นกำเนิดนอกราชอาณาจักร

2.5.2 พระราชบัญญัติ จราจรทางบก พ.ศ. 2522

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือเนื่องจากการคมนาคมและการขนส่งทางบกได้เจริญก้าวหน้าขยายตัวไปทั่วประเทศและเชื่อมโยงไปยังประเทศใกล้เคียง และจำนวนยานพาหนะในท้องถนนและทางหลวงได้ทวีจำนวนขึ้นเป็นลำดับ ประกอบกับประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีในอนุสัญญาว่าด้วยการจราจรทางถนนและพิธีสารว่าด้วยเครื่องหมายและสัญญาณตามถนน สมควรปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบก ซึ่งได้ใช้บังคับมากกว่าสี่สิบปีให้เหมาะสมกับสภาพการจราจรและจำนวนยานพาหนะที่เพิ่มขึ้นและเพื่อความปลอดภัยแก่ชีวิต ร่างกายและทรัพย์สินของประชาชนจึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ขึ้น (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2552)

มาตรา 43 ห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถ

2) ในขณะที่เมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น

มาตรา 43 ทวิ ห้ามมิให้ผู้ขับขี่เสพยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทั้งนี้ ตามที่อธิบดีกำหนดโดย ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ให้เจ้าพนักงานจราจร

พนักงานเจ้าหน้าที่ หรือผู้ตรวจการมีอำนาจจัดให้มีการตรวจสอบ ผู้ขับขี่รถบางประเภทตามที่อธิบดี กำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ว่าได้เสพยาเสพติดให้โทษหรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาทตามวรรคหนึ่งหรือไม่ และหากผลการตรวจสอบในเบื้องต้นปรากฏว่าผู้ขับขี่นั้นไม่ได้ เสพก็ให้ผู้ขับขี่นั้นขับรถต่อไปได้

ในกรณีที่ผู้ขับขี่ตามวรรคสองไม่ยอมให้ตรวจสอบ ให้เจ้าพนักงานจราจร พนักงานสอบสวน พนักงานเจ้าหน้าที่ หรือผู้ตรวจการมีอำนาจกักตัวผู้นั้นไว้ เพื่อดำเนินการ ตรวจสอบได้ภายในระยะเวลาเท่าที่จำเป็นแห่งกรณีเพื่อให้การตรวจสอบเสร็จสิ้นไปโดยเร็วและ เมื่อผู้นั้นยอมรับการตรวจสอบแล้วหากผลการตรวจสอบในเบื้องต้นปรากฏว่าไม่ได้เสพ ก็ให้ปล่อย ตัวไปทันที

การตรวจสอบตามมาตรานี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดใน กฎกระทรวง

มาตรา 43 ตริ ในกรณีที่มีเหตุอันควรเชื่อว่าผู้ขับขี่ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 43(1)หรือ (2) ผู้ตรวจการมีอำนาจสั่งให้ผู้นั้นหยุดการและสั่งการให้มีการทดสอบตามมาตรา 142 ด้วย

มาตรา 43 จัตวา ในกรณีที่ผู้ตรวจการพบว่า ผู้ขับขี่ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 43(1) หรือ (2) หรือมาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่งให้ผู้ตรวจการส่งตัวผู้นั้นพร้อมพยานหลักฐานในเบื้องต้นแก่ พนักงานสอบสวนผู้มีอำนาจโดยเร็วแต่ต้องไม่เกินหกชั่วโมงนับแต่เวลาที่พบการกระทำความผิดดังกล่าว เพื่อดำเนินคดีต่อไป

2.5.3 พระราชบัญญัติ จราจรทางบก (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่ในปัจจุบันการ โดยสารรถจักรยานยนต์เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย และจำนวนอุบัติเหตุอันเนื่องมาจาก รถจักรยานยนต์ได้เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอันเนื่องมาจากการขับขี่รถ ในขณะที่เมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น หรือเสพยาเสพติดให้โทษ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้เพิ่มสูงขึ้นด้วยสมควรกำหนดให้คน โดยสารรถจักรยานยนต์ ต้องสวมหมวกที่จัดทำขึ้น โดยเฉพาะเพื่อป้องกันอันตราย และกำหนดให้ความผิดของผู้ขับขี่ที่ได้ขับรถในขณะที่เมาสุราหรือ ของเมาอย่างอื่นเป็นความผิดที่ไม่อาจอ้างว่าตักเตือนหรือทำการเปรียบเทียบได้ รวมทั้งปรับปรุง บทกำหนดโทษสำหรับความผิดฐานขับรถในขณะที่เมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น หรือเสพยาเสพติด ให้โทษหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ตลอดจนปรับปรุงประเภทของรถที่ใช้บรรทุกคน สัตว์ หรือสิ่งของให้ครอบคลุมถึงการบรรทุกของรถทุกประเภทด้วย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2552)

มาตรา 9 ให้ยกเลิกความในมาตรา 157 ทวิ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติจราจรทางบก (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2542 และให้ใช้ความต่อไปนี้เป็นแทน มาตรา 157/1 ผู้ขับขี่ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าพนักงานจราจรพนักงานสอบสวน พนักงานเจ้าหน้าที่หรือผู้ตรวจการที่ให้มีการตรวจสอบผู้ขับขี่ตามมาตรา 43 ทวิหรือฝ่าฝืน หรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ตรวจการที่ให้มีการทดสอบผู้ขับขี่ตามมาตรา 43 ตริ ต้องระวางโทษ ปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท

ผู้ขับขี่ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 43 ทวิ วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษสูงกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอีกหนึ่งในสาม และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหกเดือนหรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

มาตรา 11 ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นมาตรา 160 ตริ แห่งพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 160 ตริ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 43(2) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับตั้งแต่ห้าพันบาทถึงสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหกเดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงห้าปีและปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าหนึ่งปีหรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สองปีถึงหกปี และปรับตั้งแต่สี่หมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้นมีกำหนดไม่น้อยกว่าสองปีหรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบปี และปรับตั้งแต่หกหมื่นบาทถึงสองแสนบาท และให้ศาลสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

2.5.4 พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2534

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่พระราชบัญญัติสุรา (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2534 ได้ปรับปรุงหลักเกณฑ์ในการจัดเก็บภาษีสุราใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มตามประมวลรัษฎากร แต่เนื่องจากอัตราภาษีสุราตามบัญชีอัตราภาษีสุราและค่าธรรมเนียมท้าย พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชกำหนด แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2528 ยังไม่สอดคล้องกับ หลักเกณฑ์ในการ

จัดเก็บภาษีสุราที่ได้ปรับปรุงแล้ว สมควรแก้ไขเพิ่มเติมอัตราภาษีสุราเสียใหม่ สำหรับสุราที่อยู่ในราชอาณาจักรและที่นำเข้ามาในราชอาณาจักรให้เป็นอัตราเดียวกัน จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2552)

มาตรา 3 ให้ยกเลิกความในช่องรายการและช่องอัตราของหมายเลข 1 หมายเลข 2 และหมายเลข 3 ในบัญชีอัตราภาษีสุราและค่าธรรมเนียมท้าย พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชกำหนดแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติ สุรา พ.ศ. 2493 (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2528 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน หมายเลข รายการ อัตรา

1 ภาษีสุราสำหรับสุราที่ทำในราชอาณาจักรและสุราที่นำเข้ามา ในราชอาณาจักร

(ก) สุราแช่ ตามมูลค่าร้อยละ 60 หรือ 100 บาทต่อปริมาณหนึ่งลิตร แห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ซึ่งชั้นสูตรด้วยเครื่องวัด ของกรมสรรพสามิตหรือ ที่กรมสรรพสามิตรับรอง

(ข) สุรากลั่น ตามมูลค่าร้อยละ 50 หรือ 400 บาท ต่อปริมาณหนึ่งลิตร แห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ซึ่งชั้นสูตรด้วยเครื่องวัด ของกรมสรรพสามิตหรือ ที่กรมสรรพสามิตรับรอง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต ขึ้นอยู่กับปรัชญาแห่งชีวิตที่บุคคลยึดถือ ทักษะคิด ความเชื่อ ความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม สภาพทางภูมิศาสตร์ พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลมีการเลือกการตัดสินใจที่จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน การเลือกที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่นั้น บุคคลไม่ได้มีอิสระอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจ ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม เป็นตัวที่มีอิทธิพลกำหนดการตัดสินใจโดยที่บุคคลไม่รู้ตัว ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 4 กลุ่ม (เทพินทร์ พิชรานุกรณ์, 2541)

3.1 ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม

สภาพแวดล้อมทางกายภาพและความสะดวกในการคมนาคม การขนส่ง การติดต่อสื่อสาร ทำให้ประชาชนรู้จักและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กันอย่างรวดเร็วและแพร่หลาย

ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทางการเมืองและเศรษฐกิจ ผลกระทบจากนโยบายทางการเมืองที่มองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นแหล่งทำรายได้ของประเทศมากกว่าผลกระทบที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นการเปิดโอกาสให้มีการสนับสนุนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ทางอ้อม และจากการที่เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ถูกมองว่าเป็นแหล่งรายได้ของประเทศทำให้มีการเปิด การค้าเสรี ส่งผลให้มีการแข่งขันทางการทางธุรกิจมีการใช้สื่อโฆษณาในการชักจูง ให้ประชาชนเห็น ความสำคัญของการดื่มน้ำแอลกอฮอล์มากกว่าผลกระทบของเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ และการ ให้ความรู้เรื่องผลกระทบของเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์มีน้อย จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลตัดสินใจ ดื่มน้ำแอลกอฮอล์

3.2 ปัจจัยทางวัฒนธรรม

ด้วยวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล บุคคลจะเลือก บริโภคอะไร เวลาไหน กับใคร เท่าไร วัฒนธรรมจะมีอิทธิพลกำหนดกรอบแนวคิดในการตัดสินใจ ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ไม่ได้ถูกใช้เพื่อเป็นเพียงเครื่องประกอบ พิธีกรรม และการสนุกสนานในช่วงเทศกาลเท่านั้น แต่ยังคงถูกใช้เพื่อเป็นเครื่องมือแสดงฐานะทางเศรษฐกิจสังคม เมื่อระบบการใช้เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ถูกเปลี่ยนแปลงไปเช่นนี้ย่อมเป็นการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ให้มากขึ้น เมื่อพิจารณาวัฒนธรรมของไทยที่ชอบความสนุกสนานรื่น เรียง เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ซึ่งมีคุณสมบัติทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมดังกล่าว จึงทำให้เครื่องดื่มน้ำ แอลกอฮอล์ได้รับความนิยมมากในกลุ่มคนบางกลุ่ม การแพร่กระจายทางวัฒนธรรมก็มีส่วน ส่งเสริมการบริโภคเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ กล่าวคือ อิทธิพลวัฒนธรรมของต่างชาติในด้านความ ทันสมัย ความเจริญก้าวหน้า มีการบริโภคเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ก่อนมื้ออาหาร ระหว่างมื้ออาหาร เพื่อต้องการแสดงถึงวัฒนธรรมความเจริญเช่นเดียวกับต่างชาติ จึงมีการนำเอาวัฒนธรรมการบริโภค เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์เข้ามาใช้ในแบบแผนการดำเนินชีวิตของไทย

3.3 ปัจจัยเกี่ยวกับกลุ่มสังคม

กลุ่มสังคมพื้นฐานหลักคือครอบครัว ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนการดำเนิน ชีวิตหลักของครอบครัวจะเป็นกรอบแนวคิดการดำเนินชีวิตของสมาชิกรุ่นต่อไป เด็กที่มาจาก ครอบครัวดื่มน้ำแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะดื่มน้ำแอลกอฮอล์มากกว่า ระบบการคิด และรูปแบบการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจะเป็นกรอบการตัดสินใจการบริโภคเครื่องดื่มน้ำ แอลกอฮอล์ของบุคคล เช่น การบริโภคเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพ เพื่อเข้าสังคม เพื่อคลาย ทุกข์

กลุ่มสังคมที่สองที่สำคัญคือกลุ่มเพื่อน ซึ่งมีผลการศึกษาสาเหตุการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในเยาวชนพบว่าส่วนใหญ่มาจากเพื่อนชวน อยากรอง ตามเพื่อน อิทธิพลของเพื่อนจึงมี ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดื่มน้ำแอลกอฮอล์

3.4 ปัจจัยส่วนบุคคล

การศึกษาคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้บริโภคเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์พบว่า เพศชายจะดื่มน้ำแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิงและอายุที่เริ่มดื่มน้ำของคนที่อยู่ในชนบทจะน้อยกว่าคนในเมือง ส่วนระดับการศึกษานั้นไม่พบว่าจะมีความสัมพันธ์กับการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ระดับรายได้และลักษณะอาชีพมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ปัจจัยทางบุคลิกภาพของบุคคลมีผลต่อการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ เช่น ผู้ที่มีบุคลิกภาพลอยหนี หรือเก็บกอด มีแนวโน้มที่จะใช้เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์เป็นทางออกในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น ความผิดปกติทางกาย ความเจ็บป่วยบางอย่างอาจส่งผลให้มีการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ความเชื่อของบุคคลมีผลต่อการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ เช่น การใช้เป็นยารักษาโรค เสริมพลังเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น

4. คุณสมบัติ บทบาท และหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2520 เป็นต้นมา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับ จนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมือง ประมาณ 8 แสนคน (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2542)

4.1 ประเภทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้ พื้นที่ชนบทมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน ในพื้นที่เขตเมือง เขตชุมชนแออัดจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 15 - 20 หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประมาณ 10 - 20 คน ต่อ หมู่บ้าน

4.2 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 1) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวก หรือชุมชนให้การยอมรับและเชื่อถือ
- 2) สัมผัสใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน
- 3) อ่านออกเขียนได้
- 4) เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
- 5) ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

4.3 วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคล โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆ ให้ทราบถึงบทบาทและจำนวนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการคัดเลือก
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการคัดเลือกเข้ารับการอบรม และแบ่งเขต การรับผิดชอบคนละ 8 - 15 หลังคาเรือน

4.4 การฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่

เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

4.5 การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรมตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ไว้เป็นหลักฐาน

4.6 วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

มีวาระ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน การฟื้นฟูสภาพเมื่อครบตามวาระ ตาย ลาออก ย้ายที่อยู่ หรือประชาชนลงมติให้ออก โดยมีคะแนนเสียงเกินครึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

4.7 บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เป็นผู้ดำเนินการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

- 1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
- 2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องการดูแลส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันและควบคุมโรค
- 3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
- 4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
- 5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน
- 6) เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน
- 7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ
- 8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

4.8 ข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอคอยเต่า

อำเภอคอยเต่าเป็นอำเภอที่มีขนาดเล็กมีจำนวนหมู่บ้าน 43 หมู่บ้าน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 722 คน เพศชาย 253 คน เพศหญิง 469 คน และมีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลคอยเต่า รับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 66 คน 2) สถานีอนามัยบ้านโป่งทุ่งรับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 133 คน 3) สถานีอนามัยบ้านคอยเต่า รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 79 คน 4) สถานีอนามัยไร่รับผิดชอบ 3 หมู่บ้าน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 54 คน 5) สถานีอนามัยบ้านถิ่นสำราญรับผิดชอบ 3 หมู่บ้าน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 48 คน 6) สถานีอนามัยบ้านแปลงรับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 68 คน 7) สถานีอนามัยบ้านน้อยรับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 140 คน 8) สถานีอนามัยบ้านแอนรับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน 72 คน 9) สถานีอนามัยบ้านแม่คูบรับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 62 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยพื้นราบและมีชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงบางส่วน ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม มีวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน อยู่ร่วมกันแบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประกิจ โพธิอาสน์ (2541) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 2.7 คีมนานๆ ครั้ง ร้อยละ 46.7 และปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ ทัศนคติ ค่านิยม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งซื้อขาย ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยเสริม ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท และการรับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ดีที่สุด คือพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท และการรับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา

เสาวณีย์ ทวีวานิชย์ (2548) ได้ทำการศึกษาถึง พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของข้าราชการทหาร จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า สภาพสมรสคู่จะดื่มในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่จะดื่มกับเพื่อนและรุ่นพี่รุ่นน้อง โดยจะดื่มในช่วงเย็น ปัจจัยนำเข้ามีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เหตุจูงใจดื่มเพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 65.0 มีทัศนคติและค่านิยมในการดื่มในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยเอื้อ ความสัมพันธ์ในครอบครัว แหล่งซื้อขาย อยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยเสริมพบว่า เพื่อนสนิท ผู้บังคับบัญชา สื่อโฆษณามีผลต่อการดื่มในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบที่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประภัสสร สุวรรณบงกช (2549) ได้ทำการศึกษาถึง พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เพศชายดื่ม ร้อยละ 85.2 และเพศหญิงร้อยละ 35.0 เครื่องดื่มที่นิยมดื่มมากที่สุด คือ เบียร์และเหล้า ผู้ชาย ร้อยละ 33.0 ดื่มในปริมาณมาก โดยดื่มเบียร์ 4 - 6 กระป๋อง/ครั้ง ในขณะที่ผู้หญิงดื่มในปริมาณเพียง ร้อยละ 9.5 คนที่ร่วมดื่มด้วยมากที่สุดคือ เพื่อนร่วมงาน และมักดื่มในโอกาสพิเศษ งานเทศกาล

ประเพณีต่างๆ เหตุผลที่ดื่ม คือ เพื่อการเข้าสังคม หรือเพื่อนชักชวนมากที่สุด ปัญหาสุขภาพที่พบมากได้แก่โรคกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง และเบาหวาน/หัวใจ คิดเป็นร้อยละ 19.5, 8.6, 1.4, 0.9 ตามลำดับ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังก่อให้เกิดปัญหาในการทำงานได้แก่ มาทำงานสาย/ขาดงาน ถูกตำหนิจากผู้บังคับบัญชา ประสิทธิภาพการทำงานลดลง คิดเป็นร้อยละ 18.6, 11.3, 1.8 ตามลำดับ และร้อยละ 16.3 ก่อให้เกิดปัญหาภายในครอบครัวทะเลาะวิวาท หวาดระแวงและหึงหวง และร้อยละ 61.1 ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น

ประทุมทิพย์ หล้าสกุล (2549) ได้ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชน ตำบลหนองตม อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้นำชุมชน มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.8 สาเหตุการบริโภคส่วนใหญ่เพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 52.1 มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เวลาตอนเย็นหลังเลิกงาน มีความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลางถึง ร้อยละ 87.7

นงนุช ตันดิธรรม (2549) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้บริโภคที่เมาสุราแล้วขับรถในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำได้แก่ เจตคติต่อการขับรถขณะเมาสุราและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถขณะเมาสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ปัจจัยอื่นได้แก่ การเข้าถึงแหล่ง สถานที่ดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาและการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จิรวัดน์ จิตตวัฒนานนท์ (2550) ได้ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 73.3 มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เหตุผลการบริโภคส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.8 เพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 86.2 ไม่เคยประสบอุบัติเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่เคยประสบอุบัติเหตุมี ร้อยละ 37.5 จะมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 73.3 และผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิงถึง 4.5 เท่า

สิริรัฐ สุกันธา และคณะ (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุตั้งแต่ไม่น้อยกว่า 18 ปี ถึง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 93.3 มีสาเหตุเพื่อเข้าสังคม และเริ่มดื่มครั้งแรกในช่วงเทศกาลหรืองานประเพณี ด้านผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์พบว่า ร้อยละ 45.5 เคยประสบอุบัติเหตุหลังการบริโภค ร้อยละ 35.3 เคยถูกทำร้ายร่างกาย และร้อยละ 63.7 เห็นว่าการบริโภคเป็นการสิ้นเปลืองเงินทอง ร้อยละ 48.7 เห็นว่าการบริโภคช่วยทำให้คลายความเครียดได้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะตระหนักถึงผลเสียและโทษของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ร้อยละ 80.0 ไม่คิดที่จะลดปริมาณการบริโภคลง

สุทิน ชนะบุญ, ประเสริฐ สมรักษ์ (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงก่อนและขณะเข้าศึกษา ของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรภาคตะวันออกเฉียง ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 82.8 เคยดื่มตั้งแต่ก่อนที่จะมาเรียนที่วิทยาลัย สาเหตุส่วนใหญ่ของการดื่มครั้งแรกเนื่องจากอยากลอง ต้องการความสนุกสนาน ด้านทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมของนักศึกษามีเพียงร้อยละ 13.4 ที่เห็นว่าเป็นสิ่งไม่ดี และเลิกดื่มเมื่อมาเรียนในวิทยาลัย เนื่องจากรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมกับวิชาชีพที่เรียน กิจกรรมที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การศึกษาวิชารัฐประหาร การออกฝึกงาน กิจกรรมกีฬา เป็นต้น

เสกสรรค์ วิทย์ปรีชากุล (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และความคิดเห็นต่อมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปี ร้อยละ 77.9 พบว่าเพศชายมีอัตราการดื่มมากกว่าเพศหญิง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุดคือเหล้าและเบียร์ โดยดื่มไม่เกินเดือนละครั้งมากที่สุดร้อยละ 70.7 ส่วนใหญ่ดื่มเมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์และเพื่อเข้าสังคม จากการประเมินระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบคัดกรอง AUDIT พบว่าระดับการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายพบเพศชายมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 24.2 และ 4.2 ตามลำดับ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.4

วิรัตน์ หงษ์ภู (2550) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บริโภค ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ซื้อบ่อยที่สุดคือเบียร์ โอกาสในการซื้อคืองานฉลองเทศกาลต่างๆ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการห้ามไม่ให้ผู้ที่อยู่ในอาการมึนเมาขับจักรยานพาหนะ การกำหนดอายุของผู้ซื้อต้องอายุ 20 ปีขึ้นไป และการห้ามไม่ให้จำหน่ายกับผู้ที่อยู่ในอาการมึนเมา ร้อยละ 94.5, 82.5 และ 82.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ต่างๆ เช่น วัด โรงเรียน สถานที่ราชการ และการกำหนดเวลาในการจำหน่าย ร้อยละ 80.0 และ 56.5 ตามลำดับ และเห็นด้วยกับการขึ้นภาษีสรรพสามิต การห้ามโฆษณาประชาสัมพันธ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกรูปแบบ การห้าม

ผู้ผลิต/ผู้จำหน่ายเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์จัดกิจกรรมการขาย ลด แลก แจก แถม ร้อยละ 56.5, 50.0 และ 42.5 ตามลำดับ

อรมัย เหมืองหม้อ (2551) ได้ทำการศึกษาแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ของสตรี อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างนิยมดื่มน้ำเบียร์ ร้อยละ 72.6 โดยเกือบครึ่งหนึ่งดื่มน้ำเบียร์หรือเครื่องดื่มอื่น ๆ ร้อยละ 41.8 บุคคลที่ร่วมดื่มน้ำเบียร์คือเพื่อน/เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 95.9 การดื่มน้ำในงานและพิธีต่างๆเช่นงานขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน ร้อยละ 89.8 กลุ่มตัวอย่างนิยมดื่มน้ำเบียร์ในทุกครั้งในเทศกาลสงกรานต์มี ร้อยละ 56.1 เทศกาลปีใหม่มี ร้อยละ 52.0 สถานที่ซื้อเครื่องดื่มที่ง่ายที่สุดคือร้านขายของชำ ร้อยละ 82.5 นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ ความสะดวกและระยะทางในการหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

Fernandez, et al. (1996) ทำการศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขเพศชาย ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการคลินิกปฐมภูมิ (Primary care clinics) ในเมืองแมดริด ประเทศสเปน พบว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกปฐมภูมิ ร้อยละ 38.0 ดื่มน้ำเบียร์เป็นประจำ คือ ดื่มน้ำมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่ ร้อยละ 18.9 ดื่มน้ำในวันหยุดประจำสัปดาห์ การดื่มน้ำเบียร์ของบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย

Thomas k. Greenfield, et al. (1995) ได้ทำการศึกษาแบบการรับรู้ที่มีผลต่อการดื่มน้ำเบียร์จากการดื่มน้ำเบียร์แอลกอฮอล์ในกลุ่มตัวอย่าง 2,766 คน ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุการดื่มน้ำเบียร์แอลกอฮอล์เกิดจากปัจจัย 2 ด้าน คือ ด้านสังคม ได้แก่ การดื่มน้ำเบียร์ในงานรื่นเริง การทำตามเพื่อน และการเข้าสังคม ด้านส่วนตัว ได้แก่ ดื่มน้ำเบียร์เพื่อลืมปัญหา สร้างความมั่นใจ และคลายความเครียด ส่วนความคาดหวังจากการดื่มน้ำเบียร์แอลกอฮอล์ พบว่า ด้านบวกได้แก่การเข้าสังคมได้ ทำให้ช่างพูด และลืมปัญหาขณะที่ด้านลบ ได้แก่ การตื่นตัวน้อยลง เกิดอาการมึนเมา และเกิดการเจ็บป่วย

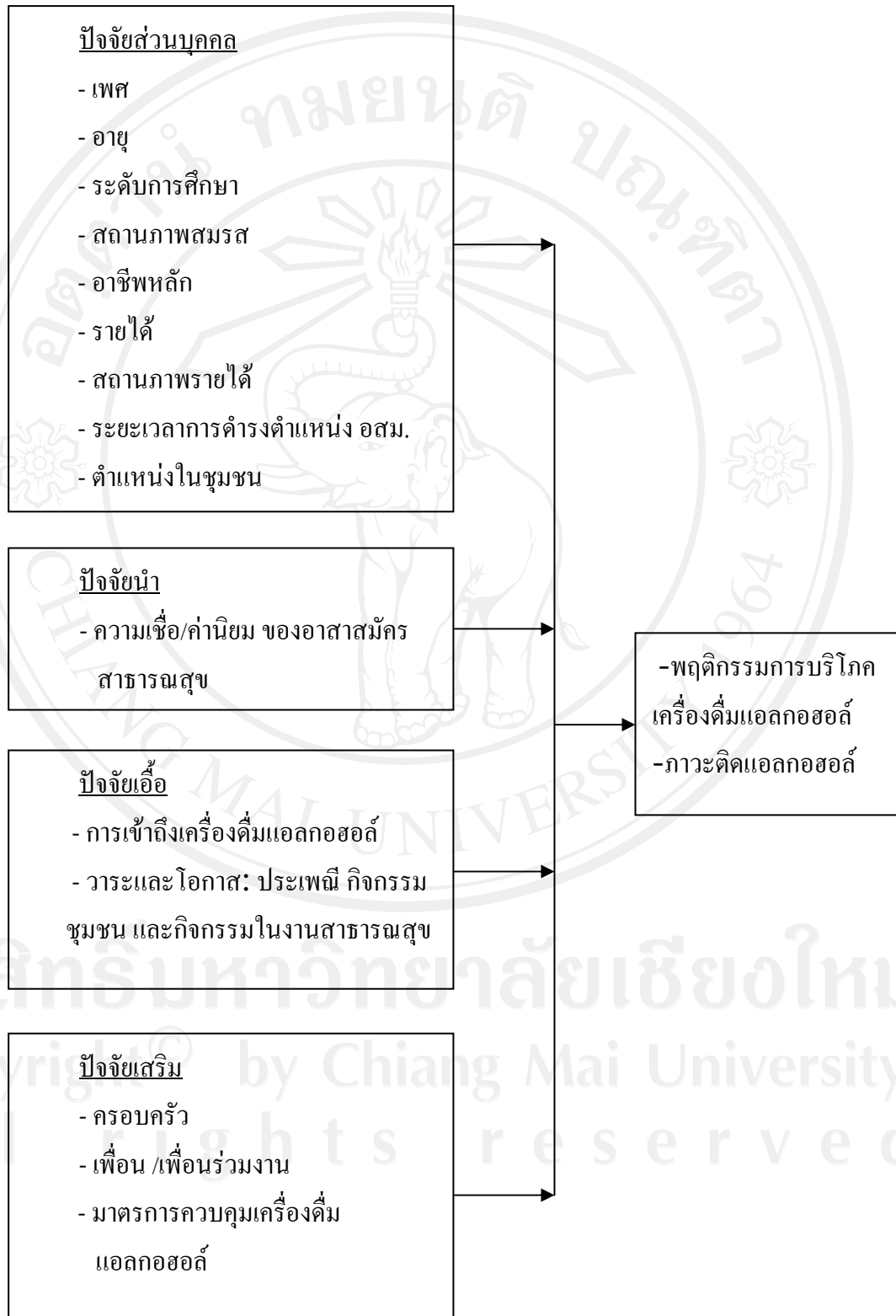
Mohsown Jonghorbani, et al. (2003) ได้ทำการศึกษาถึงความชุกของการดื่มน้ำเบียร์แอลกอฮอล์ในประเทศฮ่องกง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,900 ราย อายุ 25 - 74 ปี ผลการศึกษา พบว่าเพศชายดื่มน้ำเบียร์แอลกอฮอล์ร้อยละ 55.4 เพศหญิงร้อยละ 19.4 เมื่อแบ่งตามสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่เพศชาย ร้อยละ 82.7 เพศหญิง ร้อยละ 82.3 ที่ดื่มน้ำเบียร์แอลกอฮอล์

Tanya Jukala ,et al. (2007) ได้ทำการศึกษาการดื่มน้ำเบียร์แอลกอฮอล์ในประชาชนประเทศรัสเซีย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,190 ราย เพศชาย 510 ราย และเพศหญิง 680 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มน้ำเบียร์แอลกอฮอล์ 1.7 เท่าของ

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหา การเข้าสังคมอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2.1 เท่าของผู้ที่เข้าสังคมเป็นบางครั้ง และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่มักทำในกลุ่มของเยาวชน ผู้นำชุมชน ประชากรวัยแรงงาน สำหรับการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวนน้อย ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการชี้นำประชาชนในหมู่บ้านให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรม และปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและลดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะเป็นแกนนำในการสร้างสุขภาพในชุมชนต่อไป

6. กรอบแนวคิดของการศึกษา



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา