

การลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เชิงพุทธบูรณาการ
**The Reduction of Alcohol Consumption Behavior
by Buddhism Integration**

บัญญัติ อนนท์จารย์

Banyat Anonjarn

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

E-mail: Anonjarn@gmail.com

กัลยาวีร์ อนนท์จารย์

Kanlayawee Anonjarn

มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Vongchavalitkul University

Received 15 August 2020; Revised 10 September 2020; Accepted 28 October 2020

บทคัดย่อ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ การดื่มจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัว บุคคลรอบข้างในสังคม ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ที่มึนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดพฤติกรรมการดื่ม จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก อย่างไรก็ตามการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้สำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยหลักธรรมตามแนวพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องหลายๆ ด้านมาช่วยสนับสนุนเพราะประเทศไทยเป็นเมืองพุทธ บทความนี้นำเสนอสาระสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ 1) ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการลดพฤติกรรมการดื่ม 3) แนวทางในการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เชิงพุทธบูรณาการ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากผลการทบทวนวรรณกรรมของผู้เขียน

คำสำคัญ : พฤติกรรม, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, พุทธบูรณาการ

Abstract

Alcohol consumption in high school or college level is likely to increase every year. Which is a major problem in the country. Drinking affects both the drinkers themselves, families and the society. Thus encouraging those with alcohol drinking habits. Reduce drinking habits. It is very useful. However, the successful reduction of alcohol consumption behavior is possible. Must rely on the principles of various related Buddhism to help support because Thailand is a Buddhist city. This article presents three main components: 1) effects of alcohol consumption. 2) factors related to reducing drinking behavior, 3) Guidelines for reducing alcohol consumption according to the integrated Buddhism guidelines. This is information derived from the

author's review of the literature.

Keywords : Behavior, Alcohol consumption, Buddhism integration

บทนำ

สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกพบว่ามีประชากรประมาณ 1 ใน 3 ของประชากร มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฉลี่ยแล้วดื่มคนละ 6.13 ลิตรต่อปี และมีการประมาณการว่ามีผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มกว่า 76.3 ล้านคน โดยพบว่าประเทศกำลังพัฒนาในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีแนวโน้มของการดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น (World Health Organization, 2004) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย โดยพบว่าประเทศไทยมีประชาชนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในลำดับที่ 40 ของโลก (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2559 : 43) สถานการณ์การดื่มในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ปี พ.ศ. 2556 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของนักดื่มภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามภูมิภาคสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 40 ของนักดื่มทั้งหมด (ทักษพล ธรรมรังสีและคณะ, 2556 : 9) ซึ่งปริมาณการดื่มที่เพิ่มสูงขึ้นสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง (กรมสุขภาพจิต, 2559) เป็นต้น

ในการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลการรายงานล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2560 พบว่าคนไทยที่อายุ 15-24 ปีดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด และมีนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 28.41ของประชากรทั้งหมด โดยมีความแตกต่างระหว่างเพศชัดเจน โดยพบว่า เพศชายดื่มมากกว่าเพศหญิง(สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัยและคณะ, 2560 : 65) โดยนักดื่มชาย ดื่มเครื่องดื่มฯ ประเภท “สุรา” บ่อยที่สุด ทั้งนี้ นักดื่มปัจจุบันบริโภคแอลกอฮอล์คิดเป็นปริมาตรเอธานอลบริสุทธิ์ 8.22 ลิตรต่อคนต่อปี และส่วนมาก ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านขายของชำ (ร้อยละ 71.66) มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 917.24 บาทต่อคนต่อเดือน และเมื่อพิจารณานักดื่มหน้าใหม่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 38.40) และช่วงอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 48.07) ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) พบว่า เยาวชนร้อยละ 23.91 ระบุว่าเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา อายุเฉลี่ยในการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของนักดื่มปัจจุบันชายอยู่ที่ 19.20 ปี ของ นักดื่มปัจจุบันหญิงอยู่ที่ 24.07 ปี สาเหตุหลักของการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี 3 ประการ ได้แก่ ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนดื่ม (ร้อยละ 38.85) อยากทดลองดื่ม (ร้อยละ 29.12) และเพื่อเข้าสังคม/การ สังสรรค์ (ร้อยละ 20.55) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันเริ่มดื่มเป็นประเภทแรกในสัดส่วนสูงที่สุด คือ เบียร์ (ร้อยละ 38.35) ตามด้วยสุราขาว (ร้อยละ 28.05) และสุราสี (ร้อยละ 26.43) และพบว่าเยาวชนอายุ 15-24 ปีที่เป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 4.50 ระบุว่าเคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่ห้ามจำหน่ายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยสถานที่ที่ระบุมากที่สุด ได้แก่ บั๊มน้ำมัน (ร้อยละ 1.90) และวัด (ร้อยละ 1.38) ในขณะที่นักดื่มปัจจุบันร้อยละ 11.09 ระบุว่าเคยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามบริโภค ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดย สถานที่ที่ระบุมากที่สุด ได้แก่ บนถนน ฟุตบาท บนรถ (ร้อยละ 5.47) และวัด (ร้อยละ 3.89) นักดื่มปัจจุบันร้อยละ 12.36 เคยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งแบ่งได้เป็นสุราขาว / เหล้าต้ม / เหล้าชุมชน ร้อยละ 9.55 และสุรานอก / เหล้าต่างประเทศ ร้อยละ 4.76 (สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัยและคณะ, 2560 : 49)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่มีการศึกษาวิเคราะห์ความสำเร็จของนโยบายหรือโครงการรวมทั้งการจัดโปรแกรมต่างๆ เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนนั้นพบว่ายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ผลการศึกษาพบว่าการรณรงค์โดยภาครัฐบาลและองค์กรต่างๆ เช่น เมาไม่ขับ งดสุราเข้าพรรษา ฯลฯ ไม่ทำให้ปริมาณการบริโภคต่อหัวลดลง แต่อาจมีผลในการลดอุบัติเหตุอยู่บ้าง นโยบายจำกัดหรือห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไม่มีผลต่อการลดความต้องการบริโภคยกเว้นในกรณีของเครื่องดื่มนำเข้าเท่านั้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ที่ผู้บริโภคคิดว่าจะเป็นผลก็คือการเน้นถึงผลกระทบต่อคนที่รัก (นิพนธ์ พัวพงศกร และคณะ, 2548 : 76) และเน้นการให้ความรู้กับเยาวชนหรือนักดื่มให้เห็นผลกระทบต่อสุขภาพพร้อมทั้งจัดการอบรมให้ความรู้และปลูกฝังเยาวชนให้ตระหนัก ถึงโทษจากการดื่มสุรา(พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย, 2553 : 55) และพบว่าสาเหตุที่นักเรียน นักศึกษา ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดพฤติกรรมการดื่มได้ยากนั้นมาจากเพื่อนส่วนมากดื่มสุราขาดแรงจูงใจที่จะเลิกดื่ม ขาดทักษะในการหลีกเลี่ยงการดื่ม และไม่คิดว่าตนเองติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2555 : 23) รวมทั้งยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มในกลุ่มนักเรียนนักศึกษา ได้แก่ การอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุคคลในครอบครัวไม่เคยตักเตือนถึงพฤติกรรมการดื่มและยังพบว่า แรงจูงใจ และทัศนคติ มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (นงนุช ตันติธรรม, 2550 : 33)

จะเห็นได้ว่า จากงานวิจัยต่างๆ ตลอดทั้งนโยบายหรือมาตรการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นต่างมีข้อเสนอแนะว่า การลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนควรจะต้อง มีการให้ความรู้แก่ผู้ดื่มด้านผลกระทบต่อสุขภาพ (ทักษพล ธรรมรังษี, 2556 : 25) การเสริมสร้างแรงจูงใจในตนเองให้เกิดความตระหนักในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ การปรับเปลี่ยนค่านิยม ทัศนคติ (นงนุช ตันติธรรม, 2550 : 55) ความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความสนใจ และการเห็นคุณค่าของการเลิกดื่ม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2555 : 23) และการฝึกทักษะการปฏิเสธเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2554 : 137) แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่หลากหลายที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการจัดโปรแกรมโดยนำเอาการให้ความรู้ การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะพฤติกรรมมาดำเนินการมากมายไม่ว่าจะเป็นมาตรการลดการดื่มในระดับโลกและระดับประเทศ เช่น การกำหนดระยะเวลาขาย กำหนดช่วงอายุที่สามารถซื้อได้ การปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการดื่ม เช่น โครงการให้เหล้าเท่ากับแข่ง การลดอันตรายจากการบริโภค การจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ เช่น โครงการรณรงค์งานบุญปลอดเหล้า การพัฒนาการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง (ศูนย์วิจัยปัญหาสุราแห่งชาติ, 2556 : 80) หรือการวิจัยการใช้รูปแบบกุ่มกวาปีโมเดล ซึ่งเป็นการนำกรอบแนวคิดการพยาบาลสุขภาพ ครอบครัว (The Family Health Nurse) ขององค์การอนามัยโลกมาใช้ (ดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ, 2555 : 61) การให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ (Fleming, 2004 ; Kunz, 2004 ; Lock, 2004) หรือโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนพัฒนาโดย ทรธษา เศรษฐบุปผา และคณะ (ยุวดี อัครลาวัลย์, 2555 : 35)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการจัดโครงการและงานวิจัยมากมายแต่การลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนยังคงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอยู่ (นงนุช ตันติธรรม, 2550 ; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2555 : 65)

ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่าจะเป็น การดื่มหนักทุกวัน ดื่มจนเมาบ่อยๆ หรือดื่มจนติด ล้วนเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและก่อปัญหาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองต่อครอบครัว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด ปัญหาสัมพันธภาพ เกิดอุบัติเหตุพิการบาดเจ็บต้องนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังก่อให้เกิดปัญหาการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากในหลายสังคมทั่วโลก (ปริทัศน์ ศิลปะกิจและคณะ, 2556 : 5) ถึงแม้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายในเกือบทุกประเทศทั่วโลก แต่การวิจัยทั้ง ในและต่างประเทศพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพในเชิงลบมากกว่าเชิง บวกหลายสิบเท่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อร้ายละ 73 และในกลุ่มนี้พบอัตราการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง (stroke) อยู่ในลำดับต้นๆ (ทักษพล ธรรมรังสีและคณะ, 2556) และยังส่งผลให้เพิ่มอัตรา การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย (Djousse, 2009 ; กรมสุขภาพจิต, 2548 : 1-16 ; ปิทธิรส ศิลปะกิจ และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552 ; สุรศักดิ์ ไชยสงค์, 2556 : 3) เกิดความ ไม่ปลอดภัยในการรับประทานยา เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้ลมประสาท นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ จิตและสังคม นั่นคือผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังจะมีความเครียดได้ร้อยละ 51.2 และมีอาการ ซึมเศร้าได้ร้อยละ 48.6 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์รุนแรงสมควรได้รับการบำบัดรักษา และมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 11.9 มีความคิดฆ่าผู้อื่นร้อยละ 11.3 (บัณฑิต สอนไพศาลและคณะ, 2555 : 2) ด้านผลกระทบเกี่ยวกับการ เกิดอุบัติเหตุที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อความสามารถในการขับรถ ทำให้ขาดสมาธิ ทำให้การตัดสินใจใน การควบคุมรถผิดพลาด เช่น ในคนดื่มสุราที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ การ ตัดสินใจผิดพลาดไม่มีสมาธิที่จะระมัดระวังในการขับรถ แอลกอฮอล์มีผลต่อระยะเวลาการตัดสินใจ คนเมา ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดตั้งแต่ 90 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ การได้ยินและการเห็นมีความผิดปกติ เป็นต้น (เลียงชัย จตุรัส, 2558 : 11)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทยจากข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2560 พบว่าในครัวเรือนไทยทุกกลุ่มเศรษฐกิจสถานะ มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น โดยมีการเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเท่าตัวในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจสถานะต่ำที่สุด (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2560) จากข้อมูลที่มีการ รายงานถึงค่าใช้จ่ายของนักดื่มไทยที่จ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยเดือนละ 509.2 บาท ซึ่งครึ่งหนึ่งของ นักดื่มต้องจ่ายอย่างน้อยเดือนละ 300 บาทโดยแบ่งเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดื่มที่บ้าน เฉลี่ย 369.4 บาท (ทักษ พล ธรรมรังสีและคณะ, 2556 : 31) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาและค่าใช้จ่ายที่ต้องคำนึงถึงและให้ความสำคัญกับ ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรวัยผู้ใหญ่ของประเทศไทย นอกจากนี้ข้อมูลจากศูนย์อำนวยการ ป้องกันและลดอุบัติเหตุกลางถนนในช่วงเทศกาลในปี พ.ศ. 2556 รายงานสถิติอุบัติเหตุ 7 วัน อันตราย พบว่า มีผู้เสียชีวิต 365 ราย เกิดอุบัติเหตุ 3,176 ครั้ง และสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ คือ เมาสุรา (ร้อยละ 32.4) นอกจากนี้ผลการศึกษา การบริโภคแอลกอฮอล์กับการบาดเจ็บในช่วงเทศกาลปีใหม่เมื่อเทียบกับช่วง ปกติ ปี พ.ศ. 2555 เก็บข้อมูลโดยเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ พบว่า ร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงปีใหม่สูงกว่าปกติถึง 1.59 โดยร้อยละ 45 เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และร้อยละ 34 เป็นผู้บาดเจ็บ จากสาเหตุอื่นๆ ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนถึงอุบัติเหตุ (ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ, 2556: 54) นักดื่ม

ที่เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี เคยประสบปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาที่พบ มากที่สุดคือ เกิดความรำคาญ โดยเฉพาะในกลุ่มนักดื่มประจำ นอกจากนี้ นักดื่มประจำยังประสบปัญหา ทางการเงิน และปัญหาการทำงานอีกด้วย นักดื่มปัจจุบันที่เคยดื่มแล้วซบส่วนมากเป็นเยาวชนเพศชาย และเป็นนักดื่มประจำ ส่วนนักดื่มปัจจุบันที่เคยดื่มแล้วซบและได้รับอุบัติเหตุ ส่วนมากเป็น นักดื่มประจำ เพศชาย และมีรายได้ต่ำ(สาวิตรี อัยฉางค์กรชัยและคณะ, 2560 : 80)

ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ของนักศึกษา ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านสังคม ด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และ ด้านส่วนบุคคล โดยมีรายละเอียดแต่ละด้าน คือ 1) ด้านสังคม ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้เกิด การทะเลาะวิวาท การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้เกิด ความรุนแรงในครอบครัว เมื่อดื่ม แอลกอฮอล์เข้าไปจนรู้สึกมึนเมาอาจจะทำให้เกิดเหตุการณ์ก่ออาชญากรรม และการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการทำลายความสัมพันธ์กับเพื่อน 2) ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานเกิดการสะสมจะทำให้เป็นโรคตับแข็ง เมื่อดื่ม แอลกอฮอล์เข้าไปในปริมาณมาก ๆ ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในปริมาณ มาก ๆ เป็นเวลานานเกิดการสะสมทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในปริมาณมาก ๆ เป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในปริมาณมาก ๆ เกิดการสะสมในร่างกายอาจทำให้ เส้นเลือดในสมองแตก และเมื่อดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานจะส่งผลต่อการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ 3) ด้าน สติปัญญา ประกอบด้วย 8 ประเด็น คือ หลังจากดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปจนรู้สึกมึนเมาจะทำให้เสียการทรงตัว และการเคลื่อนไหว หลังจากดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในปริมาณมาก ๆ จะทำให้ขาดสติหลังจากดื่มแอลกอฮอล์ เข้าไปในปริมาณมาก ๆ จะทำให้เกิดอาการสับสน เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในปริมาณมาก ๆ เกิดการสะสมจะทำให้สมองสั่งงานช้าลง เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในปริมาณมาก ๆ จะทำให้ความสามารถในการจดจำลดลง เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในปริมาณมาก ๆ จะทำให้ความจำเลอะเลือน เมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในปริมาณ มาก ๆ เกิดการ สะสมจะทำให้ความจำเสื่อม และเมื่อดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปในปริมาณมาก ๆ เกิดการสะสม จะทำให้ประสาทหลอน และ 4) ด้านส่วนบุคคล ประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ คือ การดื่มแอลกอฮอล์เป็น สาเหตุให้อยากรู้้อยากลอง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ เข้าไปจนรู้สึกมึนเมาจะไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ การดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบกับผล การเรียน การดื่ม แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้เข้าสู่วงจรของการเล่นการพนัน และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุให้ติดยาเสพติด (ธีรภัทร ญวงษ์ศรีและคณะ,2561 : 43)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น มีปัจจัยหลากหลายที่มีความเกี่ยวข้องทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านจิตใจและด้านสังคม ดังนี้

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factor) จากการศึกษาการที่มีบุคคลมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นพบความสัมพันธ์ระหว่างเพศมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันโดยพบว่าเพศ

ชาย มีพฤติกรรมการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง (พงษ์เดช สากการ และคณะ, 2552 : 25) อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณแอลกอฮอล์ตามลมหายใจนั้นพบว่า เพศชายมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง (ทักษพล ธรรมรังสีและคณะ, 2556 : 1)

นอกจากนี้ พบว่า ถ้าคนในครอบครัวติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลูกหลานจะพลอยติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปด้วย ถ้าพ่อแม่พี่น้องคนใดคนหนึ่งติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุคคลอื่นในครอบครัวมีสิทธิติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปด้วย สูงถึงร้อยละ 25 สูงกว่าอัตราการติดเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในพลเมืองทั่วไป 5 เท่า และถ้าทั้งพ่อและแม่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งคู่ อัตราการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของลูกสูงขึ้น ร้อยละ 50-60 การศึกษาจากคู่มือในประเทศสวีเดน ประเทศเดนมาร์ก และที่รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ถ้าฝาแฝดคนหนึ่งติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โอกาสที่ฝาแฝดอีกคนจะติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีสูงมาก หากเป็นแฝดที่เกิดจากไขคนละใบ อัตราการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคู่มือจะมีร้อยละ 25 ถ้าเป็นแฝดที่เกิดจากไขใบเดียวกันคู่มือจะติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 65.80 นั่นก็แสดงว่า พันธุกรรมเป็นข้อบ่งชี้ถึงอิทธิพลของการติดแอลกอฮอล์ การศึกษาวิจัยโดยการแยกเด็กไปเลี้ยงเป็น บุตรบุญธรรม (Adoption study) ได้ข้อสรุปเป็นที่แน่ชัดว่าเมื่อแยกเด็กจากพ่อแม่เดิมที่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่วัยแรกเกิด เอาไปเลี้ยงในครอบครัวใหม่ที่ไม่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เด็กก็ยังติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันนีย์เวทย์, 2540 : 54)

ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factor) มีความเชื่อว่าการที่บุคคลในวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรม การตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์นั้นจิตใจมีส่วนสัมพันธ์กล่าวคือมีการศึกษาพบว่า คนที่มีพฤติกรรมการตีมี เครื่องตีมีแอลกอฮอล์นั้นเพราะเชื่อว่าจะช่วยให้คลายเครียดได้ (พงษ์เดช สากการ และคณะ, 2552 : 65) และมีการ ศึกษาพบว่าเจาะลึกลงไปในส่วนที่เป็นประเด็นในด้านความเครียดประชากรทั้งชายและหญิงเมื่อมีความเครียด ที่ไม่สามารถเล่าหรือระบายให้ใครฟังได้ไม่ว่าจะเป็นคนนอกหรือคนในครอบครัวเดียวกันการตีมีเครื่องตีมี แอลกอฮอล์สามารถช่วยให้ความเครียดลดลงได้ อีกทั้งมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกว่าบุคคลที่มีประวัติเรื่อง การไม่สามารถควบคุมจิตใจหรือเอาชนะจิตใจตนเองได้นั้นจะมีพฤติกรรมการตีมีแอลกอฮอล์รวมทั้งมีอัตรา การกลับมาตีมีซ้ำได้สูงกว่าบุคคลที่สามารถเอาชนะจิตใจตนเองได้ดี (สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2555 : 65)

ปัจจัยทางด้านสังคม (Social factor) มีการศึกษาพบว่าปัจจัยทางด้านสังคมหลายอย่างนั้น มีความสัมพันธ์กับการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ การเลี้ยงดู ลักษณะครอบครัววัฒนธรรมซึ่งจากการ ศึกษาพบว่า ครอบครัวที่มีพฤติกรรมการตีมีและไม่เคยว่ากล่าวตักเตือนสมาชิกในครอบครัวให้ลดพฤติกรรม การตีมีเลยบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวลักษณะนี้ จะมีการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์มากกว่าบุคคลที่อยู่ใน ครอบครัวที่มีการอบรมสั่งสอนเรื่องโทษของการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ (นงนุช ตันติธรรม, 2550 : 31) และ นอกจากนี้พบว่าวัฒนธรรมของชุมชนที่มีการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์สูงรวมทั้งการที่มีเพื่อนตีมีสุราและชักชวน ให้ตีมีร่วมด้วยนั้นบุคคลดังกล่าวจะมีพฤติกรรมการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ได้สูงกว่าบุคคลที่ไม่มีเพื่อนชักชวน ให้ตีมี (นงนุช ตันติธรรม, 2550 : 47) อีกทั้งค่านิยมของคนในสังคมที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงส่ง ผลให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงตามไปด้วยเช่นกัน (สมพร รุ่งเรือง กลกิจและคณะ, 2555 : 60) และยังพบปัจจัยการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ครั้งแรกเพื่อต้องการเข้าสังคมกับ กลุ่มเพื่อนมากที่สุดอีกด้วย (สันติ อุทรังษ์, 2552 : 21)

แนวทางในการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เชิงพุทธบูรณาการ

ผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรได้รับการบำบัดดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ครอบคลุมการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นสภาวะแห่งความสุขที่เกิดจากการเข้าถึงความดี ความงาม ความจริง ของชีวิตเพื่อให้การแก้ปัญหาผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าใจชีวิตที่แท้จริงและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้องตามหลักพุทธธรรมครอบคลุมการดำเนินชีวิตทุกด้านและบูรณาการสู่การพัฒนาชีวิตที่สมบูรณ์แบบ ในปัจจุบันแนวทางการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลายแนวทาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจง การสร้างแรงจูงใจและการฝึกทักษะพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการลดพฤติกรรมการดื่ม นั้น เป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ดื่มสามารถลดพฤติกรรมการดื่มลงได้ ซึ่งแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับรูปแบบ Information- Motivation-Behavior skill หรือ IMB Model (Fisher and Fisher, 1992) ในบทความนี้ผู้เขียนจึงขอเสนอกระบวนการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามรูปแบบ IMB และแต่ละขั้นตอนใน IMB ใช้หลักการบูรณาการตามแนวพุทธ เพราะประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ซึ่งมี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. การให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงด้านผลกระทบต่อสุขภาพและจิตใจ ประกอบด้วยให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ เรื่องโทษของแอลกอฮอล์ เนื้อหาควรประกอบด้วยผลกระทบต่อระบบประสาท ผลกระทบด้านอื่นๆ เช่น อุณหภูมิร่างกาย ไต ตับ ต่อมไร้ท่อ ผลกระทบที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจร และ ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดื่ม ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกันตอบคำถามและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ

2. การสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแนวทางอหิขันธ์ 4 สำหรับแรงจูงใจในการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามหลักธรรมอหิขันธ์ 4 มีขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การสำรวจใจตนเองตามหลักอหิขันธ์ คือความต้องการที่จะลดพฤติกรรมการดื่มของตนเองจากการเห็นโทษของการดื่มด้านร่างกายและจิตใจ เป็นขั้นตอนการสำรวจใจของตนเอง โดยการฝึกสมาธิเบื้องต้น โดยมีมุ่งสำรวจใจของตนเองและเขียนทบทวนในกระดาษ เกี่ยวกับเนื้อหา เกี่ยวกับ จุดดี จุดอ่อนของตนเอง

ขั้นที่ 2 ความเพียรพยายาม ตามหลักอหิขันธ์ คือ ความเพียรพยายามในการทำพฤติกรรมที่ต้องการ ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองที่ผ่านมา โดยผ่านกิจกรรมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึง อุปสรรคที่ทำให้การพยายามเลิก/ลดพฤติกรรมการดื่มไม่สำเร็จ

ขั้นที่ 3 การคิดไตร่ตรอง การปรับเปลี่ยนค่านิยมตามหลัก จิตตะ คือ ความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความสนใจ การไตร่ตรองตนเอง แล้วเสนอความคิดของตนเองว่าจะต้องปรับปรุงหรือแก้ไขจุดอ่อน อย่างไรบ้าง

ขั้นที่ 4 การแสวงหาเหตุผล ตามหลักอหิขันธ์ ที่จะทำให้ความต้องการของตนเองในการลดพฤติกรรมการดื่มประสบผลสำเร็จ การเห็นคุณค่าของการเลิกดื่ม ผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนการณาคำมั่นสัญญา ต่อเพื่อนในกลุ่มกิจกรรม (สุชีพ ปุญญานุภาพ, 2541 : 65)

3. การฝึกทักษะพฤติกรรมเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามหลักโยนิโสมนสิการ โดยใช้การคิดแบบโยนิโสมนสิการ 4 ข้อจาก 10 ข้อ คือ คิดอย่างสร้างสรรค์ คิดอย่างมีเหตุผล คิดแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ คิดถึงใจเขาใจเรา โดยผ่านกิจกรรม ฝึกสมาธิ และการบรรยายเกี่ยวกับหลักการคิดและการใช้คำพูด

ปฏิเสธการดื่มโดยไม่เสียสัมพันธภาพ หลังจากนั้นมีการจำลองสถานการณ์ที่จะถูกชักชวนให้ดื่มและให้ผู้ร่วมกิจกรรมฝึกทักษะการใช้คำพูดปฏิเสธการดื่มในสถานการณ์นั้นๆ

ปัจจัยความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ : ข้อเสนอแนะ

แนวทางนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละพื้นที่ได้ โดยในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละพื้นที่นั้นควรจะต้องมีการค้นหาความรู้ที่เฉพาะเจาะจงในส่วนที่ผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มขาดเท่านั้น (Information) การสร้างแรงจูงใจที่เฉพาะเจาะจง ทั้งแรงจูงใจภายในตนเองเพื่อเสริมสร้างทัศนคติทางบวกและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อโน้มน้าวให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการดื่ม (Motivation) รวมทั้งต้องมีการฝึกทักษะพฤติกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงเฉพาะในส่วนที่ขาดเท่านั้น (Behavior Skill) ตามแนวคิดของ Information- Motivation- Behavioral Skill : IMB Model เพื่อส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการต่อไป

ข้อเสนอแนะ ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมและสถานที่ในการจัดกิจกรรม อาจพบข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ในการจัดกิจกรรม อาจมีผลต่ออารมณ์ ความสนใจ หรือจำนวนผู้เข้าร่วม ดังนั้น ควรมีการพิจารณาถึงบริบทของพื้นที่อย่างละเอียดถี่ถ้วน ในการจัดกิจกรรม

สรุป

การลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่ยากที่ต้องใช้ความเข้าใจ ความอดทน ความพยายามหลายๆด้าน รวมถึงต้องใช้ระยะเวลา ซึ่งในการจัดกิจกรรมบำบัด ผู้บำบัดเองต้องอยู่บนหลักการที่ถูกต้องด้วย ต้องเข้าใจวิถีชีวิต บริบทและจิตใจ ของวัยรุ่นในยุคศตวรรษที่21 การใช้แค่ด้านใดด้านหนึ่ง คงไม่สามารถช่วยให้ผู้ดื่มสามารถลดพฤติกรรมการดื่มลงได้ ต้องอาศัยทั้งความรู้ที่เฉพาะเจาะจง การสร้างแรงจูงใจทั้งภายในตนเองและจากสังคมคนรอบข้างตามแนวทางอิทธิบาท 4 การฝึกฝนทักษะพฤติกรรมที่จำเป็นการฝึกสติและฝึกฝนการพูดปฏิเสธการดื่มโดยไม่เสียสัมพันธภาพตามหลักโยนิโสมนสิการ และความร่วมมือจากหลายๆฝ่ายทั้งผู้ปกครอง อาจารย์ และเพื่อนในมหาวิทยาลัย ร่วมกันคิดร่วมกันทำภายใต้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทนั้น

เอกสารอ้างอิง

กรมสรรพสามิต. (2556). ชนิดสุรา. จาก<http://old.excise.go.th/index.php?id=3&L=1%20and%201%3D0%20union%20select%20%2A%2F04> (สืบค้นเมื่อ 29 กันยายน 2563)

กรมสุขภาพจิต. (2548). การให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์. กรุงเทพมหานคร. : กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2549). รายงานประจำปี. กระทรวงสาธารณสุข. จาก<http://180.180.246.10/ULIB//dublin.php?ID=738#.VD9D1aRirIU> (ค้นเมื่อ 24 มกราคม 2563)

ดารุณี จงอุดมการณ์ และ คณะ. (2555). ผลของการปฏิบัติการในชุมชนตาม รูปแบบ‘กุมภวาปีโมเดล’ ต่อ

- สภาพ การดื่มสุราไม่พึงประสงค์ในชุมชน .ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ชนกฤติ ชัยถวัลย์วงศ์. (2555). การดื่มแอลกอฮอล์ของคนงานก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(4) : 345-358.
- ธีระวุฒิ เอกะกุล.(2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- บัณฑิต สอนไพศาล. (2555). การควบคุมปัญหาแอลกอฮอล์ด้วยกฎหมาย : เอกสารวิชาการประกอบการพิจารณาพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. (2556). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี.ศ.2556. กรุงเทพมหานคร. : ศูนย์วิจัย ปัญหาสุรา.
- ประณต คำฉิม และ ดวงเดือน แซ่ตั้ง . (2551). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัย : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่ง. กรุงเทพมหานคร.: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประพัตร์ เนรมิตรพิทักษ์กุลและคณะ. (2555). ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ : 2 ฉบับที่ : 4 เลขหน้า : 594-602.
- ปรีทรรต ศิลปกิจและพันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติ สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง). พิมพ์ที่ ทานตะวันเปเปอร์ จำกัด
- ปรีทศน์ ศิลปกิจและ พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์. (2007). รายงานคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกด้านปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์. (รายงานครั้งที่2) ชุดรายงานขององค์การอนามัยโลก เลขที่ 944 จัดพิมพ์และสงวนลิขสิทธิ์โดยองค์การอนามัยโลก2007.
- นงนุช ดันดิธรรม. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ชายที่เมาสุราแล้ว ขับรถในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร. : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิพนธ์ พัวพงศกรและคณะ. (2548). โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อการป้องกันการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรุงเทพมหานคร. : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ. (2556). สุรากับความเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราของประชาชน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (โครงการ 1 PAT).
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2553). จดเกล้าเข้าพระราชโองการให้เฝ้าระวังภัยสังคมไทย:ถอดบทเรียนเจ็ดปีของการรณรงค์กรุงเทพมหานคร. : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ. (2556). ผลการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการบาดเจ็บที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- เทอดศักดิ์ เดชคง อุษา พึ่งธรรม และอภิสิทธิ์ ฤทธิพิภย์. (2547). คู่มือการให้การปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหา

แอลกอฮอล์. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. อีรภัทร ญวงษ์ศรีและคณะ, 2561 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา http://www.fmsweb.nrru.ac.th/home/research/public_html/images/stories/Research-2560/Student-Research/student61-6.pdf

ภานุพงษ์ นาคจู. (2552). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คณะเศรษฐศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุวดี อัครลาวัณย์. (2555). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ /ยุวดี อัครลาวัณย์. เชียงใหม่.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุพา จิวพัฒนกุล. (2554). แนวทางการเสริมศักยภาพครอบครัวในตำบลโคกคราม จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน. คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล.

เลียงชัย จตุรัส. (2558). กลไกการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์. ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทย-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. จาก http://forenmed.md.kku.ac.th/site_data/.../Alcohol511.doc. (ค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2558)

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคณา โคตনারา และศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). เริ่มดื่มสุราเป็นเรื่องเรื่องง่าย...แต่แสนลำบาก ในการเลิกดื่มสุรา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. ปีที่35. ฉบับที่2,1-14

สันติ อุทรังษ์. (2552). พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ตำบลคำเหมือดแก้ว อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2552:41-50.

สำนักสถิติแห่งชาติ. (2554). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร. กรุงเทพมหานคร. : สำนักนายกรัฐมนตรี.

สุชีพ ปุญญานุภาพ. (2541). คุณลักษณะแห่งพระพุทธศาสนา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เพื่ออังกฤษ.

สุรศักดิ์ ไชยสงค์ กัณณพนธ์ ภักดีเศรษฐกิจ และทักษพล ธรรมรังษี. (2556). รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ 2554.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

สุวรรณยา สิริภคมงคลและคณะ.(2552).การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น.วารสารประชากร. ปีที่2. ฉบับที่3,7-24.

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2553). ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ.กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

สาวิตรี อัยณรงค์กรชัยและคณะ.(2560).รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี ปี พ.ศ. 2560 .-กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ .

อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร. : หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

เอกชัย กันธะวงศ์,สุมาลี เลิศมัลลิกา และอะเคื้อ อุณหะเวชกะ.(2558).การพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยการมีโดยการมีส่วนร่วม.พยาบาลสาร ปีที่2 ฉบับที่3

Alexandros Briasoulis,Vikram Agarwal and Franz H. Messerli.(2012).The Journal of Clinical Hypertension ; 14 (11) : 792 – 798.

- Best, John W. (1977). *Research in Education*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc. 3rd ed. p. 174
- Blue, Anthony Dias . (2004). *The Complete Book of Spirits: A Guide to Their History, Production, and Enjoyment*. New York: HarperCollins Publishers. p. 324. ISBN 0-06-054218-7.
- Chandra Y. Osborn. (2010). Improving Diabetes Self –Care among Low income Puerto Rican Adult. *Health Education Behavior*. December, 37(6) : 849-862
- Crawford MJ, Patton R, Touquet R, Drummond C. (2004). Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department program. *Lancet* : 364 (9442) : 1334-9.
- Jeffrey D. Fisher. (2009). *The IMB Model, HIV Prevention for Positives, and Adherence*. Institute of Human Development and Social Change New York University. U.S.A. October 27.
- Fleming M, Brown D. (2004). The efficacy of a brief alcohol intervention combined with %CDT feedback in patients being treated for type 2 diabetes and /or hypertension. *Journal of Studies on alcohol* : 65(5) : 631-637.
- Knowles M.S. (1954). *Teching adults in information course*. New York. Association press.
- Kunz MF, French MT, Bazargan-Hejazi S . (2004). Cost-effectiveness analysis of a brief intervention delivered to problem drinkers presenting at an inner-city hospital emergency departments. *Journal of Studies on Alcohol* : 65:363-370.
- Lock CA, Kaner E, Heather N, Doughty J, Crawshaw A, McNames P, et al. (2006). Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention : a cluster randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* ;54(4) : 426-439.
- Luc Djoussé, Kenneth J. Mukamal. (2009). Alcohol Consumption and Risk of Hypertension: Does the Type of Beverage or Drinking Pattern Matter?. *Rev Esp Cardiol.* ;62(06) : 603-5 - Vol. 62 Num.06 DOI: 10.1016/S1885-5857(09)72223-6.
- Ralph J. Diclemente , Laura F. Salazar , Richard A. Crosby. *Health Behavior Theory for Public Health*. (copyright 2013) by Jones & Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company.
- World Health Organization. (2004). *Guidelines for Drinking-water Quality*. Geneva : WHO publications