

ชื่อโครงการวิจัย
การศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพ
ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
The Study of Health Impact from Alcohol Consumption
in the Lower Northern Region of Thailand

คณะผู้วิจัย

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

Narongsak Noosorn

อรพิน กฤษณเกรียงไกร

Oraphin Krissanakriangkrai

วิมาลา ชโยดม

Vimala Chayodom

รุ่ง วงศ์วัฒน์

Rung Wongwat

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจาก
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
ไม่ใช่ความเห็นของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
พฤศจิกายน 2550

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัย เรื่องการศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านอุบัติเหตุจราจร ในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีโดยการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ประจำปี 2549

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงได้ด้วยดีอันเนื่องมาจากความกรุณาอย่างยิ่งของ ดร. นพ.ประวิทย์ เตตวิวัฒน์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาสละเวลาซึ่งแนะนำให้ ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความ เอาใจใส่และให้กำลังใจตลอดมา จนงานวิจัยสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา เป็นอย่างยิ่งจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยนเรศวร และคณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่ให้โอกาสและสนับสนุนสิ่ง อำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดกระบวนการศึกษา

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก และ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลอันมีค่าอย่างยิ่งและขอขอบคุณทุกท่านที่ได้กล่าวนามที่มี ส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

(Exclusive Summary)

การศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพ ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจ ประกอบกับข้อมูลอันดับโลกและปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ที่แสดงให้เห็นว่า คนไทยมีการบริโภคเหล้า (Spirits) ในปริมาณที่สูงมาก จนกลายเป็นฐานส่งให้ประเทศไทยติดอันดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในภาคเหนือของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยเป็นการศึกษาแบบ Case-control Study โดยจับคู่ตัวแปรด้านเพศ และอายุ ในอัตราส่วน 1:2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยทุกคนที่ป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการในแผนก อายุรกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมเลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอื่น นอกจากแผนก อายุรกรรม ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่าง วันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2550 พื้นที่ในการศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติวิเคราะห์ใช้ Odds Ratio, Confident Interval, Chi-square โดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.0 โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 80.0 ไม่มีอาชีพที่แน่นอนมากที่สุด ร้อยละ 36.0 รองลงมาได้แก่ มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5000-9999 บาท ร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.0 มีญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-19 ปี ร้อยละ 48.0 และส่วนใหญ่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 62.0

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.0 โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 63.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.0 ส่วนใหญ่จบ

พฤติกรรมกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างตี 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 42.0 กลุ่มตัวอย่างตีเบียร์ ร้อยละ 100.0 โดยตีเบียร์มากกว่า 2 แต่ไม่เกิน 3 กระจบต่อวัน และตีเบียร์มากกว่า 4 กระจบต่อวัน มากที่สุด ร้อยละ 32.0 เท่ากัน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างตีสุราร้อยละ 98.0 โดยตีสุรามากกว่า 3 เป็กต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 34.0 ด้าน พฤติกรรมการตี พบว่า ส่วนใหญ่เคยตีหนัก 68.0 ส่วนใหญ่เคยตีจนไม่สามารถหยุดตีได้ ร้อยละ 54.0 และเคยตีสุราจนเสีงานหรือเสีการเรียน ร้อยละ 38.0 เคยมีอาการถอนหรือเมาค้าง ร้อยละ 8.0 เคยโกรธหรือเสีใจจากสิ่งที่ทำไปในขณะที่ตีสุรา ร้อยละ 20.0 เคยจำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ตีสุรา ร้อยละ 32.0 เคยทำให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการตีสุรา ร้อยละ 8.0 และส่วนใหญ่อยกทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติพี่น้องหรือเพื่อนแสดงความเป็นห่วงต่อการตีสุรา ร้อยละ 66.0

พฤติกรรมกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ เดือนละ 1 ครั้งหรือน้อยกว่ามากที่สุด ร้อยละ 62.0 กลุ่มตัวอย่างตีเบียร์ ร้อยละ 57.0 โดยส่วนใหญ่ตีเบียร์ 1-2 กระจบต่อวัน ร้อยละ 52.0 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างตีสุรา ร้อยละ 45.0 โดยตีสุราน้อยกว่า 1 เป็กต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 38.0 ด้านพฤติกรรมกรรมการตี พบว่า ส่วนใหญ่เคยตีหนัก 60.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยตีจนไม่สามารถหยุดตีได้ ร้อยละ 85.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยตีสุราจนเสีงานหรือเสีการเรียน ร้อยละ 99.0 ใหญ่ไม่เคยมีอาการถอนหรือเมาค้าง ร้อยละ 98.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยโกรธหรือเสีใจจากสิ่งที่ทำไปในขณะที่ตีสุรา ร้อยละ 98.0 ไม่เคยจำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ตีสุรา ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยทำให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการตีสุรา ร้อยละ 99.0 และส่วนใหญ่อยกทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติพี่น้องหรือเพื่อนแสดงความเป็นห่วงต่อการตีสุรา ร้อยละ 97.0

แบบแผนการตีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์แบบเสีง ร้อยละ 90.0 โดยตีแบบเสีงอันตรายมากที่สุด ร้อยละ 68.0 โดยมีผู้ป่วยที่ไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์/ตีแบบเสีงน้อยเพียง ร้อยละ 10.0 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ /ตีแบบเสีงน้อย ร้อยละ 96.0 โดยตีแบบเสีงอันตรายเพียง ร้อยละ 4.0

ตอนที่ 2 สภาวะการณ์ปัญหาสุขภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคตับแข็ง มากที่สุด ร้อยละ 62.0 รองลงมาได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบและโรคตับแข็งจากการติดเชื้อรา ร้อยละ 18.0 และ 12.0 ตามลำดับ ส่วนประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุม พบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากที่สุด ร้อยละ 21.0 รองลงมาได้แก่ โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.0, 13.0 และ 12.5 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัญหาสุขภาพ

ผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 216 เท่า (OR=216.000, 95% CI=82.472-565.718) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001)เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.0 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 96.0

ผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 13 เท่า (OR=13.600, 95% CI=3.483-53.108) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001)เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.9 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.9

ผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคตับแข็งมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 20 เท่า (OR=20.598, 95% CI=9.417-45.054) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคตับแข็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001)เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคตับแข็งส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.3 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 98.4

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001)เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อราส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 83.3 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 100.0

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 216 เท่า และมีโอกาสป่วยด้วยโรคตับแข็งมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 20 เท่า รวมทั้งมีโอกาสป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 13 เท่า จะเห็นได้ว่าค่าความเสี่ยงดังกล่าวเป็นค่าความเสี่ยงที่สูงมากจนอาจกล่าวได้ว่าเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ได้เกิดจาก Confounder ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Petersen (2005) ที่พบว่า แอลกอฮอล์และธาตุเหล็กต่างเหนี่ยวนำให้เกิด Oxidative Stress ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อการเกิดเซลล์มะเร็งตับในคนที่ธาตุเหล็กสะสมมากเกินไปในตับและดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan, Mandayam, and Jamal (2004) ที่พบว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับ คิดเป็นร้อยละ 25-45 ของโรคมะเร็งตับทั้งหมด อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษามีประวัติการป่วยด้วยโรคโรคตับแข็ง มากที่สุด ร้อยละ 62.0 รองลงมาได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบและโรคตับแข็งจากการติดสุรา ร้อยละ 18.0 และ 12.0 ตามลำดับ รวมทั้งยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ถึงร้อยละ 90.0 โดยดื่มแบบเสี่ยงอันตราย ร้อยละ 68.0 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 96.0

ข้อเสนอแนะในการศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพ ครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเป็นรายโรค เพราะบางโรคมีกลุ่มตัวอย่างน้อย อาจต้องใช้เวลาในการศึกษานาน บางโรคเหมาะสำหรับการศึกษาแบบย้อนหลัง บางโรคควรศึกษาแบบไปข้างหน้า รวมทั้งควรพิจารณาช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย เป็นการศึกษาแบบ Case-control Study โดยจับคู่ตัวแปรด้านเพศ และอายุ ในอัตราส่วน 1:2 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยทุกคนที่ป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอื่นนอกจากแผนกอายุรกรรม ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2550 พื้นที่ในการศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติวิเคราะห์ใช้ Odds Ratio, Confident Interval, Chi-square โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ดื่มเบียร์ ร้อยละ 100.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 98.0 โดยส่วนใหญ่เคยดื่มหนัก ร้อยละ 68.0 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ดื่มเบียร์ ร้อยละ 57.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่เคยดื่มหนัก ร้อยละ 60.0 ในด้านแบบแผนการดื่ม พบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 90.0 ส่วนในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม/ดื่มแบบเสี่ยงน้อย ร้อยละ 96.0

ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มที่ศึกษาป่วยด้วยโรคตับแข็ง มากที่สุด ร้อยละ 62.0 รองลงมาคือโรคกระเพาะอาหารอักเสบและโรคตับแข็งจากการติดสุรา ร้อยละ 18.0 และ 12.0 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากที่สุด ร้อยละ 21.0 รองลงมาคือโรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.0, 13.0 และ 12.5 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัญหาสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 216 เท่า (OR=216.000) และมีโอกาสป่วยด้วยโรคตับแข็งมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 20 เท่า (OR=20.598) รวมทั้งมีโอกาสป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 13 เท่า (OR=13.600) นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์, การป่วยด้วยโรคตับแข็ง, การป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบและการป่วยด้วยโรคตับแข็งจากการติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001)

คำสำคัญ: ผลกระทบต่อสุขภาพ, การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Abstract

The purpose of this study was to explore the health impact from alcohol consumption behavior in lower northern region of Thailand. This study was a case-control at the ratio of 1:2. The variables that have been matched were sex and age. Questionnaires were used as a tool for data collection, and then analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, odds ratio, confident interval, and Chi-square.

The results showed that 100% of the study subjects were involved in drinking beer, 98.0% whisky, 68.0% hard drink, and 90.0% dangerous drink. As far as the control group subjects are concerned, 57.0% were involved in drinking beer, 4.0% whisky, 60.0% hard drink, and 96.0% safe drink.

The majority of case study subjects (62.0%) experienced liver cirrhosis, followed by 18.0% who suffered from alcoholic gastritis, and 12.0% who experienced alcoholic liver cirrhosis. The majority (42.0%) of control study subjects experienced chronic obstructive pulmonary disease, followed by 16.0% who experienced asthma, 13.0% hypertension, and finally 12.5% who contracted diabetic mellitus.

The ratio of people who got sick because of alcohol consumption compared with those who did not drink alcohol was 216 times (OR=216.000). Patients who drank alcohol suffered from liver cirrhosis 20 times more than those who did not drink (OR=20.598), and alcoholic gastritis 13 more than those who did not drink (OR=13.6000). The results show that patients who drank alcohol were significantly associated with liver cirrhosis, alcoholic gastritis, and alcoholic liver cirrhosis at 0.01 level of significance ($p\text{-value}<0.001$).

Keywords: Health Impact, Alcohol Consumption

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อ	ฅ
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. หลักการและเหตุผล	1
2. วัตถุประสงค์ทั่วไป	9
3. วัตถุประสงค์เฉพาะ	9

4. สมมติฐานการวิจัย	9
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์	10
2. ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	16
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย	26
1. รูปแบบการวิจัย	26
2. กลุ่มตัวอย่าง	26
3. พื้นที่ในการศึกษา	26
4. การประเมินผล	27
5. การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้	27
6. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	28
7. ขอบเขตการวิจัย	28

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	29
ตอนที่ 1 คุณลักษณะของผู้ป่วย	29
ตอนที่ 2 สภาวะการณปัญหาสุขภาพ	35
ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัญหาสุขภาพ	37
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	42
1. สรุป	42
2. อภิปรายผล	45
3. ข้อเสนอแนะ	45

บรรณานุกรม	46
ภาคผนวก	49

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดต่างๆ	13
2. แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	29
3. แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามตามพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	31
4. แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	36
5. แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา	37
6. แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุม	38
7. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์	39
8. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการป่วย	39

- ด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบ
9. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับ 40
การป่วยด้วยโรคตับแข็ง
10. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการป่วย 41
ด้วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อ

บทที่ 1

บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

ในปี ค.ศ. 2001 ประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทุกประเภทอยู่ในอันดับที่ 40 ของโลก โดยมีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 8.47 ลิตร/คน/ปี แต่ถ้าพิจารณาแยกประเภท พบว่า 1) คนไทยบริโภคเบียร์ (Beer) เป็นอันดับที่ 85 ของโลก โดยมีปริมาณการบริโภคเท่ากับ 1.31 ลิตร/คน/ปี 2) คนไทยมีการบริโภคไวน์ (Wine) เป็นอันดับที่ 124 ของโลก โดยมีปริมาณการบริโภคเท่ากับ 0.04 ลิตร/คน/ปี และ 3) คนไทยบริโภคเหล้า (Spirits) เป็นอันดับที่ 5 ของโลก โดยมีปริมาณการบริโภคเท่ากับ 7.13 ลิตร/คน/ปี ซึ่งแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยตั้งแต่ปี 1998 ถึง 2001 พบว่า ระยะเวลา 4 ปี คนไทยมีอัตราการบริโภคที่เพิ่มสูงมากขึ้น คืออันดับที่ 50 ในปี 1998 อันดับที่ 44 ในปี 1999 อันดับที่ 43 ในปี 2000 และอันดับที่ 40 ในปี 2001 โดยประเภทของการบริโภคเบียร์ ไวน์และเหล้า มีลำดับที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีข้อน่าสังเกตว่า อัตราการเปลี่ยนแปลงจะเกิดกับไวน์ โดยในปี 2000 จากอันดับที่ 132 มาเป็นอันดับที่ 124 และเบียร์ โดยในปี 2000 จากอันดับที่ 92 มาเป็นอันดับที่ 85 ในปี 2001 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมทุกประเภทในปี 1998 มีจำนวน 7.71 ลิตร/คน/ปี การบริโภคเพิ่มขึ้นเป็น 8.31 ลิตร/คน/ปี ในปี 1999 เพิ่มขึ้นเป็น 8.4 ลิตร/คน/ปี ในปี 2000 และเพิ่มเป็น 8.47 ลิตร/คน/ปี ในปี 2001 การบริโภคเบียร์ มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 1.09 ลิตร/คน/ปี ในปี 1998 บริโภค 1.13 ลิตร/คน/ปี ในปี 1999 บริโภค 1.25 ลิตร/คน/ปี ในปี 2000 และบริโภค 1.31 ลิตร/คนต่อ/ปี ในปี 2001 การบริโภคไวน์มีการเพิ่มขึ้น จาก 0.01 ลิตร/คน/ปี ในปี 1998 และคงที่ เป็น 0.03 ลิตร/คน/ปีในปี 1999 ถึง ปี 2000 และเพิ่มเป็น 0.04 ลิตร/คน/ปี ในปี 2001 การบริโภคเหล้ามีการเพิ่มขึ้นในปี 1998 จาก 6.61 ลิตร/คน/ปี มาเป็น 7.16 ลิตร/คน/ปี ในปี 1999 แต่มีการบริโภคลดลงเป็น 7.12 ลิตร/คน/ปี ในปี 2000 และเพิ่มขึ้นเป็น 7.13 ลิตร/คน/ปีในปี 2001 (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2549) จากข้อมูลอันดับโลกและปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย แสดงให้เห็นว่า คนไทยมีการบริโภคเหล้า (Spirits) ในปริมาณที่สูงมาก จนกลายเป็นฐานส่งให้ประเทศไทยติดอันดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมทั้งหมด ในส่วนของการบริโภคเบียร์และไวน์ของประเทศไทยนั้น แม้ว่าตัวเลขปริมาณการบริโภคเบียร์จะมีเพิ่มขึ้นพอสมควร และปริมาณการบริโภคไวน์เท่าเดิม แต่จะเห็นได้ว่าอันดับโลกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้ง 2 ประเภทนี้ของประเทศไทยได้ถูกเลื่อนสูงมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า

จากผลการสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2544 พบว่า มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 15.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.6 ของประชากรทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2539 ซึ่งมีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ 13.7 ล้านคน พบว่า มีจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นถึงปีละ ประมาณ 2.6 แสนคน และยังพบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งมีประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 66.9 ของประชากรเพศชาย สำหรับเพศหญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์มีประมาณ 2.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.8 ของประชากรเพศหญิง เมื่อวิเคราะห์ผู้ดื่มแอลกอฮอล์แยกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25-39 ปี มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด ร้อยละ 39.3 รองลงมาได้แก่ กลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ส่วนเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 6 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 11.0 และยังพบว่า เด็กและวัยรุ่นมีการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น เป็นเพศชาย ร้อยละ 43.0 และเพศหญิง ร้อยละ 1.9 โดยเพศหญิงมีจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 หรือเกือบเท่าตัว คือจากเดิมร้อยละ 1 เพิ่มเป็น ร้อยละ 1.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544)และจากการศึกษาของ จิราภรณ์ เทพหนู (2540) พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษานิยมดื่ม ได้แก่ เบียร์ สุรา ไวน์ และกระแช่ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ระบุชัดเจนว่าเด็กที่เริ่มแอลกอฮอล์ก่อนอายุ 13 ปี มีโอกาสติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปจนโต แต่ถ้าหากดื่มในอายุ 21 ปีขึ้นไป ความเสี่ยงในปัญหาที่เกิดจากการดื่มในลักษณะต่างๆ จะลดลงถึงร้อยละ 70 โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของประชากรไทยทั้งประเทศสูงที่สุดคืออายุเฉลี่ย 15-19 ปี ร้อยละ 48.2 ส่วนอายุเฉลี่ย 10-14 ปีที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ร้อยละ 2.4 สำหรับของสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์คือ ดื่มเพื่อเข้าสังคม ตามอย่างเพื่อนและอยากทดลอง ร้อยละ 41.8, 35.2 และ 16.9 ตามลำดับ ส่วนความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ดื่มเป็นบางวันมากที่สุด ร้อยละ 17.2 รองลงมาได้แก่ ดื่มเดือนละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 15.3 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีประชากรดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด จำนวน 6 ล้านคน โดยเป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี ถึงประมาณ 3 แสน หรือประมาณร้อยละ 50 ของประชากรกลุ่มนี้ อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกคือ อายุเฉลี่ย 15-19 ปีมากที่สุด ร้อยละ 51.4 รองลงมาได้แก่ อายุเฉลี่ย 20-24 ปี ร้อยละ 29.3 นอกจากนี้ยังมีเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 10 ปี ที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 4.7 นอกจากนี้สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมหภาคของประเทศไทย จำนวนนักดื่ม

การดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจด้วย กล่าวคือ ทางด้านร่างกาย การดื่มแอลกอฮอล์มีผลโดยตรงต่อการทำงานของตับ ทำให้เกิดการคั่งของไขมันในตับ ทำให้ตับอักเสบและตับแข็ง นอกจากนี้ยังทำให้บุคลิกภาพของผู้ดื่มเปลี่ยนแปลง มีอ่อนแอ เกียจคร้านไม่รับผิดชอบทั้งต่อตนเองและครอบครัว รวมทั้งทำงานขาดประสิทธิภาพ ทางด้านจิตใจ พบว่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า ฟุ้งซ่าน กังวล มึนงง ขาดความสุข ส่วนปัญหาทางด้านครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น ขาดความสุขในครอบครัว ทำให้เด็กมีปัญหา ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจริยธรรมและอาชญากรรมเพราะเมื่อไม่มีเงินมาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็จะทำให้เกิดการชิงทรัพย์ จี้ ปล้น ลักขโมย รวมทั้งการข่มขืน กระทำฆ่าเรา และฆ่าคนตาย (ภานุมาศ จิตสมบัติ, 2535) นอกจากนี้ แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคผ่านกลไก 3 ทาง คือ 1) จากผลของแอลกอฮอล์โดยตรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีในร่างกาย เช่น ช่วยละลายลิ้มเลือด Reduced Plaque Deposits in Arteries ป้องกันการแข็งตัวของเลือด จึงช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจอุดตัน แต่แอลกอฮอล์ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เป็นพิษต่อเซลล์ตับอ่อน (Acinar Cells) ทำให้ฮอร์โมนทำงานไม่ปกติ 2) จากพิษของแอลกอฮอล์เมื่อมีปริมาณในเลือดสูงก่อกำเนิดของสมองเกิดอาการเมา โดยคนเมาแล้วขับรถเกิดอุบัติเหตุทางจราจร หรือเมาอาลละวาดถูกจับลงโทษหรือเมาแล้วฆ่าตัวตาย 3) จากการติดแอลกอฮอล์ โดยดื่มประจำหยุดไม่ได้ ตับถูกทำลาย อักเสบจนเป็นตับแข็ง หรือครอบครัวเดือดร้อนถึงขั้นต้องหย่าร้าง (Rehm J. et al. 2003)

เมื่อมีสารแอลกอฮอล์เข้ามาในร่างกาย ตับก็มีความจำเป็นต้องสกัดเอาแอลกอฮอล์ออกจากระบบ ทำให้ พวกสารอื่นๆโดยเฉพาะพวก Fatty Acid คั่งค้าง เมื่อปฏิกิริยานี้เกิดต่อเนื่องนานขึ้น เนื่องจากการดื่มที่มีมาไม่หยุด ก็จะมีกรดไขมันพอกในตับเป็นจำนวนมาก จะพบในคนที่

ปัญหาที่ติดตามมาจากการดื่มสุราได้อีกก็คือ การเป็นโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ โดยเฉพาะโรคเก๊าท์ ซึ่งจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก โดยนักวิทยาศาสตร์ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาวิจัยแล้วพบว่า การดื่มสุราและเบียร์ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเก๊าท์ได้ การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการติดตามผลกระทบทางสุขภาพของผู้ชายที่ดื่มสุรา จำนวน 47,000 ราย ติดต่อกันเป็นเวลากว่า 12 ปี ในจำนวนนี้ ตรวจพบว่าเป็นโรคเก๊าท์ทั้งหมด 730 ราย สำหรับโรคเก๊าท์นั้น เกิดจากการเผาผลาญพิวรีนหรือนิวคลีโอโปรตีนในร่างกาย ทำให้ร่างกายมีกรดยูริกค้างในเลือด และตามข้อเล็ก ๆ โดยนักวิจัยพบว่า การดื่มเบียร์วันละ 2-3 แก้ว จะเพิ่มความเสี่ยงเป็นโรคเก๊าท์มากกว่าคนที่ไม่ดื่มเบียร์ถึง 2 เท่าครึ่ง และหากดื่มสุราวันละ 2-3 แก้ว จะเสี่ยงเป็นโรคเก๊าท์มากกว่าคนที่ไม่ดื่มถึง 1.6 เท่าตัว นักวิจัยพบว่า เหตุที่คนดื่มเบียร์เสี่ยงโรคเก๊าท์สูงกว่าคนดื่มสุรา เนื่องจากพบสารพิวรีนในเบียร์ในปริมาณมาก จึงเป็นตัวเพิ่มกรดยูริกในเลือดมากขึ้นได้ ดังนั้นจึงขอเตือนให้ผู้ที่ดื่มเบียร์และสุรามากกว่าวันละ 2 แก้ว ให้ลดการดื่มให้น้อยลง และหากหยุดดื่มได้ก็จะเป็นผลดีต่อสุขภาพยิ่งขึ้น และจะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคไตวาย ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนของโรคเก๊าท์ได้อีกทางหนึ่งด้วย สำหรับในกลุ่มคนที่ดื่มสุราจัดและสูบบุหรี่ควบคู่กันไปด้วย ซึ่งในบรรดาคนกลุ่มนี้มีความเชื่อว่า การสูบบุหรี่ไปพร้อม ๆ กับการดื่มสุรา จะทำให้เกิดอรรถรสในวงดื่ม คนที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อนก็อาจจะเริ่มต้นลองสูบบุหรี่ได้ ผลวิจัยพบว่า คนดื่มสุราจัดและสูบบุหรี่ด้วยจะมีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งในช่องปากได้พอ ๆ กับการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัสซึ่งพบที่อวัยวะเพศชายจากการทำอรัลเซ็กซ์ และเป็นต้นเหตุของการเกิดมะเร็งที่ปากได้เช่นกัน ทั้งนี้ การวิจัยดังกล่าวได้ศึกษาในกลุ่มคนป่วยโรคมะเร็งในช่องปาก จำนวน 1,600 ราย และคนที่มีสุขภาพดีอีกจำนวน 1,700 คน ในแถบยุโรป ออสเตรเลีย แคนาดา คิวบา และชิวดา ซึ่งถือว่าเป็นการศึกษาครั้งใหญ่และครั้งสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก

นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายต้องพึ่งพิงแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงถึงขั้นอันตราย ก่อนอื่นต้องรู้ว่าโรคพิษสุราเรื้อรังมิใช่เป็นเพราะบุคลิกภาพอ่อนแอหรือความเลื่อมทรมทางศีลธรรม แต่เป็นโรคเสพติด ที่ผู้ป่วยจะต้องพึ่งพิงทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อสารแอลกอฮอล์ สุรากลายเป็นสารเคมีที่เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายคนไข้ ทั้งยังควบคุมพฤติกรรมและความนึกคิดของคนไข้ด้วย สำหรับอาการเริ่มแรกของผู้ที่มีปัญหาโรคพิษสุราเรื้อรัง ได้แก่ การดื่มที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ถึงขั้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งเป็นการดื่มทุกวัน โดยส่วนใหญ่จะอ้างถึงเพื่อการเข้าสังคม เพื่อเป็นการคลายความเครียดของการทำงาน และเรื่องส่วนตัวต่าง ๆ ข้อสังเกตของผู้ที่ติดสุรา ท่านอาจพบว่าคนเหล่านั้น เมื่อตื่นนอนมักจะจำเหตุการณ์ในคืนก่อนไม่ค่อยได้ ต่อมาอาจจะต้องนำสุราแอบไว้ตามที่ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นที่ทำงาน ในบ้าน คนเหล่านี้มักจะอายุที่คนรู้ว่าตนเองติดสุรา บางครั้งอาจโมโหจนเฉียวง่าย ถ้ามีคนกล่าวถึงการติดสุราของตนเอง และมักชอบปฏิเสธเสมอ ๆ ว่าตนเองไม่ได้ติดสุรา คนเหล่านี้มักมีความกลัวและหวาดระแวงอย่างไม่มีเหตุผล ความจำและสมรรถภาพในการทำงานจะลดลงเรื่อย ๆ หน้าตาอาจจะแดงหรือหมองคล้ำ มีจ้ำเขียวซ้ำตามร่างกาย เสียเหง้าแห้ง มีกลิ่น และมักมีอาการของภาวะอาหารอักเสบเรื้อรัง ผลเริ่มแรกจะเกิดกับสมอง ทำให้กระบวนการการคิด ความรับรู้ การประสานงานในส่วนต่าง ๆ ของสมองและการเคลื่อนไหว ช้าลง บางรายอาจสูญเสียความทรงจำได้ ระยะต่อมากการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาว จะทำลายเนื้อสมอง หัวใจ ตับ ตับอ่อน เมื่อร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจมีได้ เช่น การสูบบุหรี่ การขาดอาหาร จะทำให้ผู้ป่วยเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง และทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้ร่างกายเกิดโรคภัยร้ายแรงต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น ระยะสุดท้ายในที่สุดแล้วจะถึงแก่ชีวิต จากการที่อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว จากอุบัติเหตุ จากการทำอุบัติเหตุกรรมจากมะเร็ง หรือจากโรคติดเชื้อ เหล่านี้สามารถหยุดได้โดยการหยุดดื่มสุรา แอลกอฮอล์เป็นสารพิษที่สามารถทำลายเซลล์ได้ ทำให้ผู้ที่ดื่มในปริมาณมาก ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำลายอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย แต่โชคร้ายที่ภาวะพิษสุราเรื้อรังมักจะปรากฏขึ้นมาอย่างช้า ๆ และเงียบ ๆ กว่าที่จะเห็นชัดเจนก็มักจะทำให้เกิดความเสียหายอย่างมากแล้ว แม้ว่าจะหยุดดื่มโรคก็ยังคงดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ สมองจะถูกทำลายและถึงแก่ชีวิตในที่สุด อย่างไรก็ตามการหยุดดื่มอาจจะสามารถหยุดโรคได้ และป้องกันความเสียหายบางส่วนได้ ดังนั้นยิ่งหยุดเร็วเท่าไร จะเกิดผลดีมากเท่านั้น โรคพิษสุราเรื้อรังพบได้มากในผู้ชาย จากสถิติของสหรัฐอเมริกาพบในผู้ชาย

เมื่อแอลกอฮอล์ไหลผ่านร่างกายย่อมมีผลกระทบต่อร่างกายแน่นอน เพราะ แอลกอฮอล์นั้นจะมีกรดที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาต่อร่างกายเมื่อดื่มเข้าไป ซึ่งแอลกอฮอล์จะเข้าสู่ร่างกายและผ่านไปตามเซลล์ของเม็ดเลือดอย่างรวดเร็ว ฉะนั้นการดื่มสุราเรื้อรังจะทำให้ระดับแอลกอฮอล์สูงในเลือดถึง 95 เปอร์เซ็นต์ โดยมีผลกระทบต่อร่างกายดังนี้ (ชามี อัฐกิจ และ ระพีพรรณ วังชุมทอง, 2549)

1. ปากและลำคอ เหล้าจะไประคายเคืองชั้นเยื่อที่ละเอียดอ่อนในปากและหลอดอาหาร มักจะร้อนช้ำเมื่อผ่านลงไป
2. ภาวะอาหารและลำไส้ เหล้าจะไปมีผลกับผนังชั้นนอกสุดที่เป็นชั้นที่จะปกป้องภาวะอาหาร จะทำให้เกิดแผลในภาวะอาหารและลำไส้ ถ้าอาการเช่นนี้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดการอักเสบของเยื่อชั้นในสุดของผนังภาวะหรืออาจจะทะลุได้ในลำไส้เล็ก เหล้าจะไปเป็นอุปสรรคกับการดูดซึมของสารอาหารบางชนิด เช่น ไชมัน วิตามินบี 6, 12 เป็นต้น
3. กระแสเลือด 95% ของเหล้าที่ดื่มเข้าไปในร่างกาย จะซึมเข้ากระแสเลือด โดยผ่านเยื่อในภาวะ และลำไส้อย่างรวดเร็ว เมื่อถึงกระแสเลือดมันจะเข้าไปในเซลล์และตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายอย่างรวดเร็วเช่นกัน แอลกอฮอล์ทำให้เซลล์ของเลือดเกาะเป็นก้อนเหนียว ทำให้การไหลเวียนช้าลง ออกซิเจนน้อยลงด้วย เหล้าทำให้โลหิตจางด้วย โดยที่มันจะไปลดการสร้างเม็ดเลือดแดง และยังไปทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกลืนตัวเชื้อและการทำลายแบคทีเรียช้าลง การทำให้การแข็งตัวของเกล็ดเลือดช้าลงด้วย
4. ตับอ่อน แอลกอฮอล์จะทำให้เซลล์ของตับอ่อนระคายเคือง เซลล์บวมขึ้น เหล้าทำให้การไหลของน้ำย่อยไม่คล่องตัว สารเคมีไม่สามารถที่จะเข้าไปในลำไส้เล็กได้ ทำให้มันย่อยตัวตับอ่อนเอง ทำให้ เกิดเลือดออกอย่างเฉียบพลันและการอักเสบของตับอ่อน พบว่า 1/5 จะเสียชีวิตไป

5. ตับ แอลกอฮอล์มีอิทธิพลกับเซลล์ของตับ ทำให้เกิดการบวมและไปทางเดินน้ำดี เล็กๆ ที่จะเป็นทางไปสู่ลำไส้เล็ก ทำให้น้ำดีซึมผ่านไปที่ตับ ทำให้ตัวเหลืองตามส่วนขอบของตา และผิวหนังเป็นสีเหลือง ทุกครั้งที่ดื่มแอลกอฮอล์ของตับจะถูกทำลายในที่สุดทำให้ตับแข็งการเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับมีถึง 8 เท่า เมื่อเทียบกับความปกติ

6. หัวใจ แอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อของหัวใจบวมขึ้น ทำให้เกิดเป็นพิษกับหัวใจเป็นเหตุทำให้การสะสมของไขมันมากขึ้น และทำให้การเผาผลาญช้าตามไปด้วย

7. กระเพาะปัสสาวะและไต แอลกอฮอล์ทำให้เยื่อของกระเพาะปัสสาวะบวมขึ้น ทำให้ไม่สามารถยืดตามปกติได้ในไต การระคายเคืองทำให้การสูญเสียน้ำมากขึ้น

8. ต่อมเพศ ต่อมอัณฑะจะบวม ทำให้ความสามารถทางเพศลดลง และความรู้สึกสุดยอดจะถูกขัดขวาง

9. สมอง อวัยวะที่แอลกอฮอล์ลุกลามจะไปมีบทบาทและเห็นผลได้ชัด คือ สมอง มันจะไปกดศูนย์กลางของสมองทำให้การประสานงานเสื่อมลงเรื่อยๆ สับสน จำความไม่ได้ เชื่องซึม ซาหรือสลับ โคม่าและตายได้ มันจะไปฆ่าเซลล์ของสมอง เมื่อเซลล์สมองถูกทำลายแล้วจะสร้างขึ้นใหม่ไม่ได้ การดื่มเป็นประจำระยะหนึ่งจะทำให้ความจำ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เสื่อมไป

สรุปได้ว่า แอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนี้ (1) ผลเฉียบพลันของการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ กดระบบประสาทส่วนกลาง หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว ชับปัสสาวะทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร กระตุ้นการอาเจียน ให้พลังงาน เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ลดระดับฮอร์โมนเพศชาย ตับอักเสบเฉียบพลัน และตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (2) ผลเรื้อรังของการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ความแปรปรวนทางจิตอารมณ์และพฤติกรรม โรคขาดอาหาร โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความผิดปกติของการนอนหลับ ความพקר่องทางเพศสัมพันธ์ ภูมิคุ้มกันต่ำ ตับแข็ง ปลายประสาทเสื่อม กล้ามเนื้อเสื่อม มะเร็งทางเดินอาหารส่วนบน และมะเร็งตับ และ (3) ผลเสียของแอลกอฮอล์ต่อการขับรถ ได้แก่ ประสิทธิภาพในการขับรถลดลงตามปริมาณของแอลกอฮอล์ในเลือด ผิดกฎหมายไทย (ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 50 มก %) สมารถเสี่ยงง่าย การตอบสนองช้าลง และสายตาแยกสี ไม่ค่อยได้ การคาดคะเนและการตัดสินใจผิดพลาด

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะการศึกษาผลกระทบจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย

2. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือ ตอนล่างของประเทศไทย

3. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาวะการณื่อด้านปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัญหาสุขภาพ

4. สมมติฐานการวิจัย

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านสุขภาพ

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อค้นพบเชิงประจักษ์ของผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้าน สุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
2. สามารถนำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านสุขภาพ ไปพัฒนาแนวทางการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนนำข้อค้นพบที่ ได้ไปใช้ในการแก้ไขปัญหามลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพของประเทศไทย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. ความหมายของสุราหรือเหล้า

สุรา มาจากภาษาบาลีและสันสกฤต แปลว่า เหล้าหรือน้ำเมาที่กลั่นแล้ว ซึ่งได้อธิบายคำว่า แอลกอฮอล์ ว่าหมายถึงความถึง สารอินทรีย์ชนิดหนึ่งมีลักษณะเป็น ของเหลวใส กลิ่นฉุน ระเหยง่าย มีจุดเดือด 78.58 องศาเซลเซียส ชื่อเต็มคือ เอทิลแอลกอฮอล์ แต่มักเรียกสั้นๆว่า แอลกอฮอล์ โดยปกติเกิดจากการหมักสารประเภทแป้ง หรือผสมยีสต์ ซึ่งมักเรียกกันว่า เบิ้งเชื้อ หรือเชื้อหมัก เป็นองค์ประกอบสำคัญของสุรา และเมรัยทุกชนิด เมื่อดื่มเข้าไปจะทำให้เกิดอาการมึนเมา ใช้ประโยชน์เป็นตัวทำละลาย และเป็นเชื้อเพลิง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2539)

แอลกอฮอล์เป็นยาากล่อมประสาทที่มีฤทธิ์คล้ายบาร์บิทูเรต พิษของแอลกอฮอล์คือทำให้เมาหรืออาจถึงตายได้ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมาก ติดต่อกันนานมีผลทำให้ติดหรือมีความผิดปกติทางกายและจิต (World Health Organization.1994)

พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ.2594 มาตรา 4

“สุรา” หมายความว่ารวมถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้ หรือ ซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อได้ผสมกับน้ำหรือเครื่องดื่มอย่างอื่นแล้ว สามารถดื่มกินได้ เช่นเดียวกับน้ำสุรา

“สุราแช่” หมายความว่า สุราที่ไม่ได้กลั่นและให้หมายความรวมถึงสุราแช่ที่ได้ผสมกับสุราที่กลั่นแล้ว แต่ยังมีแรงแอลกอฮอล์ไม่เกินสิบห้าดีกรีด้วย หรือสุราที่ได้จากการหมักส่าให้ เกิดเป็นน้ำเมาแต่ไม่มีการกลั่น มักจะหมักส่าจาก เมล็ดธัญพืช ผลไม้ และน้ำตาล จากพืชเช่น เบียร์ ไวน์

“สุรากลั่น” หมายความว่า สุราที่ได้กลั่นแล้ว และให้หมายความรวมถึงสุรากลั่นที่ได้ผสมกับสุราแช่แล้ว แต่มีแรงแอลกอฮอล์เกินกว่าสิบห้าดีกรีด้วย

2. ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศไทยมีการแบ่งประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม มอก.39-2516 ของกระทรวงอุตสาหกรรมดังนี้

2.1. สุราแช่หรือเมรัย (Fermented Liquors) ผลได้จากการหมักส่ำให้เกิดเป็นน้ำเมา มีแรงแอลกอฮอล์มากน้อยตามต้องการ และไม่มีกรกลั่น แบ่งเป็น 4 ชนิด ดังนี้

ชนิดที่ 1 ได้จากการหมักส่ำจากเมล็ดธัญพืช เช่น เบียร์ น้ำข้าว สาเก(SAKE) สุราเสียวเฮง เป็นต้น

ชนิดที่ 2 ได้จากการหมักส่ำจากผลไม้หรือน้ำตาลจากพืช เช่น ไวน์ (WINE) แชมเปญ (CHAMPANGE) น้ำตาลเมา (TODDY) ไชเคอร์ (CIDER) เป็นต้น

ชนิดที่ 3 ได้จากชนิดที่ 1 และ ชนิดที่ 2 ผสมตัวยาลปรุงแต่ง สี กลิ่น รส ตามต้องการ เช่น เวอร์มูท (VERMOUTH) ไวน์ที่เป็นยา (MEDICATED) เป็นต้น

ชนิดที่ 4 ได้จากชนิดที่ 1 และ ชนิดที่ 2 ผสมสุรากลั่นแอลกอฮอล์ตามต้องการแต่ไม่เกิน 23 ดีกรี เช่นไวน์อย่างแรง (FORTIFIED WINE) เซอร์รี่ (SHERRY) ปอร์ตไวน์ (PORT WINE) เป็นต้น

2.2 สุรากลั่น (Distilled Liquors) ได้จากการหมักส่ำให้เกิดมีแรงแอลกอฮอล์แล้วกลั่น และบางชนิดต้องเก็บไว้นานเพื่อให้มีคุณภาพดี แล้วอาจปรุงแต่งให้มีแรงแอลกอฮอล์มากน้อยตามต้องการ สุรากลั่นของไทยส่วนมากที่มีจำหน่าย คือสุราขาว (เหล้าโรง) สุราผสม สุราผสมพิเศษ สุราปรุงพิเศษ (เหล้าเหลียง) สุราไทยนิยมใช้สารปรุงแต่ง เช่น น้ำเชื้อ (Essence หรือ Flavor) เป็นต้น ได้มาจากการหมักแล้วกลั่น มีหลายประเภทดังนี้คือ

ชนิดที่ 1 สุรากลั่นที่กลั่นโดยตรงเพื่อให้ได้กลิ่นและรสชาติเฉพาะจากวัตถุดิบนั้นอาจปรับปรุงเพียงเพื่อให้ได้กลิ่นรสดีขึ้น และทำให้มีแรงแอลกอฮอล์ตามต้องการ เช่น สุราขาว วอดก้า

(VODKA) เกาเหลียง อาร์เรค (ARRACK) เทกลา (TEQUILA) เป็นต้น

ชนิดที่ 2 สุรากลั่นหรือแอลกอฮอล์ผสมปรุงแต่งสี กลิ่น ความแรง แบ่งเป็นแช่กับสมุนไพร เช่น สุราจีน ปรุงด้วยน้ำเชื้อ หรือแช่กับผลไม้ สมุนไพรไม่มีสรรพคุณของตัวยาลือ เช่น สุราผสม สุราปรุงชนิดพิเศษ (แม่โขง) หรือเป็นชนิดรสหวาน เช่น สุราเปปเปอร์มินต์

ชนิดที่ 3 สุรากลั่นที่นำมาปรุงแต่งกรรมวิธีให้มี สี กลิ่น รส และแรงแอลกอฮอล์ตามต้องการ เช่น วิสกี้ (WHISKY) บรันดี้ (BRANDY) รัม (RUM)

3. ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปริมาณแอลกอฮอล์

3.1 ไวน์ (Wine) หรือที่เรียกว่าเหล้าองุ่น คือ ที่เป็นที่นิยมกันแพร่หลาย แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1) Table Wine หรือ Still Wine คือ ไวน์ที่หมักจากองุ่น โดยไม่ต้องเพิ่มเติมสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป ไม่มีแก๊ส มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10 – 12 ดีกรี นิยมดื่มในทุกโอกาส แต่ส่วนใหญ่ดื่มประกอบอาหาร เพื่อเจริญอาหาร และรสชาติ ของอาหาร มี 3 สี

1.1) ไวน์แดง (Red Wine) จะมีตั้งแต่สีแดงอ่อน ถึงแดงเข้ม ขึ้นอยู่กับชนิด ขององุ่นที่นำมาหมักและระยะเวลาในการหมัก ส่วนใหญ่ ไวน์แดงจะมีรสฝาด และให้รสหวานน้อยมาก เรียกว่า Day นิยมดื่มโดยไม่แช่เย็น

1.2) ไวน์ขาว (White Wine) จะมีตั้งแต่สีเหลืองซีดจนถึงสีเหลืองทอง ลักษณะโดยทั่วไปจะมีรสอ่อน กลิ่นน้อย ความหวานมีตั้งแต่ความหวานน้อยจนถึงหวานมาก ไม่มีรสฝาด นิยมดื่มโดยแช่เย็น

1.3) ไวน์สีชมพู (Rose Wine) จะมีตั้งแต่สีชมพูอ่อนจนถึงเกือบแดง ไวน์สีชมพูจะมีลักษณะระหว่าง ไวน์ขาวกับไวน์แดง คือมีรสฝาดเล็กน้อยและมีรสเปรี้ยวอมหวาน จึงเป็นที่นิยมเพราะดื่มง่าย นิยมแช่เย็นก่อนดื่ม

2) Sparking Wine คือไวน์ที่มีแก๊สจึงทำให้มีรสซ่ามีทั้งสีขาว ชมพูและแดง Sparking Wine ใช้กรรมวิธีในการหมักไวน์ซ้ำเป็นครั้งที่สองภายในขวด และเก็บรักษาแก๊สนี้ไว้ จึงทำให้เกิดรสซ่า เป็นที่นิยมกันมาก จึงมีการจดลิขสิทธิ์ไว้ชื่อ “Champagne” ของฝรั่งเศส ส่วนไวน์ที่ผลิตด้วยกรรมวิธีคล้ายคลึงกันจะใช้คำว่า Sparking Wine แซมเปญนิยมนิยมดื่มเพื่อแสดงความยินดีต่อกัน เสิร์ฟโดยแช่เย็นจัด

3) Fortified Wine คือไวน์ที่เพิ่มแอลกอฮอล์ให้สูงประมาณ 18-19 ดีกรี จะมีกลิ่น รส และแอลกอฮอล์มากกว่าไวน์ธรรมดา แช่เย็นเพียงเล็กน้อยก่อนดื่ม

3.2 เบียร์ เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกิน 15 ดีกรี เบียร์ ทำจากข้าวบาเลย์หมัก อบ และ บด ต้มให้สุกแล้วใส่ถังหมัก เมื่อหมักได้ที่แล้วจึงใส่ดอกฮอป เพื่อทำให้มีรสขม จากนั้นจึงใส่เชื้อยีสต์ สำหรับเครื่องดื่มที่จัดอยู่ในกลุ่มเบียร์ คือ กระแช่ น้ำตาลเมา อูสาโท

3.3 เหล้าวิสกี้ (Whisky) วิสกี้ คือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลั่นที่ทำจากข้าวชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดก็ได้ โดยนำมาหมักแล้วกลั่นให้มีดีกรีสูงขึ้นจากนั้นนำไปเก็บบ่มในถังไม้

3.4 เหล้าบรันดี (Brandy) เป็นเหล้าที่นิยมกันมาก ได้จากการหมักองุ่นให้เป็นไวน์ แล้วจึงนำมากลั่นเป็นบรันดี จากนั้นนำไปเก็บบ่มให้ได้ สี กลิ่น รสที่ดี

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดต่างๆ

ชื่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ปริมาณแอลกอฮอล์ (ดีกรี)
แม่โขง	35
สุราขาว	35
สุราจีน-เซี่ยงชุน	30
สุรา พิเศษ-แสงไสม	40
วิสกี้ไทย-ธาวา ไก่แดง ไก่ขาว กวางทอง	40
วิสกี้ฝรั่ง	42-53
ไวท์ขาว	8
ไวท์แดง	6-14
ไวท์หวาน	15
ไวท์อย่างแรง(Fortified Wine)	20
แชมเปญ	16
เบียร์ กระแช่ อุ สาทิ น้ำตาลเมา	4-6
บรันดี วิสกี้	45
รัม	60
ยีน	44
สุราหมักไทย น้ำขาว	8-10

ที่มา: พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ, 2537

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตีพิมพ์แอลกอฮอล์

การเลือกที่จะตีพิมพ์แอลกอฮอล์หรือไม่นั้น แต่ละบุคคลไม่ได้มีอิสระอย่างเต็มที่ ในการตัดสินใจเลือกปัจจัยที่มีอิทธิพลกำหนดการตัดสินใจของบุคคล มีดังนี้

4.1 ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางกายภาพและความสะดวกในการติดต่อคมนาคม ในการทบทวนประวัติ การตีพิมพ์แอลกอฮอล์จะพบว่า การตีพิมพ์แอลกอฮอล์ได้แพร่กระจายไปอย่างรวดเร็วเมื่อมีทางรถไฟ เชื่อมระหว่างเมืองความสามารถในการขนส่งและความสะดวกในการขนส่งได้ทำให้ประชาชนรู้จัก เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ได้มากขึ้นเร็วขึ้น และมีเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์หลายชนิดให้ประชาชนสามารถ ทดลองได้ ส่วนปัจจุบันความสะดวกในการขนส่งทั้งบกและอากาศทำให้ผู้บริโภคมีโอกาสตีพิมพ์ได้ ง่ายขึ้น

ปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมทางการเมืองและเศรษฐกิจ ผลกระทบจาก นโยบายทางการเมืองที่มองเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในฐานะที่เป็นแหล่งทำรายได้ให้แก่ประเทศ มากกว่าผลกระทบของการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ที่มีต่อประชาชนผู้บริโภคและสังคมโดยรวมปัจจุบัน ประเมินว่าแหล่งรายได้ที่ใช้ในกิจการของประเทศมากกว่าร้อยละ 35 มาจากภาษีของเครื่องตีพิมพ์ แอลกอฮอล์ เมื่อรัฐมีแนวคิดที่ใช้เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์เพื่อเป็นแหล่งรายได้จึงเป็นการเปิดโอกาส ให้มีการผลิต การกระจาย ตลอดจนนำเข้าเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ต่างประเทศ มากยิ่งขึ้น

4.2 ปัจจัยทางวัฒนธรรม

บทบาทของวัฒนธรรมที่มีต่อการตีพิมพ์แอลกอฮอล์นั้นนับว่ามีอยู่ไม่น้อย ด้วย วัฒนธรรมเป็นโครงสร้างหลักกำหนดแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล ว่าบุคคลนั้นจะเลือก บริโภคอะไรในเวลาใดบริโภคกับใครและปริมาณมากเท่าใด นั่นขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้น ๆ ด้วย

4.3 ปัจจัยเกี่ยวกับกลุ่มสังคม

กลุ่มสังคมพื้นฐานหลักคือ ครอบครัว ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ แบบ แผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวจะเป็นกรอบการดำเนินชีวิต ของสมาชิกรุ่นต่อไป การศึกษาใน ต่างประเทศ พบว่า ครอบครัวที่บิดาเป็นผู้ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์เร็วจริงจะมีผลต่อบทบาทและ ความสัมพันธ์ในครอบครัวบุตรจะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ มีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน และตีพิมพ์แอลกอฮอล์ แต่ถ้าหากครอบครัวที่มารดาเป็นผู้ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์เร็วจริง ผลกระทบที่ เกิดกับเด็กจะรุนแรงมากกว่า เนื่องจาก บทบาทของมาในการดูแลบุตรไม่สามารถจะยกเลิกหรือ ละเว้น เช่น บิดา เด็กจะมีแนวโน้มที่จะถูกทารุณกรรมและถูกละเลยได้สูงกว่ารวมทั้งเด็กใน

นอกจากครอบครัวจะเป็นตัวแบบโดยตรงในการดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เด็กแล้ว ระบบการคิดและรูปแบบการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ก็จะเป็นกรอบการตัดสินใจดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กด้วย เช่น มีระบบคิดที่ว่าการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพ เพื่อสังคมหรือเพื่อคลายทุกข์กลุ่มสังคมกลุ่มที่สองที่สำคัญคือกลุ่มเพื่อน ซึ่งการศึกษาสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน พบว่า ส่วนใหญ่มาจากเพื่อนชวน ตามเพื่อน และอยากทดลอง อิทธิพลของเพื่อนจะมีมากในวัยรุ่น การศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีผู้ทำไปแล้วอย่างกว้างขวางหากแต่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์นั้น ยังไม่มีการศึกษาอย่างเจาะจงมาก นอกจากกลุ่มเพื่อนแล้วตัวแบบต่าง ๆ ที่วัยรุ่นยึดถือก็เป็นการส่งผลต่อการตัดสินใจดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นตัวแบบในกลุ่มวัยรุ่นหรือในกลุ่มผู้ใหญ่ ผู้ที่ทำงานแล้ว กลุ่มดารา นักร้อง

4.4 ปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาบางครอบครัว พบว่า ถ้าคนในครอบครัวติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลูกหลานจะพลอยติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปด้วย ถ้าพ่อแม่หรือพี่น้อง คนใดคนหนึ่งติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คนอื่นในครอบครัวมีสิทธิติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ถึง ร้อยละ 25 คือ สูงกว่าอัตรา การติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพลเมืองทั่วไป 5 เท่า ถ้าทั้งพ่อทั้งแม่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งคู่ อัตราการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของลูกจะสูงขึ้น ร้อยละ 50 – 60 การศึกษาจากคู่แฝดในประเทศสวีเดน ประเทศเดนมาร์ก และที่รัฐโอไฮโอประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ถ้าฝาแฝดคนหนึ่งติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โอกาสที่คู่แฝดอีกคนจะติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีสูงมาก หากเป็นแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ อัตราการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคู่แฝดจะมีร้อยละ 25 ถ้าเป็นแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันคู่แฝดจะติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 65.80 ก็แสดงว่า พันธุกรรมเป็นข้อบ่งชี้ถึงอิทธิพลของการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษาวิจัยโดยการแยกเด็กไปเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม (Adoption Study) ได้ข้อสรุปเป็นที่แน่ชัดว่าเมื่อแยกเด็กจากพ่อแม่เดิมที่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่วัยแรกเกิด เขาไปเลี้ยงในครอบครัวใหม่ที่ไม่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เด็กก็ยังติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน คันสนีย์เวทย์, 2540)

2. ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อร่างกาย โดยแอลกอฮอล์จะเข้าสู่ร่างกายและผ่านไปตามเซลล์ของเม็ดเลือดอย่างรวดเร็ว ฉะนั้นการดื่มสุราเร็วรั้งจะทำให้ระดับแอลกอฮอล์สูงในเลือดถึง 95 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นเมื่อแอลกอฮอล์ ที่ อวัยวะไหลผ่านร่างกายย่อมมีผลกระทบต่อร่างกายแน่นอน เพราะ แอลกอฮอล์นั้นจะมีกรดที่ก่อให้เกิดการทำปฏิกิริยาต่อร่างกายเมื่อดื่มเข้าไป โดยจะมีผลกระทบต่อร่างกายดังนี้(ชาบี อัจฉริจ และระพีพรรณ วงษ์ชุมทอง, 2550)

1. ปากและลำคอ เหล้าจะไประคายเคืองชั้นเยื่อที่ละเอียดอ่อนในปากและหลอดอาหาร มักจะร้อนช้ำเมื่อผ่านลงไป
2. ภาวะอาหารและลำไส้ เหล้าจะไปมีผลกับผนังชั้นนอกสุดที่เป็นชั้นที่จะปกป้องภาวะอาหาร จะทำให้เกิดแผลในภาวะอาหารและลำไส้ ถ้าอาการเช่นนี้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดการอักเสบของเยื่อชั้นในสุดของผนังภาวะหรืออาจจะทะลุได้ในลำไส้เล็ก เหล้าจะไปเป็นอุปสรรคกับการดูดซึมของสารอาหารบางชนิด เช่น ไชมัน วิตามินบี 6, 12 เป็นต้น
3. กระแสเลือด 95% ของเหล้าที่ดื่มเข้าไปในร่างกาย จะซึมเข้ากระแสเลือด โดยผ่านเยื่อในภาวะ และลำไส้อย่างรวดเร็ว เมื่อถึงกระแสเลือดมันจะเข้าไปในเซลล์และตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายอย่างรวดเร็วเช่นกัน แอลกอฮอล์ทำให้เซลล์ของเลือดเกาะเป็นก้อนเหนียว ทำให้การไหลเวียนช้าลง ออกซิเจนน้อยลงด้วย เหล้าทำให้โลหิตจางด้วย โดยที่มันจะไปลดการสร้างเม็ดเลือดแดง และยังไปทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกลืนตัวเชื้อและการทำลายแบคทีเรียช้าลง การทำให้การแข็งตัวของเกล็ดเลือดช้าลงด้วย
4. ตับอ่อน แอลกอฮอล์จะทำให้เซลล์ของตับอ่อนระคายเคือง เซลล์บวมขึ้น เหล้าทำให้การไหลของน้ำย่อยไม่คล่องตัว สารเคมีไม่สามารถที่จะเข้าไปในลำไส้เล็กได้ ทำให้มันย่อยตัวตับอ่อนเอง ทำให้ เกิดเลือดออกอย่างเฉียบพลันและการอักเสบของตับอ่อน พบว่า 1/5 จะเสียชีวิตไปในครั้งแรก เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับตับอ่อนนี้ทำให้การสร้างอินซูลินขาดหายไป และทำให้เป็นเบาหวาน
5. ตับ แอลกอฮอล์มีอิทธิพลกับเซลล์ของตับ ทำให้เกิดการบวมและไปทางเดินน้ำดีเล็กๆ ที่จะเป็นทางไปสู่ลำไส้เล็ก ทำให้น้ำดีซึมผ่านไปทั่วตับ ทำให้ตัวเหลืองตามส่วนขอบของตาและผิวหนังเป็นสีเหลือง ทุกครั้งที่ดื่มมันเซลล์ของตับจะถูกทำลายในที่สุดทำให้ตับแข็งการเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับมีถึง 8 เท่า เมื่อเทียบกับความปกติ
6. หัวใจ แอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อของหัวใจบวมขึ้น ทำให้เกิดเป็นพิษกับหัวใจเป็นเหตุทำให้การสะสมของไขมันมากขึ้น และทำให้การเผาผลาญช้าตามไปด้วย

7. ภาวะเบาหวานและไต แอลกอฮอล์ทำให้เยื่อของภาวะเบาหวานบวมขึ้น ทำให้ไม่สามารถยืดตามปกติได้ในไต การระคายเคืองทำให้การสูญเสียน้ำมากขึ้น

8. ต่อมเพศ ต่อมธัยรอยด์จะบวม ทำให้ความสามารถทางเพศลดลง และความรู้สึกลดสุด ยอดจะถูกขัดขวาง

9. สมอ อวัยวะที่แอลกอฮอล์ลุกลามจะไปมีบทบาทและเห็นผลได้ชัด คือ สมอ มันจะไปกดศูนย์กลางของสมอทำให้การประสานงานเสื่อมลงเรื่อยๆ สับสน จำความไม่ได้ เชื่องซึม ซา หรือสลบ โคม่าและตายได้ มันจะไปฆ่าเซลล์ของสมอ เมื่อเซลล์สมอถูกทำลายแล้วจะสร้างขึ้นใหม่ไม่ได้ การดื่มเป็นประจำระยะหนึ่งจะทำให้ความจำ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เสื่อมไป

นอกจากนี้เมื่อมีสารแอลกอฮอล์เข้ามาในร่างกาย ตับก็มีความจำเป็นต้องสกัดเอา แอลกอฮอล์ออกจากระบบ ทำให้ พวกสารอื่นๆโดยเฉพาะพวก Fatty Acid คั่งค้าง เมื่อปฏิกิริยานี้ เกิดต่อเนื่องนานขึ้น เนื่องจากการดื่มที่มีมาไม่หยุด ก็จะมีกรดไขมันพอกในตับเป็นจำนวนมาก จะพบในคนที่ดื่มสุราหนัก เรียกสภาพอันนี้ว่า Fatty Liver สภาพนี้ สามารถทำให้กลับคืนปกติได้ หากหยุดดื่มเหล้า อันนี้ เป็นระยะแรกที่ตับเริ่มมีความไม่ปกติ ก็สรุปได้ว่า เมื่อเราดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เข้าไป ก็เท่ากับว่า มันไปกีดกัน ขัดขวางการทำงานของระบบสำคัญอื่นๆ ผลก็คือ ทำให้ มีกรดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของร่างกาย อาการนี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้ จะเกิดจากการดื่มหนักๆ เพียงคืนเดียว เมื่อเกิดขึ้นนานๆเข้า ก็จะเริ่มไปทำให้เกิดมีอันตรายต่อ เซลของตับ อาการในระยะนี้มักจะไปปรากฏชัด แต่สามารถบอกได้เมื่อตรวจระดับเลือดซึ่งจะ พบว่า มีระดับของสารบางอย่างผิดปกติ หรือ ใช้ อัลตราซาวด์คอมพิวเตอร์ เมื่อการดื่มยังไม่หยุดยัง พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เข้าข้างบน จะเกิดมีอาการเลวลงทำให้เกิดโรคที่เราเรียกว่า ตับ อักเสบจากเหล้า (Alcoholic Hepatitis) เพราะการสะสมของสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และขาด สารสำคัญที่ตับควรผลิต เมื่อตับได้รับอันตรายก็จะมีอาการช้ำ ตับจะเริ่มมีพังผืดเข้าไป สร้างช้ำในตับ ในรายที่มีอาการระยะต้นหรือปานกลาง หากมีการหยุดดื่มเหล้า ทานอาหาร เสริมที่มีประโยชน์ ร่างกายสามารถซ่อมกลับได้ เกือบปกติ อาการในโรคนี้คือ มีไข้ ตัวเหลือง ปวดท้อง หากตับอักเสบบวม อาการรุนแรง อาจถึงตายได้ ในระยะต่อไป เมื่ออาการเป็นมากขึ้น เนื่องจากไม่หยุดดื่ม อีกประมาณ 15-30 % ของคนกลุ่มนี้ ตับจะถูกทำลายมากขึ้น ทำให้มีการ ช้ำช้ำเกิดขึ้นในตับเพิ่มขึ้นอีก เราเรียกโรคในระยะเช่นนี้ว่า "ตับแข็ง" (Cirrhosis) ตับในระยะนี้ จะมีรูปร่างขรุขระตะปุ่มตะป่ำ ขนาดเล็กลง ผลก็คือทำให้เลือดซึ่งรับอาหารจากผนังของภาวะ

ผลร้ายจาก Alcohol ที่เกิดต่อดับนั้น มี 3 ระยะ ดังนี้ ระยะแรกเรียกว่า สภาพที่มีไขมันไปพอกที่ตับมากพบมากในพวกที่ดื่มหนักระยะแรก หากหยุดเหล้า ตับในสภาพอันนี้ สามารถคืนกลับสู่สภาพปกติได้ ระยะต่อไป ที่เรียกว่า ตับอักเสบจากเหล้า หากได้รับการรักษาที่เพียงพอและหยุดเหล้าได้ ก็มีทางหาย ส่วนระยะสุดท้าย เกิดจากการที่มีพังผืดมาก เรียกว่าตับแข็ง จนทำให้ขนาดและรูปร่างของตับเปลี่ยนและผิดแผกไป อาการมีได้มาก รวมทั้งมีโอกาสเป็นมะเร็งในตับได้ ระยะนี้หากเป็นมาจนตับวาย ทางรักษาอาจมีได้ทางเดียว คือการเปลี่ยนตับ ทั้งนี้ โรคมะเร็งตับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549) มีสาเหตุ การเกิดของโรค แยกตามประเภทได้ 2 ชนิด คือ 1) ชนิดที่เกิดกับตับโดยตรง (มะเร็งปฐมภูมิ) ในประเทศไทยพบมากมี 2 ชนิดคือ มะเร็งชนิดเซลล์ตับ

ทั้งนี้สามารถสรุปผลกระทบเฉียบพลันของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย ได้ดังนี้คือ กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว ขับปัสสาวะ ทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร กระตุ้นการอาเจียน ให้พลังงานทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ลดระดับฮอร์โมนเพศชาย และทำให้ตับอักเสบเฉียบพลัน รวมทั้ง ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ส่วนผลเรื้อรังของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย ได้แก่ ก่อให้เกิดความแปรปรวนทางจิตอารมณ์และพฤติกรรม โรคขาดอาหาร โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความผิดปกติของการนอนหลับ ความบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ ภูมิคุ้มกันต่ำ ตับแข็ง ปลายประสาทเสื่อม กล้ามเนื้อเสื่อม มะเร็งทางเดินอาหาร ส่วนบนและมะเร็งตับ(สุรชัย อัญเชิญ, 2545)

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Baune B. T. et al. (2005) ได้ศึกษาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คนต้องเข้าแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในเมืองเพิ่มขึ้น เพื่อดูอัตราผู้ป่วยที่มีปัญหาซึ่งสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐในเขตชุมชนเมือง 11 แห่งในประเทศเยอรมนี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 1,748 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.8 ซึ่งมีจำนวนครั้งของการมารับบริการเท่ากับ 2,372 ครั้ง อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 3 รวมจำนวนวันนอนทั้งหมดเท่ากับ 12,629 วัน และจำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อรายคิดเป็น 10 วันนอน เมื่อคำนวณอัตราป่วยคิดเป็น 10.7 ต่อ 1,000 คนของประชากร ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,748 ราย มีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการแผนกฉุกเฉินเพียงครั้งเดียว เท่ากับ 1,451 รายคิดเป็นร้อยละ 83 ของผู้ป่วยทั้งหมด ที่เหลือ 297 รายใช้บริการหลายครั้งซึ่งคิดเป็นค่ามัธยฐานได้เท่ากับ 3 ครั้ง (Median of Repeat Attendances = 3) จำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลช่วงสั้นๆ (น้อยกว่า 24 ชั่วโมง) สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ คือ เพศชาย ดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ประสบอุบัติเหตุ และมีโรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงสำหรับการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินซ้ำ คือ การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากในครั้งแรกที่มารับบริการแผนก

Wakai K. et al. (2005) ได้ทำการศึกษาเรื่องของการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในคนญี่ปุ่น พบว่า ระยะเวลาติดตามจาก 1988 ถึงเดือนธันวาคม 1997 โดยเฉลี่ย 7.6 ปี (SD 1.9 ปี) ณ จุดเริ่มต้น มีชายที่ไม่ดื่มร้อยละ 18.5, หยุดดื่มร้อยละ 6.9, ยังดื่มอยู่ในปัจจุบันร้อยละ 74.5 ส่วนหญิงที่ไม่ดื่มร้อยละ 74.3, หยุดดื่มร้อยละ 1.9, กำลังดื่มอยู่ร้อยละ 23.8 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon Cancer) 418 ราย (ชาย 220 ราย และหญิง 198 ราย) ผู้ป่วยโรคมะเร็งทวารหนัก (Rectal Cancer) 211 ราย (ชาย 150 รายและหญิง 61 ราย) ชายที่หยุดหรือกำลังดื่มมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้มากกว่าชายที่ไม่ดื่มถึง 2 เท่า [Multivariate-adjusted IRR สำหรับผู้ที่หยุดดื่มเท่ากับ 2.01 (95%CI=1.09-3.68); IRR สำหรับผู้ที่ยังดื่มอยู่ในปัจจุบันเท่ากับ 1.97 (95%CI=1.28-3.03)] ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการดื่มกับการเกิดโรคมะเร็งไม่ชัดเจน เพศหญิงยิ่งดื่มมากยิ่งขึ้นเพิ่มความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิด Rectal Cancer โดยพบว่า คนที่ดื่มเล็กน้อย (<22 g ethanol/day) ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งทวารหนัก [Multivariate-adjusted IRR สำหรับชายเท่ากับ 0.61 (95%CI=0.33-1.13); IRR สำหรับหญิงเท่ากับ 0.69 (95%CI=0.27-1.74)] แม้ว่า IRR สำหรับชายที่ยังดื่มอยู่ในปัจจุบันจะมีค่าเกือบเท่ากับชายที่ดื่มเล็กน้อย แต่ชายที่กำลังดื่มมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามปริมาณที่ดื่มมากขึ้น ($p = 0.027$)

Walton-Moss B. J. et al. (2005) ได้ศึกษาเรื่องผู้หญิงในเมืองที่มีคูรักรซึ่งดื่มสุราแบบอันตรายมีความเสี่ยงสูงต่อการถูกทำร้ายร่างกาย เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกายจากคูรักรของผู้หญิงที่อาศัยอยู่ใน 11 เมืองใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการถูกทำร้ายร่างกายจากคูรักรของผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในเมือง คือ ผู้หญิงอายุน้อย (Adjusted Odds Ratio (AOR) = 2.05, $p = 0.011$), มีปัญหาสุขภาพจิตปานกลางถึงรุนแรง (AOR = 2.65, $p < .001$), เคยมีคูรักรมาก่อน (AOR = 3.33, $p < .001$) ในด้านปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ชายที่ทำร้ายผู้หญิง ได้แก่ การศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลาย (AOR = 2.06, $p = .014$), มีปัญหาสุขภาพจิตปานกลางถึงรุนแรง (AOR = 6.61, $p < .001$), มีปัญหาใช้ยาเสพติด (AOR = 1.94,

สิทธิพันธ์ เจริญรัตน์ (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า เพศ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอิทธิพลของสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนอิทธิพลสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จิตนา วงศ์วาน (2548) ได้ศึกษาความชุกชุมและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า นักเรียนร้อยละ 41.1 เคยดื่มแอลกอฮอล์ โดยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 38.1 นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 46.2 เพศชายดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.1 เพศหญิงดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.3 ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14.6 ปี ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรกคือ เบียร์ ร้อยละ 53.4 ส่วนสาเหตุที่ดื่มครั้งแรกคืออยากลอง มากที่สุด ร้อยละ 49 รองลงมาได้แก่ เพื่อนชักชวน และ ดื่มเพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 16.5 และ 12.0 ตามลำดับ ส่วนชนิดเครื่องดื่มที่ดื่มเป็นเบียร์มากที่สุด ร้อยละ 39 รองลงมาได้แก่ ไวน์ และสุรา ร้อยละ 27.0 และ 18.0 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุที่ยังดื่มอยู่ในปัจจุบันคือ เพื่อนชักชวน มากที่สุด ร้อยละ 30.4 รองลงมาได้แก่ ดื่มเพื่อเข้าสังคม และติดใจในรสชาติ ร้อยละ 24.0 และ 18.0 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ดื่มกับเพื่อนมากที่สุด ร้อยละ 70.0 รองลงมาได้แก่ ดื่มกับบิดา มารดาและญาติ และดื่มคนเดียว ร้อยละ 25.0 และ 5.0 ตามลำดับ ส่วนโอกาสในการดื่ม พบว่า ดื่มในเทศกาลต่างๆ มากที่สุด ร้อยละ 43.0 รองลงมาได้แก่ งานเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อน และดื่มเพราะอยากดื่ม ร้อยละ 31.8 และ 14.6 ตามลำดับ และยังพบว่า เพศ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน พฤติกรรมการเที่ยวกลางคืน อิทธิพลของเพื่อน ความรู้เกี่ยวกับโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์และการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ของบิดา มารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Sakata K. et al. (2005) ได้ศึกษาเรื่อง การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่มากเพิ่มความเสี่ยงต่อการตายจากโรคมะเร็งหลอดอาหารเป็นงานวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้านาน 2 ปี ในกลุ่มตัวอย่างชายญี่ปุ่นทั้งหมด 42,578 คน ในประเทศญี่ปุ่น มีอายุระหว่าง 40-79 ปี เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการดื่มสุรากับการตายจากโรคมะเร็งหลอดอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณการสูบบุหรี่ไม่เกิน 20 มวนต่อวันร่วมกับการดื่มมากกว่า 22 กรัมแต่ไม่เกิน 66 กรัมของแอลกอฮอล์ต่อวันมีความเสี่ยงต่อการตายจากโรคมะเร็งหลอดอาหารถึง 3.88 เท่า (Hazard Ratio 3.88, 95%CI 1.19-12.69) แต่ความเสี่ยงจะมากขึ้นถ้าสูบบุหรี่ มากกว่า 20 มวนต่อวันร่วมกับการดื่มมากกว่า 66 กรัมของแอลกอฮอล์ต่อวัน โดยมีความเสี่ยงต่อการตายจากโรคมะเร็งหลอดอาหารสูงถึง 6.3 เท่า (Hazard Ratio 6.30, 95%CI 1.33-29.76) สำหรับคนที่ไม่สูบบุหรี่แต่ดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นหรือคนที่ไม่ดื่มเลยหรือดื่มไม่เกิน 22 กรัมของแอลกอฮอล์ต่อวัน แต่สูบบุหรี่มากขึ้นไม่พบความเสี่ยงต่อการตายจากโรคมะเร็งหลอดอาหาร ผลการศึกษาสรุปว่าการสูบบุหรี่จัดพร้อมกันกับการดื่มสุร่าอย่างหนักเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตายจากโรคมะเร็งหลอดอาหารของชายญี่ปุ่น

Go V. L., Gukovskaya A., and Pandol S. J. (2005) ได้ศึกษาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งตับอ่อน โดยทำการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดโรคมะเร็งตับอ่อน เพื่อประเมินว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับอ่อนหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า หลายงานวิจัยมีผลลัพธ์ที่ตรงกันว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นสาเหตุของโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและโรคเบาหวานชนิด 2 ซึ่งโรคทั้งสองสัมพันธ์กับโรคมะเร็งตับอ่อน ผู้วิจัยพยายามอธิบายกลไกการเกิดโรคมะเร็งตับอ่อนจากการดื่มแอลกอฮอล์ว่า แอลกอฮอล์และสารที่เกิดจากการเผาผลาญแอลกอฮอล์ เช่น Acetaldehyde และ Fatty Acid Ethyl Esters ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ Metabolic Pathways ที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองการอักเสบและการสร้างเซลล์มะเร็ง โดยผ่านกลไกการเกิด ดังนี้

1. การกระตุ้น Zymogens ก่อนกำหนด
2. การเหนี่ยวนำให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบโดยการกระตุ้น Nuclear Transcription Factors ซึ่งรวมถึง Nuclear Factor-kappa และ Activation protein 1
3. การสร้าง Reactive Oxygen Species เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการทำลาย Oxidative DNA และเปลี่ยนแปลงผลของสารต้านอนุมูลอิสระจากสารอาหาร
4. การกระตุ้นเซลล์ตับอ่อนชนิด Stellate Cells ซึ่งทำให้เกิดพังผืด (Fibrosis)

5. การผ่าเหล่าของจีนที่เกี่ยวข้องกับเอนไซม์ Cytochrome P450, Glutathione S-transferase, Aldehyde Dehydrogenase, Cationic Trypsinogen และ Pancreatic Secretory Trypsin Inhibitor

6. การเสริมฤทธิ์ของสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) ของแอลกอฮอล์และบุหรี่ ผ่านขบวนการสันดาป (Metabolism) ของ NNK [Nitrosamine 4-(Methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone]

7. การสูญเสียการควบคุม (Dysregulation) ด้านการแบ่งตัว (Proliferation) และการตายของเซลล์ (Apoptosis)

กลไกการเกิดโรคมะเร็งตับอ่อนข้างต้นมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ กรรมพันธุ์ อาหาร สิ่งแวดล้อม และวิถีดำรงชีวิต ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของตับอ่อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมทั้งโรคเบาหวาน โดยเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องหลายขั้นตอนก่อนจะมาเป็นโรคมะเร็งตับอ่อน

Wang (2005) ได้ศึกษาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้วิตามินเอบกพร่องและเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเป็นงานวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรม เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์กับวิตามินเอและการเกิดโรคมะเร็ง เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นเวลานานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ เช่น มะเร็งช่องปาก, กลัองเสียง, หลอดอาหาร, ตับ, ปอด, ลำไส้ใหญ่ถึงทวารหนัก, เต้านม เป็นต้น สาร Retinoid (เป็นสารวิตามินเอและอนุพันธ์ของมัน) มีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ การแบ่งตัวและแยกเป็นเซลล์ชนิดต่างๆ (Cellular Differentiation) รวมถึงการแตกสลายของตัวเซลล์ (Apoptosis) ดังนั้นวิตามินเอ จึงน่าจะเกี่ยวข้องกับการควบคุมการสร้างเซลล์มะเร็ง (Controlling Carcinogenesis) ในผู้ติดแอลกอฮอล์พบว่า ระดับของวิตามินเอในตับต่ำกว่าปกติ มีงานวิจัยหลายชิ้นที่สนับสนุนและอธิบายกลไกการเกิดวิตามินเอบกพร่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ดังนี้ 1) แอลกอฮอล์แย่งยับยั้งการสันดาปวิตามินเอให้เป็น Retinoic Acid (Competitive Inhibitors Vitamin A Oxidation to Retinoic Acid) โดยเกี่ยวข้องกับเอนไซม์ Alcohol Dehydrogenases และ Acetaldehyde Dehydrogenases 2) แอลกอฮอล์เหนี่ยวนำเอนไซม์ Cytochrome P450 (CYP) โดยเฉพาะ CYP2E1 ทำให้เพิ่มกระบวนการทำลายวิตามินเอ และ Retinoic acid 3) แอลกอฮอล์เปลี่ยนแปลงสมดุลของ retinoid โดยเพิ่มการย้ายวิตามินเอจากตับออกสู่เนื้อเยื่อนอกตับ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นช่วยสนับสนุนว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากๆ อย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดความบกพร่องของ retinoic acid ซึ่งเป็นอนุพันธ์หลักของวิตามินเอ รวมทั้ง Ligand สำหรับทั้ง Retinoic Acid

Petersen (2005) ได้ทำการศึกษาเรื่องการตีแผ่แอลกอฮอล์ทำให้เกิดการสะสมธาตุเหล็กในตับ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ เป็นงานวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรม เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการตีแผ่แอลกอฮอล์กับธาตุเหล็กในตับและการเกิดโรคมะเร็งตับ โดยอธิบายจาก Oxidative Stress ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อจุดเริ่มต้นและส่งเสริมการเกิดเซลล์มะเร็ง โรคตับที่เกิดจากพิษแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ Oxidative Stress และการสะสมธาตุเหล็กในตับ การเปลี่ยนแปลงสภาพของธาตุเหล็กก็เป็นบ่อเกิด oxidative stress เช่นกัน ทั้งแอลกอฮอล์และธาตุเหล็กต่างมีคุณสมบัติเป็น Prooxidant potential ที่เสริมฤทธิ์กันเหนียวนำไปให้เกิด Oxidative Stress ในเซลล์ตับและลด Antioxidant เริ่มจากเซลล์หนึ่งเกิด Oxidative Stress และกระจายไปสู่เซลล์ตัวอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง และเกิด Redox imbalance ซึ่งเป็นผลจากปฏิกิริยาร่วมกันของแอลกอฮอล์และธาตุเหล็กคือ Lipid Peroxidation ส่งผลให้เกิดการสร้าง Aldehydic Products เช่น 4-hydroxy-2-nonenal ซึ่งเชื่อมโยงกับ Site-specific mutations ของยีนส์ p53 นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานงานวิจัยในสัตว์ทดลองที่ให้อินแอลกอฮอล์เป็นเวลานานๆ แล้วพบว่า มีธาตุเหล็กสะสมในเซลล์ Macrophage ของตับ ซึ่งสัมพันธ์กับการกระตุ้น Nuclear Factor-kappa B และการสร้าง Tumor Necrosis Factor-alpha ส่งผลให้เกิดสภาพแวดล้อมของเซลล์ที่เหมาะสมกับการเริ่มต้นและสร้างเซลล์มะเร็งขึ้นก่อนที่จะมีการอักเสบ จากหลักฐานดังกล่าวข้างต้นช่วยสนับสนุนว่า แอลกอฮอล์และธาตุเหล็กต่างเหนียวนำไปให้เกิด Oxidative Stress ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อการเกิดเซลล์มะเร็งตับในคนที่มีการสะสมธาตุเหล็กมากเกินไปในตับและตีแผ่แอลกอฮอล์

Morgan , Mandayam , and Jamal (2004) ได้ทำการศึกษาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งตับ เป็นการทบทวนวรรณกรรม โดยอ้างถึงประชากรผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกา มากกว่า 18 ล้านคนที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและมีความชุกของการป่วยเป็นโรคตับอักเสบชนิด C สูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 5 เท่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 80 กรัม/วัน เป็นเวลานานกว่า 10 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ (Hepatocellular Carcinoma or HCC) ประมาณ 5 เท่า แต่ถ้าดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า 80 กรัม/วันจะไม่พบนัยสำคัญของการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งตับ ในคนที่เป็นโรคตับแข็งจากพิษแอลกอฮอล์ถึงขั้นตับวาย (Decompensated) จะมีความเสี่ยงถึงต่อโรคมะเร็งตับราวร้อยละ 1 ต่อปี โดยความเสี่ยงนี้ไม่ลดลงแม้ว่าจะหยุดดื่มแอลกอฮอล์ไปแล้ว นอกจากนี้ โรคมะเร็งตับยังสามารถเกิดขึ้นได้กับคนที่ไม่เป็นโรคตับแข็งด้วยเช่นกัน การดื่มแอลกอฮอล์ในคนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิด C จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งตับมากกว่าคนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิด C โดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์ถึง 2 เท่า ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า แอลกอฮอล์กับไวรัสตับอักเสบชนิด C ต่างร่วมเสริมแรงกันในการก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับ และผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอาจเกิดในคนอายุน้อยและมีพยาธิสภาพรุนแรงกว่า จากการศึกษาวิจัยในสหรัฐอเมริกาและอิตาลีพบว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับ (คิดเป็นร้อยละ 25-45 ของโรคมะเร็งตับทั้งหมด) แม้ว่ากลไกการเกิดโรคจะยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจเกี่ยวข้องกับการสูญเสียโครโมโซม (Chromosomal Loss), Oxidative Stress, การลดระดับของ Retinoic Acid ในตับ, การเปลี่ยนแปลงใน DNA Methylation และการมีความเสี่ยงทางพันธุกรรม

บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาวะการณด้านปัญหาสุขภาพและเพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัญหาสุขภาพในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Case-control Study โดยใช้กลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มควบคุมในอัตราส่วน 1:2 โดยตัวแปรที่จับคู่ได้แก่ เพศ และอายุ

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่าง (Case) เลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกอายุรกรรม ได้แก่ผู้ป่วยทุกคนที่ป่วยเป็นโรคที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยในช่วงระหว่าง วันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2550

2. กลุ่มควบคุม (Control) เลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกอื่นนอกจากแผนกอายุรกรรม (เช่น จากแผนกสูติรีเวช แผนกศัลยกรรม แผนกโสต ศอ นาสิก ฯลฯ) ของ รพศ. ในช่วงระหว่าง วันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2550 ในพื้นที่เป้าหมาย โดยการเลือกกลุ่มควบคุมจะคำนึงถึงการจับคู่กับกลุ่มผู้ป่วยในตัวแปรเพศและอายุ

3. พื้นที่ในการศึกษา

ในการศึกษานี้ จะจงเลือกพื้นที่ในการศึกษาโดยเลือกจังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์ในเขตของภาคเหนือตอนล่าง เพื่อให้ได้จังหวัดที่มีกลุ่มตัวอย่างมากพอที่จะการศึกษา และมีการส่งต่อผู้ป่วยมาจากจังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก โดยมีโรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยงานเป้าหมายในการเก็บ

4. การประเมินผล

ดูจากการวินิจฉัยของแพทย์ว่าโรคหรือกลุ่มอาการที่เจ็บป่วยเกี่ยวเนื่องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม ICD 10(International Classification of Diseases) ของ WHO ที่บันทึกในเวชระเบียน(OPD Card)

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้

ในการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) กระทำโดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้สร้างแบบสัมภาษณ์ แล้วจัดอบรม/ประชุมชี้แจง เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลพุทธชินราช ให้เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) Case เก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ในประเด็นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วย จากผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช เพื่อรวบรวมจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Identify Case)

2) Control เก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ในประเด็นข้อมูลเดียวกับ Case ได้แก่ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วย จากผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอื่นนอกจากแผนกอายุรกรรม (เช่น จากแผนกสูตินรีเวช แผนกศัลยกรรม แผนกโสต คอ นาสิก ฯลฯ) ของโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Accidental Sampling) เพื่อรวบรวมและจำแนก Case และ Control ในช่วงเวลาของการศึกษา (Identify case-control)

ประเด็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครอบคลุมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประยุกต์มาจากแบบคัดกรองผู้ดื่มสุรา (AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test) แบ่งคะแนนตามระดับความเสี่ยงอันตราย ดังนี้

- | | |
|---|----------------------|
| 1. ไม่ดื่ม/ดื่ม-เสี่ยงน้อย | ระดับ 0-7 คะแนน |
| 2. ดื่มในระดับเสี่ยง จำแนกได้ดังนี้ | |
| - ดื่ม/เสี่ยงอันตราย | ระดับ 8-15 คะแนน |
| - ดื่มจนก่อให้เกิดอันตราย/อาจมีอาการติดสุรา | ระดับ 16-19 คะแนน |
| - ดื่มจนก่อให้เกิดอันตราย/ติดสุรา | ระดับ 20 คะแนนขึ้นไป |

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Odds Ratio, Confident Interval และ Chi-square

การดื่มสุรา	การเจ็บป่วย		รวม
	ป่วย	ไม่ป่วย	
ดื่ม	a	b	a+b
ไม่ดื่ม	c	d	c+d
รวม	a+c	b+d	a+b+c+d

7. ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษากับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2550 โดยการศึกษาข้อมูลประวัติผู้ป่วยในบันทึกผู้ป่วยหรือเวชระเบียนหรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และ การใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เท่านั้น

2. การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาเฉพาะโรคตามข้อกำหนดของ WHO (2000) ดังนี้

1. โรคจิตที่เกิดจากการติดสุรา (Alcoholic Psychoses)
2. กลุ่มอาการพึ่งสุรา (Alcohol Dependence Syndrome)
3. การใช้สุราผิดประเภท (Alcohol Abuse)
4. โรคความผิดปกติของระบบประสาทจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic Polyneuropathy)
5. โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมเนื่องจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic Cardiomyopathy)
6. โรคกระเพาะอาหารอักเสบจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic Gastritis)
7. โรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic Liver Cirrhosis)
8. โรคตับแข็ง (All Liver Cirrhosis)
9. โรคไขหวัดใหญ่ชนิดร้ายแรง (Noxious Influenza via)
10. โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (Pancreatitis, Chronic)

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=200)		กลุ่มศึกษา (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	176	88.0	88	88.0
หญิง	24	12.0	12	12.0
2. อายุ				
น้อยกว่า 45 ปี	24	12.0	12	12.0
45 – 59 ปี	50	25.0	24	24.0
60 ปีขึ้นไป	126	63.0	64	64.0
3. สถานภาพสมรส				
โสด	8	4.0	4	4.0
คู่	142	71.0	70	70.0
หม้าย/หย่า/แยกร้าง	50	25.0	26	26.0
4. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	4	2.0	8	8.0
ประถมศึกษา/เทียบเท่า	110	55.0	80	80.0
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	18	9.0	8	8.0
อนุปริญญา/ปวส./เทียบเท่า	50	25.0	2	2.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	18	9.0	2	2.0

ตารางที่ 2(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=200)		กลุ่มศึกษา (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. บิดาหรือมารดาตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์				
ตีมี	20	10.0	62	62.0
ไม่ตีมี	180	90.0	38	38.0
6. ญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์				
ตีมี	188	94.0	100	100.0
ไม่ตีมี	12	6.0	0	0
7. อาชีพ				
เกษตรกรรวม	46	23.0	30	30.0
รับจ้าง	40	20.0	30	30.0
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	18	9.0	0	0
ค้าขาย	18	9.0	4	4.0
นักเรียน/นักศึกษา	4	2.0	0	0
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	14	7.0	0	0
ไม่มีอาชีพที่แน่นอน	60	30.0	36	36.0
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 5000 บาท	50	25.0	36	36.0
5000 – 9999 บาท	106	53.0	64	64.0
10000 บาทขึ้นไป	44	22.0	0	0
9. การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	56	28.0	4	4.0
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	104	52.0	34	34.0
สูบ	40	20.0	62	62.0
10. อายุที่ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ครั้งแรก				
น้อยกว่า 15 ปี	14	7.0	38	38.0
15 – 19 ปี	178	89.0	48	48.0
20 ปีขึ้นไป	8	4.0	14	14.0

ในด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.0 โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 80.0 รองลงมาได้แก่ ไม่มีอาชีพที่แน่นอนมากที่สุด ร้อยละ 36.0 รองลงมาได้แก่ มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ร้อยละ 30.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5000–9999 บาท ร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่ มีบิดาหรือมารดาตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.0 มีญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดตี๋มเครื่องตี๋ม แอลกอฮอล์ ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-19 ปี ร้อยละ 48.0 โดยปัจจุบันยังสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 62.0

ในด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.0 โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 63.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 55.0 ไม่มีอาชีพที่แน่นอนมากที่สุด ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5000–9999 บาท ร้อยละ 53.0 ส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาไม่ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.0 ส่วนใหญ่มีญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 94.0 ส่วนใหญ่ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-19 ปี ร้อยละ 89.0 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมากที่สุด ร้อยละ 52.0 ดังรายละเอียด ในตารางที่ 2

1.2 พฤติกรรมการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามพฤติกรรมการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์	กลุ่มควบคุม(n=200)		กลุ่มศึกษา(n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความถี่ในการตี๋ม				
เดือนละ 1 ครั้งหรือน้อยกว่า	124	62.0	2	2.0
ตี๋ม 2-4 ครั้งต่อเดือน	72	36.0	18	18.0
ตี๋ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4	2.0	42	42.0
ตี๋มมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	0	0	38	38.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มควบคุม(n=200)		กลุ่มศึกษา(n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. ปริมาณการดื่มเบียร์ ต่อวัน				
ไม่ดื่ม	86	43.0	0	0
ดื่ม	114	57.0	100	100.0
ดื่ม 1-2 กระจอกต่อวัน	104	52.0	10	10.0
ดื่มมากกว่า 2 แต่ไม่เกิน 3 กระจอกต่อวัน	10	5.0	32	32.0
ดื่มมากกว่า 3 ไม่เกิน 4 กระจอกต่อวัน	0	0	26	26.0
ดื่มมากกว่า 4 กระจอกต่อวัน	0	0	32	32.0
3. ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน				
ไม่ดื่ม	110	55.0	2	2.0
ดื่ม	90	45.0	98	98.0
ดื่มน้อยกว่า 1 เบิกต่อวัน	76	38.0	8	8.0
ดื่ม 1- 2 เบิกต่อวัน	12	6.0	28	28.0
ดื่มมากกว่า 2 ไม่เกิน 3 เบิกต่อวัน	2	1.0	28	28.0
ดื่มมากกว่า 3 เบิกต่อวัน	0	0	34	34.0
4. ความถี่ในการดื่มหนัก(เบียร์ 4 กระจอกขึ้นไป หรือเหล้า 3 เบิกขึ้นไป)				
ไม่เคยเลย	80	40.0	32	32.0
เคย	120	60.0	68	68.0
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	52	26.0	4	4.0
เดือนละครั้ง	46	23.0	10	10.0
สัปดาห์ละครั้ง	22	11.0	32	32.0
เกือบทุกวันหรือทุกวัน	0	0	22	22.0
5. ไม่สามารถหยุดดื่มได้				
ไม่เคย	190	85.0	46	46.0
เคย	10	5.0	54	54.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	10	5.0	46	46.0
เคยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	0	0	8	8.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มควบคุม(n=200)		กลุ่มศึกษา(n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. ความถี่ที่ไม่สามารถหยุดดื่มได้				
สัปดาห์ละครั้ง	0	0	2	2.0
เกือบทุกวันหรือทุกวัน	0	0	8	8.0
7. ดื่มสุรাজนเสียงานหรือเสียการเรียน				
ไม่เคย	198	99.0	62	62.0
เคย	2	1.0	38	38.0
8. ความถี่ในการดื่มสุรাজนเสียงานหรือเสียการเรียน				
ไม่เคย	198	99.0	62	62.0
เคย	2	1.0	38	38.0
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	2	1.0	12	12.0
เดือนละครั้ง	0	0	14	14.0
สัปดาห์ละครั้ง	0	0	6	6.0
เกือบทุกวันหรือทุกวัน	0	0	6	6.0
9. มีอาการถอนหรือเมาค้าง				
ไม่เคย	196	98.0	54	54.0
เคย	4	2.0	46	46.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	4	2.0	38	38.0
เคยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	0	0	8	8.0
10. ความถี่ที่มีอาการถอนหรือเมาค้าง(ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)				
ไม่เคย	200	100.0	92	92.0
เคย	0	0	8	8.0
เดือนละครั้ง	0	0	0	0
สัปดาห์ละครั้ง	0	0	2	2.0
เกือบทุกวันหรือทุกวัน	0	0	6	6.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มควบคุม(n=200)		กลุ่มศึกษา(n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
11. โกรธหรือเสียใจจากสิ่งที่ทำไปในขณะดื่มสุราเข้าไป				
ไม่เคย	196	98.0	80	80.0
เคย	4	2.0	20	20.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	2	1.0	14	14.0
เคยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	2	1.0	6	6.0
12. ความถี่ที่โกรธหรือเสียใจจากสิ่งที่ทำไปในขณะดื่มสุราเข้าไป(ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)				
ไม่เคย	198	99.0	94	94.0
เคย	2	1.0	6	6.0
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	2	1.0	2	2.0
เดือนละครั้ง	0	0	2	2.0
เกือบทุกวันหรือทุกวัน	0	0	2	2.0
13. จำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ดื่มสุรา				
ไม่เคย	200	100.0	68	68.0
เคย	0	0	32	32.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	0	0	28	28.0
เคยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	0	0	4	4.0
14. ความถี่ที่จำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ดื่มสุรา(ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)				
สัปดาห์ละครั้ง	0	0	4	4.0
15. ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุรา				
ไม่เคย	198	99.0	92	92.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	2	1.0	8	8.0
16. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติพี่น้องหรือเพื่อนแสดงความเป็นห่วงต่อการดื่มสุรา				
ไม่เคย	194	97.0	34	34.0
เคย	6	3.0	66	66.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	6	3.0	56	56.0
เคยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	0	0	10	10.0

ด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ดื่ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 42.0 ดื่มเบียร์ ร้อยละ 100.0 โดยดื่มเบียร์มากกว่า 2 แต่ไม่เกิน 3 กระจบองต่อวัน และดื่มเบียร์มากกว่า 4 กระจบองต่อวัน มากที่สุด ร้อยละ 32.0 เท่ากัน และดื่มสุราร้อยละ 98.0 โดยดื่มสุรามากกว่า 3 เป๊กต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่เคยดื่มหนัก 68.0 ส่วนใหญ่เคยดื่มจนไม่สามารถหยุดดื่มได้ ร้อยละ 54.0 และเคยดื่มสุราจนเสีงานหรือเสียการเรียน ร้อยละ 38.0 เคยมีอาการถอนหรือเมาค้าง ร้อยละ 8.0 เคยโกรธหรือเสียใจจากสิ่งที่ทำไปในขณะที่ดื่มสุราเข้าไป ร้อยละ 20.0 เคยจำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ดื่มสุรา ร้อยละ 32.0 เคยทำให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุรา ร้อยละ 8.0 และส่วนใหญ่เคยทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติพี่น้องหรือเพื่อนแสดงความเป็นห่วงต่อการดื่มสุรา ร้อยละ 66.0

ด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เดือนละ 1 ครั้งหรือน้อยกว่ามากที่สุด ร้อยละ 62.0 ดื่มเบียร์ ร้อยละ 57.0 โดยส่วนใหญ่ดื่มเบียร์ 1-2 กระจบองต่อวัน ร้อยละ 52.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 45.0 โดยดื่มสุราน้อยกว่า 1 เป๊กต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 38.0 ส่วนใหญ่เคยดื่มหนัก 60.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มจนไม่สามารถหยุดดื่มได้ ร้อยละ 85.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุราจนเสีงานหรือเสียการเรียน ร้อยละ 99.0 ใหญ่ไม่เคยมีอาการถอนหรือเมาค้าง ร้อยละ 98.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยโกรธหรือเสียใจจากสิ่งที่ทำไปในขณะที่ดื่มสุราเข้าไป ร้อยละ 98.0 ไม่เคยจำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ดื่มสุรา ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยทำให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุรา ร้อยละ 99.0 และส่วนใหญ่ไม่เคยทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติพี่น้องหรือเพื่อนแสดงความเป็นห่วงต่อการดื่มสุรา ร้อยละ 97.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มควบคุม(n=200)		กลุ่มศึกษา(n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดื่ม/ดื่มแบบเสี่ยงน้อย	192	96.0	10	10.0
ดื่มในระดับเสี่ยง	8	4.0	90	90.0
ดื่มเสี่ยงอันตราย	8	4.0	68	68.0
ดื่มจนก่อให้เกิดอันตราย/อาจมีการติดสุรา	0	0	12	12.0
ดื่มจนก่อให้เกิดอันตราย/ติดสุรา	0	0	10	10.0
รวม	100	100	200	100

ในด้านแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ร้อยละ 90.0 โดยดื่มแบบเสี่ยงอันตรายมากที่สุด ร้อยละ 68.0 โดยมีผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ดื่มแบบเสี่ยงน้อยเพียง ร้อยละ 10.0 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ดื่มแบบเสี่ยงน้อย ร้อยละ 96.0 โดยดื่มแบบเสี่ยงอันตรายเพียง ร้อยละ 4.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตอนที่ 2 สภาวะการณ์ปัญหาสุขภาพ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

โรคที่เจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอาการพึ่งสุรา (Alcohol Dependence Syndrome)	4	4.0
การใช้สุราผิดประเภท (Alcohol Abuse)	4	4.0
โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (Alcoholic Gastritis)	18	18.0
โรคตับแข็งจากการติดสุรา (Alcoholic Liver Cirrhosis)	12	12.0
โรคตับแข็ง (All Liver Cirrhosis)	62	62.0
รวม	100	100.0

ในด้านประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคตับแข็ง มากที่สุด ร้อยละ 62.0 รองลงมา ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบและโรคตับแข็งจากการติดสุรา ร้อยละ 18.0 และ 12.0 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุม

โรคที่เจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	42	21.0
หอบหืด (Asthma)	32	16.0
ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	26	13.0
เบาหวาน(Diabetic Mellitus)	25	12.5
ปอดบวม(Pneumonia)	21	10.5
เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น(Upper Gastro Intestinal Hemorrhage)	20	10.0
เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากแบคทีเรีย(Bacterial Meningitis)	12	6.0
วัณโรค(Tuberculosis)	10	5.0
เกาต์ (Gout)	6	3.0
ภาวะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด(Pleural Effusion)	3	1.5
ไข้เลือดออก(Dengue Hemorrhagic Fever)	2	1.0
มะเร็งเม็ดเลือดขาว(Leukemia)	1	0.5
	200	100.0

ในด้านประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุม พบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด ร้อยละ 21.0 รองลงมาได้แก่ โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.0, 13.0 และ 12.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัญหาสุขภาพ

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการ ดื่มแอลกอฮอล์		ป่วยด้วยโรคอื่น		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดื่ม	90	90.0	8	4.0	98
ไม่ดื่ม	10	10.0	192	96.0	202
รวม	100	100.0	200	100.0	300

$$\chi^2 = 224.166 \text{ df}=1 \text{ p-value}= 0.000 \text{ OR}= 216.000 \text{ CI}=82.472-565.718$$

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 216 เท่า (OR=216.000, 95% CI=82.472-565.718) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001) เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.0 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ส่วนใหญ่มีประวัติที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 96.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบ

พฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดื่ม	16	88.9	4	11.1	20
ไม่ดื่ม	2	1.1	32	88.9	34
รวม	18	100	36	100	54

$$\chi^2 = 31.129 \text{ df}=1 \text{ p-value}= 0.000 \text{ OR}= 13.600 \text{ CI}=3.483-53.108$$

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร อักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 13 เท่า (OR=13.600, 95% CI=3.483-53.108) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร อักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001)เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.9 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ส่วนใหญ่มีประวัติที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการป่วยด้วยโรคตับแข็ง

พฤติกรรมกรดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดื่ม	56	90.3	2	1.6	58
ไม่ดื่ม	6	9.7	122	98.4	128
รวม	62	100	124	100	186

$$\chi^2 = 151.576 \text{ df}=1 \text{ p-value}= 0.000 \text{ OR}= 20.598 \text{ CI}=9.417-45.054$$

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคตับแข็งมากกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 20 เท่า (OR=20.598, 95% CI=9.417-45.054) และ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคตับแข็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001)เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคตับแข็งส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.3 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ส่วนใหญ่มีประวัติ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 98.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการป่วยด้วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อ

พฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดื่ม	10	83.3	0	0	10
ไม่ดื่ม	2	16.7	24	100	26
รวม	12	100	24	100	36

$$\chi^2 = 27.692 \text{ df}=1 \text{ p-value}= 0.000$$

จากตาราง พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001) เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 83.3 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ส่วนใหญ่มีประวัติที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 100.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

บรรณานุกรม

- จินตนา วงศ์วาน. ความชุกชุมและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2548).
- จิราภรณ์ เทพหนู. ความชุกชุมและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล. (2540).
- ชามี อัฐกิจ และ ระพีพรรณ วงษ์ทอง. เสพติดมหาภัย. ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและครอบครัวของมูลนิธิคริสตจักรวันเสาร์แห่งประเทศไทย, กรุงเทพมหานคร (2549).
<http://www.thaihealth.or.th/cms/detail.php?id=603>
- ทองเกียรติ ปิยะกะ และ เวทิน ศันสนีย์เวทย์. ยืมผู้เรียนรู้ยาเสพติด. กรุงเทพฯ: มติชน.(2540).
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องลักษณะทางสังคมของสุราและผลกระทบต่อสุขภาพในชนบท. (2537).
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. การเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รายงานการวิจัย. (2545).
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และ อุดมศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์.มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. โครงการเมาไม่ขับสู่การป้องกันอุบัติเหตุจากรถอย่างยั่งยืน, รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. (2544).
- ไพศาล จันทรพิทักษ์. (2549).
http://www.bangkokhealth.com/neuro_htdoc/neuro_health_detail.asp
- ภาณุมาศ จิตสมบัติ. ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการดื่มและติดสุรา. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2535).
โรงพยาบาลกรุงเทพ. (2549). <http://www.thaihealth.or.th/news.php?id=198>
- มานิช หล่อตระกูล. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี. (2549)
<http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=859>
- ราชบัณฑิตสถาน . พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525.(พิมพ์ครั้งที่14) กรุงเทพฯ: อักษรทัศน์ หน้า 846. (2539).
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.(2549).
<http://www.cas.or.th/index.php?content=statistic&location=1&category=2&id=6>

สมนึก ศรีวิศาล, FRCR, FRCPC St.Louis, MO. (2549)

<http://www.thaihealth.or.th/news.php?id=203>

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2549).<http://www.nci.go.th/knowledge/tub.htm>

สายพิน โชติวิเชียร. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2549).

<http://nutrition.anamai.moph.go.th/htpertention.pdf#search>

สาวิตรี อึ้งนางกรชัย. เอกสารการประชุมวิชาการสุราแห่งชาติ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

(กรกฎาคม 2548).

สุรชัย อัญเชิญ. (2545)

<http://www.pharm.chula.ac.th/surachai/academic/ManTox/mantox03.htm>

สิทธิพันธ์ เจริญรัตน์. ได้ศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2543).

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2549).

<http://www.thaihealth.or.th/news.php?id=556>

_____. (2549) <http://www.thaihealth.or.th/news.php?id=402>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. (2544).

Baune B. T. et al. 6-months Assessment of the Alcohol-related Clinical Burden at Emergency Rooms (ERs) in 11 Acute Care Hospitals of an Urban Area in Germany. BMC Health Serv Res 2005;5:73.

<http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>

Go V. L., Gukovskaya A., and Pandol S. J. Alcohol and Pancreatic Cancer.

Alcohol 2005;35:205-11. <http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>

Morgan T. R., Mandayam S., and Jamal M. M. Alcohol and Hepatocellular Carcinoma.

Gastroenterology 2004;127(Suppl 1):S87-96.

<http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>

- Petersen D. R. Alcohol, Iron-associated Oxidative Stress, and Cancer. *Alcohol* 2005;35:243-9. <http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>
- Rehm J. et al. The Relationship of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking to Burden of Disease: An Overview. *Addiction*, 2003;98:1209-28. <http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>
- Sakata K. et al. JACC Study Group. Smoking, Alcohol Drinking and Esophageal Cancer: Findings from the JACC Study. *J Epidemiol* 2005;15 (Suppl 2):S212-9. <http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>
- Wakai K. et al. Alcohol Consumption and colorectal Cancer Risk: Findings from the JACC Study. *J Epidemiol* 2005;15 Suppl2:S173-9. <http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>
- Walton-Moss B. J. et al. Risk Factors for Intimate Partner Violence and Associated Injury among Urban Women. *J Community Health* 2005;30:377-89. <http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>
- Wang X. D. Alcohol, Vitamin A, and Cancer. *Alcohol* 2005;35:251-8. <http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>
- WHO. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, 2000.
- World Health Organization. Global Status Report on Alcohol.1994. [ONLINE] 2001[CITED2003 Aug 20] Available <http://www.who.int/substance-abuse/pubs-alc-hol.htm>
- <http://www.thaihealth.or.th/news.php?id=203>
- <http://www.thaihealth.or.th/news.php?id=32>
- <http://www.cas.or.th/index.php?content=statistic&location=1&category=2&id=6>
- <http://www.pharm.chula.ac.th/surachai/academic/ManTox/mantox03.htm>

ภาคผนวก

เลขที่.....

HN.....

แบบสัมภาษณ์โครงการศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ด้านสุขภาพในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)

3. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

3. หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่

4. อื่นๆ ระบุ.....

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด

1. ไม่ได้เรียน

2. ประถมศึกษา หรือเทียบเท่า

3. มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา หรือเทียบเท่า

5.ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า

6.ปริญญาโท หรือเทียบขึ้นไป

7. ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ ระดับ.....

5. ท่านมีบุคคลที่ใกล้ชิดกับท่าน ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ หรือไม่

- 5.1. บิดาหรือมารดา 1. ต้ม 2. ไม่ต้ม
- 5.2. ญาติหรือเพื่อนใกล้ชิด 1. ต้ม 2. ไม่ต้ม

6. ลักษณะของการทำงาน(อาชีพหลัก)

1. เกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน เลี้ยงสัตว์
2. รับจ้าง
3. ประกอบธุรกิจส่วนตัว
4. ค้าขาย
5. นักเรียน/นักศึกษา
6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
7. อื่นๆ(ระบุ).....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(ก่อนหักค่าใช้จ่าย)บาท

8. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ 1 ไม่สูบ 2 เคยสูบแต่เลิกแล้ว 3 สูบ

9. ท่านต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์

A1. คุณต้มบ่อยแค่ไหน

1. เดือนละ 1 ครั้งหรือน้อยกว่า
2. ต้ม 2- 4 ครั้งต่อเดือน
3. ต้ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
4. ต้มมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

A2. เวลาที่ดื่มสุรา โดยทั่วไปคุณดื่มประมาณเท่าใด ต่อวัน (ตอบเป็นปริมาณเบียร์หรือวิสกี้) ในข้อ ก. หรือ ข.

ก. ถ้าเปรียบเทียบเป็นปริมาณเบียร์ เช่น เบียร์สิงห์ ลีโอ ซ้าง เซียร์ เป็นต้น

- 1. ดื่ม 1-2 กระป๋องต่อวัน
- 2. ดื่มมากกว่า 2 แต่ไม่เกิน 3 กระป๋องต่อวัน
- 3. ดื่มมากกว่า 3 แต่ไม่เกิน 4 กระป๋องต่อวัน
- 4. ดื่มมากกว่า 4 กระป๋องต่อวัน

ข. ถ้าเทียบเป็นปริมาณเหล้า เช่น แม่โขง หงส์ทอง เหล้า 40 ดีกรี เป็นต้น

- 1. ดื่มน้อยกว่า 1 เป๊กต่อวัน
- 2. ดื่ม 1-2 เป๊กต่อวัน
- 3. ดื่มมากกว่า 2 แต่ไม่เกิน 3 เป๊กต่อวัน
- 4. ดื่มมากกว่า 3 - 4 เป๊กต่อวัน

A3. คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป บ่อยแค่ไหน

- 1. ไม่เคยเลย
- 2. น้อยกว่าเดือนละครั้ง
- 3. เดือนละครั้ง
- 4. สัปดาห์ละครั้ง
- 5. เกือบทุกวันหรือดื่มทุกวัน

A4. เคยหรือไม่ที่หากคุณสามารถเริ่มดื่มสุราไปแล้ว ไม่สามารถที่จะหยุดดื่มได้

- 1. เคย
- 2. ไม่เคย

ถ้าเคย เกิดขึ้นเมื่อใด

- 3. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
- 4. นานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา

A41. กรณีเคย เมื่อในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน

- 1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง
- 2. เดือนละครั้ง
- 3. สัปดาห์ละครั้ง
- 4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

A5. คุณเคยมีไข้ไปตี๋มสุรา จนทำให้เสียนงานหรือเสียการเรียน หรือไม่ได้ทำในสิ่งที่ปกติเคยทำหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย

A51. กรณีเคย เมื่อในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน

1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 2. เดือนละครั้ง
 3. สัปดาห์ละครั้ง
 4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

A6. คุณเคยต้องรีบตี๋มสุราทันทีในตอนเช้าเพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างมือสั่น

1. เคย 2. ไม่เคย

ถ้าเคย เกิดขึ้นเมื่อใด

3. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
 4. นานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา

A61. กรณีเคย เมื่อในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน

1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 2. เดือนละครั้ง
 3. สัปดาห์ละครั้ง
 4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

A7. คุณเคยโกรธหรือเสียใจเนื่องจาก การที่คุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไป ขณะที่คุณตี๋มสุราเข้าไปหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย

ถ้าเคย เกิดขึ้นเมื่อใด

3. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
 4. นานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา

A71. กรณีเคย เมื่อในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน

1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง
2. เดือนละครั้ง
3. สัปดาห์ละครั้ง
4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

A8. คุณเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับ “การจำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่คุณดื่มสุราเข้าไป” บ้างหรือไม่

1. เคย 2. ไม่เคย

ถ้าเคย เกิดขึ้นเมื่อใด

3. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
4. นานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา

A81. กรณีเคย เมื่อในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน

1. น้อยกว่าเดือนละครั้ง
2. เดือนละครั้ง
3. สัปดาห์ละครั้ง
4. เกือบทุกวันหรือทุกวัน

A9. ตัวคุณหรือบุคคลอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่

1. เคย 0. ไม่เคย

A91. ถ้าเคย เกิดขึ้นเมื่อใด

4. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
1. นานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา

A10. เคยมีหมอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติพี่น้อง หรือเพื่อน แสดงความเป็นห่วงต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่

1. เคย 0. ไม่เคย

A101. ถ้าเคย เกิดขึ้นเมื่อใด

4. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
1. นานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา

ตอนที่ 3 ประวัติการเจ็บป่วย

ในการมารับการรักษาครั้งนี้ เจ็บป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้ (ดูจาก OPD Card)

โรค	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตที่เกิดจากการติดสุรา (Alcoholic Psychosis)		
2. กลุ่มอาการพึ่งสุรา (Alcohol Dependence Syndrome)		
3. การใช้สุราผิดประเภท (Alcohol Abuse)		
4. โรคความผิดปกติของระบบประสาท (Alcoholic Polyneuropathy)		
5. โรคกล้ามเนื้อหัวใจ (Alcoholic Cardiomyopathy)		
6. โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (Alcoholic Gastritis)		
7. โรคตับแข็งจากการติดสุรา (Alcoholic Liver Cirrhosis)		
8. โรคตับแข็ง (All Liver Cirrhosis)		
9. โรคไข้หวัดใหญ่ชนิดร้ายแรง (Noxious Influenza via)		
10. โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (Pancreatitis, chronic)		

เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ (โปรดระบุชื่อโรค).....