

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการตำรวจกองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง

ปวันรัตน์ จันทรศิริกิตติกุล*, วิษณุตม์ เพศยนาวิน*, เมธีวัชร ชิตเดชะ*, ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการตำรวจกองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ในข้าราชการตำรวจกองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งได้รับการสุ่มเลือก จำนวน 339 ราย คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2567 โดยใช้การเก็บข้อมูลทางระบบออนไลน์ผ่าน Google form เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ดื่มแบบเสี่ยง ดื่มแบบอันตราย และดื่มแบบเสี่ยงติด สถิติวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 94.7) อายุเฉลี่ย 40.4 ปี ความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พบร้อยละ 88.2 เป็นการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ แบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบเสี่ยงติด ร้อยละ 45.7, 31.6, 8.3 และ 14.4 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกคือ 20.5 ปี เหตุผลของการดื่ม คือ สังสรรค์ เพื่อเข้าสังคม และดื่มตามเพื่อน นิยมดื่มเบียร์มากที่สุด นิยมดื่มที่บ้านของตนเองและร้านอาหาร โดยดื่มกับเพื่อนร่วมงานในช่วงเวลาค่ำ และส่วนใหญ่มีประวัติสูบบุหรี่หรือร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติด ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี การมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน และมีระดับความเครียดปานกลางถึงสูง

สรุป ตำรวจเป็นอาชีพที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยและสวัสดิภาพของประชาชน จากการศึกษาพบว่าข้าราชการตำรวจที่สังกัดนครบาลแห่งหนึ่งมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าครึ่งหนึ่ง โดยลักษณะส่วนใหญ่ดื่มเพื่อสังสรรค์กับผู้ร่วมงาน ในช่วงเวลาค่ำหลังเลิกงาน หากข้าราชการตำรวจนครบาลได้รับความช่วยเหลือปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ด้านการศึกษา การเงินที่ไม่เพียงพอ และปัญหาความเครียดที่สูงมาก รู้สึกภาระงานมากเกินไป อาจช่วยบรรเทาปัญหาการเสพติดแอลกอฮอล์ได้

คำสำคัญ ความชุก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้าราชการตำรวจ ปัจจัยที่สัมพันธ์

Corresponding author: ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: doctorpuchong@gmail.com

วันรับ : 8 ตุลาคม 2567 วันแก้ไข : 27 พฤศจิกายน 2567 วันตอบรับ : 6 ธันวาคม 2567

The Prevalence of Alcohol Drinking and Associated Factors in Police Officers in One Metropolitan Police Division

Pawanrat Chantrikitikul*, Vichayut Phetsayanavin*, Mayteewat Chiddaycha*, Puchong Laurujisawat*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objectives: To study the prevalence of alcohol drinking behavior among police officers in one metropolitan police division and to explore factors associated with problematic drinking behavior.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on police officers in one metropolitan police division. Total 339 sampled participants were recruited by convenience sampling. Data collection was carried out through the Google Forms platform from October 1st 2023 to April 30th 2024. The self-rated questionnaires included demographic data, drinking behavior, and The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). Descriptive statistics and binary logistic regression were used for data analysis.

Results: Most participants were male (94.7%) and with an average age of 40.4 years. The prevalence of alcohol drinking among police officers was 88.2%. The percentages of low-risk, hazardous, harmful, and high-risk alcohol drinking pattern were 45.7%, 31.6%, 8.3%, and 14.4%, respectively. The mean age of first exposure to alcohol was 20.5 years. The primary reasons for drinking were socializing and peer influence. The most popular type of alcohol was beer, and common drinking venues were their own homes and restaurants, mainly in the evening. Most of them also had a history of smoking. Factors associated with harmful and high-risk for dependence drinking behavior included having less than a bachelor's degree, insufficient income for expenses, current smoking, and moderate-to-high perceived stress.

Conclusion: Police officers are professionals responsible for public safety and well-being. This study revealed that more than half of the police officers in a metropolitan division consume alcohol, primarily during social gatherings with colleagues after work. Factors associated with problematic alcohol consumption included below undergraduate degree, financial difficulties, smoking, and occupational stress due to excessive workload. Addressing these factors may help reduce the prevalence of alcohol dependency within this population.

Keywords: prevalence, alcohol, police officer, associated factors

Corresponding author: Puchong Laurujisawat

E-mail: doctorpuchong@gmail.com

Received 8 October 2024 Revised 27 November 2024 Accepted 6 December 2024

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพของประชากร โดยทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยกว่า 200 โรค ทั้งโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อ รวมถึงก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่างๆ การทำร้ายร่างกายและอุบัติเหตุ เป็นต้น จากข้อมูลภาวะโรคและการบาดเจ็บจากผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลก ปี ค.ศ. 2019 พบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 20 - 39 ปี โดยมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2.6 ล้านคนต่อปี¹ จากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2566 พบว่าคนไทย 1.3 ล้านคน เข้าข่ายเป็นโรคติดสุรา โดย 1.2 ล้านคน มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีอันตราย และ 2.7 แสนคน มีพฤติกรรมติดแอลกอฮอล์ พบปัญหาสูงสุดในกลุ่มวัยรุ่น โดยผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 11 เท่า²

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้ที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) และผู้ที่ดื่มแบบบินจ์ (binge)²³⁻²⁵ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพจิตในประชากรทั่วไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า โรคร่วมที่สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ โรควิตกกังวล²⁶ โรคซึมเศร้า²⁶ โรคอารมณ์สองขั้ว²⁷ และโรคเครียดหลังประสบเหตุการณ์ร้ายแรง²⁸ จากการศึกษาของ Margaret A. Austin และคณะ ที่ศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยในเม็กซิโก พบว่านักศึกษาที่มีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้าร่วมด้วย มีการเพิ่มของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละสัปดาห์มีการใช้แบบอันตราย (hazardous use) มากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า²⁹

รายงานจาก Institute for Alcohol Studies³⁰ พบว่าร้อยละ 19 ของคนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย ซึ่งเป็นผลจากการใช้แอลกอฮอล์ และการศึกษาของ Ray Alsuhaibani และคณะ พบว่าการที่มีสุขภาพจิตแย่ลงสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อจัดการกับความเครียดและการจัดการกับอาการของภาวะสุขภาพจิต³¹ นอกจากนี้แอลกอฮอล์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทั้งสองทาง โดยพบความทุกข์ของภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า 1.5 - 3 เท่า ในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์³²

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าตำรวจเป็นอาชีพที่มีพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าประชากรทั่วไป⁴ ด้วยสาเหตุจากความเครียดจากการทำงาน รายได้ที่ไม่เหมาะสม การเลื่อนตำแหน่งที่ค่อนข้างยาก วัฒนธรรมองค์กรที่เป็นลักษณะการทำงานภายใต้อำนาจที่เป็นลำดับชั้น ในขณะเดียวกันตำรวจต้องทำงานเพื่อรักษาความสงบสุขให้ความปลอดภัย ปราบปรามอาชญากรรม ให้ความมั่นคงกับประชาชน และทำงานภายใต้การบังคับใช้กฎหมาย นับได้ว่าอาชีพตำรวจเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง ต้องรับแรงกดดันและมีความเครียดสูง ยิ่งส่งเสริมให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า^{5,6} โรควิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ตำรวจมีแนวโน้มมีพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าอาชีพอื่น

ผู้วิจัยเห็นว่าปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ดังที่กล่าวข้างต้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังมีการศึกษาความชุกและปัจจัยในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁶ ในข้าราชการตำรวจในประเทศไทยค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในปัญหาดังกล่าวที่อาจจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ครอบครัว และสังคม ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ เพื่อที่การศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ดำเนินโครงการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการตำรวจ ในการลดหรือหยุดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้สามารถป้องกันและแก้ไขได้ตรงจุด ช่วยลดหรือบรรเทาปัญหาที่เกิดในสังคมไทย เสริมสร้างความแข็งแกร่ง และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพ ซึ่งเป็นรากฐานในการพัฒนาประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการตำรวจกองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาในข้าราชการตำรวจ สังกัดกองบังคับการแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยทำการเก็บข้อมูลในวันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 เมษายน 2567 งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม

การวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 1164/2023, IRB No. 0479/66)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้าราชการตำรวจสังกัดกองบังคับการนครบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,419 คน ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) จัดทำแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ผ่าน Google form และกระจายแบบสอบถามผ่านช่องทางออนไลน์ที่เป็นของเจ้าหน้าที่ตำรวจโดยประสานงานผ่านเจ้าหน้าที่ธุรการจากทุกสถานีตำรวจที่อยู่ในสังกัดกองบังคับการนครบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่ทำการศึกษา

โดยขนาดประชากรคำนวณจากการประมาณความชุกของพฤติกรรมการดื่มแบบอันตรายและเสี่ยงติดในตำรวจ จากงานวิจัยก่อนหน้าของ ศรีญา เพ็ญสุข¹⁰ พบว่าความชุกของพฤติกรรมการดื่มแบบอันตรายและเสี่ยงติดเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 38 การกำหนดขนาดตัวอย่างอาศัยการคำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตร Finite Population Proportion⁷⁻⁹

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนสมาชิกทั้งหมดในประชากรเป้าหมาย = 1,419

p = ความชุกของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและแบบเสี่ยงติด = 0.38¹⁰

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05

α = 0.05

แทนค่าในสูตรจะได้ n = 291 คน

กำหนดการคลาดเคลื่อน ร้อยละ 10 ของจำนวนทั้งหมดที่ต้องการ ดังนั้นขนาดของประชากรทั้งหมด 291+29 เท่ากับ อย่างน้อย 320 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา

1. เป็นตำรวจผู้ที่ได้รับบรรจุเป็นข้าราชการประจำสถานีตำรวจ สังกัดกองบังคับการตำรวจนครบาลที่ทำการศึกษามาอย่างน้อย 1 ปี

2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีฟัง พูด อ่าน เขียนได้

4. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการศึกษา

1. ข้าราชการประจำสถานีตำรวจที่อยู่ระหว่างการลาพักร้อนลากิจ และลาศึกษาต่อ

2. ข้าราชการกองบังคับการนครบาล ฝ่ายอำนวยการที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่สถานีตำรวจ

เครื่องมือที่ใช้

แบบสอบถาม 6 ชนิด ได้แก่

แบบสอบถามที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว

แบบสอบถามที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของตำรวจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน ประสิทธิภาพของงาน ภาระงาน ยศและการเลื่อนขั้น รายได้ อายุการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงาน

แบบสอบถามที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสถานที่ดื่ม ผู้ร่วมดื่ม ความถี่ในการดื่ม ชนิดเครื่องดื่ม หน่วยภาชนะ ปริมาณที่ดื่ม จำนวนคนที่ดื่ม อายุที่เริ่มดื่ม เหตุผลในการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹¹

แบบสอบถามที่ 4 แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ฉบับประเมินด้วยตนเอง (Alcohol Use Disorder Identification Test หรือ AUDIT) แปลโดย สวัสดิ์ อัมมพันธ์กรชัย จำนวน 10 ข้อ โดย 0 - 7 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ (low risk drinking) 8 - 15 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) 16 - 19 คะแนน หมายถึง การดื่มแบบอันตราย (harmful use) คะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การดื่มแบบติด (alcohol dependence)^{12,13}

แบบสอบถามที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในระดับสูง (α = 0.79)¹⁴

โดย 0 - 8 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า 9 - 14 คะแนน หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 15 - 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง¹⁵

แบบสอบถามที่ 6 แบบวัดความรู้สึกเครียด (Thai Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10)) พัฒนาโดย ณหทัย วงศ์ปาริณย์ และคณะ¹⁶ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในระดับสูง มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในระดับสูง ($\alpha = 0.85$) โดยคะแนน 0 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ 14 - 26 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง 27 - 40 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับสูง¹⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยัง กองบังคับการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และ สถานีตำรวจที่อยู่ภายใต้สังกัดกองบังคับการตำรวจนครบาล ที่เป็น กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ติดต่อเจ้าหน้าที่ธุรการสถานีตำรวจแต่ละแห่ง เพื่อขอเข้าพบและชี้แจงรายละเอียดการวิจัย โดยการเก็บ รวบรวมข้อมูลแบบสอบถามผ่านทาง Google form มีการชี้แจงให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถตรวจสอบรายละเอียดโครงการวิจัยรวมถึง สามารถสอบถามข้อมูลเบื้องต้น ก่อนตัดสินใจแสดงความยินยอม ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการเก็บแบบสอบถามจะเป็นรูปแบบ ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้เข้าร่วม วิจัยสามารถตอบได้อย่างอิสระโดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล หรือ หน่วยงานปฏิบัติงานในแบบสอบถาม ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่ต้องแจ้ง รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล จะทำในภาพรวม จึงไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบ แบบสอบถาม และการศึกษานี้มีผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 339 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

คำนวณสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 22 วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวนและ ร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ ถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) โดยตัวแปรที่มี นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.2$ ใน Univariable analysis จะถูกนำเข้า

ในการวิเคราะห์ Multivariable analysis กำหนดค่านัยสำคัญ ทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$ นำเสนอด้วย Odds ratio และ 95% Confidence Interval

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 339 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 94.7) มีอายุเฉลี่ย 40.4 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 - 35 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.4 อีกทั้งระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบ ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ร้อยละ 66.4 โดยมีรายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วงระหว่าง 15,000 - 35,000 บาท ร้อยละ 47.8 กลุ่มตัวอย่าง เกือบครึ่งมีสถานะทางการเงินเป็นมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ (ร้อยละ 46.3) โดยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.7 ซึ่งโรคประจำตัวที่ พบมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.4 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ร้อยละ 16.2 และ 8.6 ตามลำดับ ส่วนโรคประจำตัวทางจิตเวชพบร้อยละ 2.1 และมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 27.4 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน

กลุ่มตัวอย่างสังกัดฝ่ายงานจราจรมากที่สุด ร้อยละ 31.6 รองลงมาคือฝ่ายปราบปรามป้องกันและสอบสวน ร้อยละ 29.2 และ 16.8 ตามลำดับ มีลักษณะการทำงานหลักส่วนใหญ่เป็นลงพื้นที่ ร้อยละ 62.2 ระดับชั้นยศ ชั้นประทวนเป็นสิบตำรวจโทมากที่สุด ร้อยละ 14.5 ชั้นสัญญาบัตรเป็นร้อยตำรวจตรีมากที่สุด ร้อยละ 13.6 มีอายุราชการเฉลี่ย 17.1 ± 13.0 ปี โดยมีอายุราชการในช่วง 1 - 15 ปี มากที่สุด ร้อยละ 54 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งรู้สึกมี ภาระงานมากเกินไป (ร้อยละ 57.8) และรู้สึกได้รับการสนับสนุน จากผู้ร่วมปฏิบัติงานและจากผู้บังคับบัญชาในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 และ 59.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่คิดว่ามีรายได้ ไม่เหมาะสมกับภาระงาน ร้อยละ 77.3 โดยมีความพึงพอใจต่อ อาชีพข้าราชการตำรวจ ร้อยละ 55.7 (ตารางที่ 1)

ภาวะซึมเศร้าและความเครียด

กลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความเครียด PHQ-9 เฉลี่ย 5.6 ± 4.9 คะแนน โดยมีระดับภาวะซึมเศร้าเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 72.3 รองลงมาคือระดับน้อยและระดับปานกลาง ร้อยละ 21.5 และ 5.6 ตามลำดับ ส่วนคะแนนความเครียดจาก T-PSS เฉลี่ย 15.2 ± 5.1 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ความชุกการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีร้อยละ 88.2 โดยสถานที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่พบมากที่สุดคือบ้านตนเอง ร้อยละ 67.3 รองลงมาคือร้านอาหารและบ้านผู้อื่น ร้อยละ 60.5 และ 36.6 ตามลำดับ โดยมีผู้ร่วมดื่มเป็นเพื่อนร่วมงานมากที่สุด ร้อยละ 72.6 มีความถี่การดื่มเป็นทุกเดือนมากที่สุด ร้อยละ 41.1 ส่วนชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นเบียร์ ร้อยละ 81.4 รองลงมาคือสุราสี/สุราแดง ร้อยละ 44.5 โดยมีเหตุที่ดื่มมากที่สุดคือเข้าสังคม/สังสรรค์ ร้อยละ 90.6 รองลงมาคือเพื่อนชวนดื่ม/ดื่มตามเพื่อน และเพื่อผ่อนคลาย ร้อยละ 19.5 และ 4.1 ตามลำดับ มีช่วงเวลาที่ดื่มเป็นช่วงค่ำมากที่สุด ร้อยละ 76.4 อีกทั้งอายุที่เริ่มต้นดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 20.4 ± 5.5 ปี และมีการสูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 29.5 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พบว่ามีคะแนน AUDIT เฉลี่ย 10.2 ± 8.4 คะแนน โดยอยู่ในระดับแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drink) มากที่สุด ร้อยละ 45.7 รองลงมาคือแบบเสี่ยง (hazardous drink) แบบเสี่ยงติด (alcohol dependence) และแบบอันตราย (harmful drink) พบร้อยละ 31.6, 14.4 และ 8.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติด

จากการวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน โรคประจำตัวทางกาย การสูบบุหรี่ ในปัจจุบัน ฝ่ายงานที่สังกัด อายุราชการ และระดับความเครียด และเมื่อทำการวิเคราะห์ด้วย Multivariable analysis เพื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ให้คงที่ โดยมีปัจจัยที่ควบคุม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน โรคประจำตัวทางกาย การสูบบุหรี่ ในปัจจุบัน ฝ่ายงานที่สังกัด ระดับชั้นยศ อายุราชการ ภาระงาน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ความพึงพอใจต่ออาชีพข้าราชการ ตำรวจ และระดับความเครียด จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การจบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติดเมื่อเทียบกับผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR = 2.26 (95%CI: 1.21 - 4.21) ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายสัมพันธ์กับมีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ในระดับอันตรายและเสี่ยงติดเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR = 2.91 (95%CI: 1.12 - 7.53) ผู้ที่มีการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับอันตรายและเสี่ยงติดเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR = 4.53 (95%CI: 2.32 - 8.84) และผู้ที่มีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายและเสี่ยงติดเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความเครียดระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR = 2.85 (95%CI: 1.35 - 6.0) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 339 คน พบว่ามีความชุกของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ร้อยละ 31.6 ผู้ดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 8.3 และผู้ดื่มแบบเสี่ยงติด ร้อยละ 14.4 ซึ่งความชุกของพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษาคั้งนี้มีค่าใกล้เคียงกับงานวิจัยในต่างประเทศปี 2564 ของ Patricia Irizar⁵ ที่ศึกษาความชุกของผู้ดื่มแบบเสี่ยงและผู้ดื่มแบบอันตราย รวมถึงความเครียดจากการทำงาน ปัญหาสุขภาพจิตในตำรวจประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาพบความชุกของผู้ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 32.6 ผู้ดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 3.0 นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าตำรวจที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายเป็น 2 เท่า ของตำรวจที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต

ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติดพบว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ นันทิยา วัฒนา และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชายวัยผู้ใหญ่ พบว่าการสูบบุหรี่ การมี การศึกษาต่ำ การมีครอบครัวที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเพื่อนบ้านที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีภาวะซึมเศร้า และมีแรงจูงใจในการดื่มเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย

การสูบบุหรี่ในผู้ที่มีอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่พบว่า ร้อยละ 46.8 สูบบุหรี่และยังมีการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับ Yun-Tse Lee และคณะ²⁰ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายในวัยรุ่นได้หวั่น ผลการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของวัยรุ่นสัมพันธ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน

ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ $\pm$ SD	ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ $\pm$ SD
เพศ			ฝ่ายงานที่สังกัด		
ชาย	321	94.7	จรรยา	107	31.6
หญิง	18	5.3	ปราบปรามป้องกัน	99	29.2
อายุ (ปี)			สอสนวน	57	16.8
20 - 35	174	51.3	อำนวยการ	47	13.9
36 - 50	36	10.6	สืบสวน	29	8.6
>50	129	38.1	ลักษณะการทำงานหลัก		
Min - Max = 20 - 68			ลงพื้นที่	211	62.2
สถานภาพสมรส			ภายในสำนักงาน	128	128
โสด	131	38.6	ระดับชั้นยศ		
สมรส	181	53.4	ชั้นประทวน		
แยกหย่า/หม้าย	27	8.0	สิบตำรวจตรี	46	13.6
ระดับการศึกษา			สิบตำรวจโท	49	14.5
ต่ำกว่าปริญญาตรี	114	33.6	สิบตำรวจเอก	45	13.3
ปริญญาตรีและสูงกว่า	225	66.4	จ่าสิบตำรวจ	14	4.1
รายได้ต่อเดือน (บาท)			ดาบตำรวจ	32	9.4
<15,000	65	19.2	ชั้นสัญญาบัตร		
15,000 - 35,000	162	47.8	ร้อยตำรวจตรี	46	13.6
35,001 - 60,000	108	31.8	ร้อยตำรวจโท	32	9.4
>60,000	4	1.2	ร้อยตำรวจเอก	38	11.2
Min - Max = 1,400 - 350,000			พันตำรวจตรี	15	4.4
สถานะทางการเงิน			พันตำรวจโท	15	4.4
มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ	74	21.8	พันตำรวจเอก	1	0.3
มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	157	46.3	พลตำรวจ	6	1.8
มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	108	31.9	อายุราชการ (ปี)		
โรคประจำตัวทางกาย			1 - 15	183	54.0
ไม่มี	245	72.3	16 - 30	82	24.2
มี	94	27.7	31 - 52	74	21.8
ไขมันในเลือดสูง	59	17.4	Min - Max = 1 - 52		
ความดันโลหิตสูง	55	16.2	ภาระงาน		
เบาหวาน	29	8.6	มากเกินไป	196	57.8
อื่นๆ (เกาต์, ภูมิแพ้, โรคตับ, ต่อมลูกหมาก, โรคไต)	27	8.0	ปานกลาง	142	41.9
มีโรคประจำตัวทางจิตเวช			น้อยเกินไป	1	0.3
	7	2.1			

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ $\pm$ SD	ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ $\pm$ SD
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน			ได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมปฏิบัติงาน		
ไม่สูบ	246	72.6	ไม่ได้รับ	69	20.3
สูบ	93	27.4	ได้รับปานกลาง	185	54.6
ระดับภาวะซึมเศร้า จากคะแนน PHQ-9			ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	245	72.3	ได้รับอย่างมาก	85	25.1
ระดับน้อย	73	21.5	ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา		
ระดับปานกลาง	19	5.6	ไม่ได้รับ	60	17.7
ระดับรุนแรง	2	0.6	ได้รับปานกลาง	203	59.9
Min - Max = 0 - 22			ได้รับอย่างมาก	76	22.4
ระดับความเครียด จากคะแนน T-PSS			รายได้เหมาะสมกับภาระงาน		
มีความเครียดระดับต่ำ	109	32.1	ไม่เหมาะสม	262	77.3
มีความเครียดระดับปานกลาง	222	65.5	เหมาะสม	77	22.7
มีความเครียดระดับสูง	8	2.4	ความพึงพอใจต่ออาชีพราชการตำรวจ		
Min - Max = 0 - 29			พึงพอใจ	189	55.7
			เฉยๆ	123	36.3
			ไม่พึงพอใจ	27	8.0

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9, T-PSS: Thai-Perceived Stress Scale

กับอายุที่เพิ่มขึ้นของวัยรุ่น และการสูบบุหรี่ยังสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ซึ่งจากการวิเคราะห์การถดถอย พบคุณแบบขั้นตอนของกลุ่มตัวอย่างในตำรวจ พบว่าปัจจัยเรื่อง การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเกิดอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ ได้ด้วยเช่นกัน ดังนั้นในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรได้รับการ ประเมินในเรื่องพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย เพื่อเป็นการ ป้องกันปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

ในส่วนปัจจัยจากความเครียดอยู่ในระดับกลางถึงสูง คิดเป็น ร้อยละ 83.1 และพบว่าปัจจัยด้านความเครียดมีความสัมพันธ์ กับความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .006 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jonathan Handmout และคณะ ที่ศึกษาพบความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และความเครียดภายในองค์กรตำรวจประเทศอังกฤษ²¹ รวมถึงการศึกษาของ Michael J Kyron และคณะ ที่ศึกษาใน ออสเตรเลียพบว่า มีระดับความเป็นอยู่ต่ำ (low wellbeing) ร้อยละ 30 และมีความทุกข์ด้านจิตใจสูง (high psychological distress) คิดเป็นร้อยละ 21 มีความเสี่ยงที่จะมีความผิดปกติที่เกิดหลัง ความเครียดที่สะเทือนใจ (post-traumatic stress disorder) คิดเป็น

ร้อยละ 10²² ซึ่งความสอดคล้องกันนี้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากปัจจัยที่ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียด เช่น เรื่องรายได้และสภาพการทำงาน จะเห็นได้ว่าใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ที่ทั้งหมดเป็น ข้าราชการตำรวจที่ปฏิบัติงานภายใต้แรงกดดัน ร้อยละ 55.7 รู้สึกว่า ภาระงานมากเกินไป ร้อยละ 76.3 รู้สึกว่ารายได้ไม่เหมาะสมกับ ภาระงาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดในเรื่องต่างๆ ที่มาก ตามไปด้วยเช่นกัน จากการศึกษาในกลุ่มตำรวจด้วยการวิเคราะห์ ถดถอยพบคุณแบบขั้นตอน พบว่าความเครียดและการมีรายได้ ไม่เพียงพอกับรายจ่าย²³ สัมพันธ์กับการเกิดอันตรายจากการดื่ม แอลกอฮอล์ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยในเรื่อง ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติจากการดื่ม แอลกอฮอล์ ดังนั้นในผู้ที่มีปัญหาหรือมีความผิดปกติจากการดื่ม แอลกอฮอล์ควรได้รับการประเมินในเรื่องความเครียดร่วมด้วย รวมถึงควรมีการส่งเสริมการจัดการความเครียดของข้าราชการตำรวจ อย่างเหมาะสม และช่วยลดภาระทางการเงินของข้าราชการตำรวจ เพื่อลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษานี้พบว่าการมีภาวะซึมเศร้าไม่สัมพันธ์กับ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและเสี่ยงติดอย่างมี

ตารางที่ 2 การดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ SD
ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	299	88.2
สถานที่ดื่มแอลกอฮอล์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บ้านตนเอง	228	67.3
ร้านอาหาร	205	60.5
บ้านผู้อื่น	124	36.6
ร้านเหล้า/ผับ/คาราโอเกะ	123	36.3
สถานที่ทำงาน	22	6.5
ชุมชน/วัด	7	2.1
สถานที่ประกอบศาสนา เช่น วัด	3	0.9
ผู้ร่วมดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เพื่อนร่วมงาน	246	72.6
คนเดียว	125	36.9
เพื่อนผู้ชาย	110	32.4
ญาติ	94	27.7
เพื่อนผู้ชายและเพื่อนผู้หญิง	87	25.7
สามี/ภรรยา/ลูก	37	10.9
เพื่อนผู้หญิง	29	8.6
คนแปลกหน้า	21	6.2
ความถี่การดื่ม		
ทุกวัน	13	4.4
เกือบทุกวัน	43	14.4
วันเว้นวัน	29	9.7
ทุกสัปดาห์	91	30.4
ทุกเดือน	123	41.1
ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เบียร์	276	81.4
สุราสี/สุราแดง	151	44.5
ไวน์/แชมเปญ	56	16.5
สุราขาว/สุรากลั่นผสม	14	4.1
ไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้/เหล้าปั่น	14	4.1
ยาดอง/สุราจีน/วอดก้า	14	4.1
สุราแช่พื้นบ้าน	7	2.1

ข้อมูล	จำนวน หรือ mean	ร้อยละ หรือ SD
จำนวนคนที่ดื่มด้วย (คน)	4.4	± 3.1
Min - Max = 0 - 30		
เหตุผลที่ดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เข้าสังคม/สังสรรค์	307	90.6
เพื่อนชวนดื่ม/ดื่มตามเพื่อน	66	19.5
เพื่อผ่อนคลาย	14	4.1
อยากทดลอง	10	2.9
เพื่อให้ผ่อนคลาย	4	1.2
มีเวลาว่าง	4	1.2
ช่วงเวลาการดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เช้า	8	2.4
กลางวัน	7	2.1
เย็น	157	46.3
ค่ำ	259	76.4
อายุที่เริ่มต้นดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)	20.4	±5.5
Min - Max = 6 - 50		
มีการสูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์	100	29.5
คะแนน AUDIT	10.2	±8.4
Min - Max = 0 - 40		
ระดับของการดื่มแอลกอฮอล์จาก AUDIT		
แบบเสี่ยงต่ำ (low-risk drink)	155	45.7
แบบเสี่ยง (hazardous drink)	107	31.6
แบบอันตราย (harmful drink)	28	8.3
แบบเสี่ยงติด (alcohol dependence)	49	14.4

นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁸ อาจเป็นเพราะกลุ่มประชากรที่ศึกษาต่างกัน และในการศึกษานี้ใช้การประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยตัดที่ระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งต่างจากงานวิจัยอื่นที่ตัดที่ระดับต่ำขึ้นไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก และศึกษาเฉพาะข้าราชการตำรวจนครบาลแห่งหนึ่ง จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของตำรวจทั้งหมด การสำรวจ

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยทั่วไป ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางสุขภาพจิต ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการใช้การวิเคราะห์ Binary logistic regression

ปัจจัย	Low risk/ Hazardous N (%)	Harmful/ Dependence n (%)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศ						
ชาย ^a	244 (93.1)	77 (100)	1.00	-		
หญิง	18 (6.9)	0 (0)	0.00	0.998		
อายุ (ปี)						
20 - 35 ^a	141 (53.8)	33 (42.9)	1.00	-	1.00	
36 - 50	32 (12.2)	4 (5.2)	0.53 (0.18-1.62)	0.267	0.46 (0.06-3.49)	0.453
>50	89 (34.0)	40 (51.9)	1.92 (1.13-3.27)	0.016*	3.36 (0.38-29.69)	0.276
สถานภาพสมรส						
โสด ^a	104 (39.7)	27 (35.1)	1.00	-		
สมรส	139 (53.1)	42 (54.5)	1.16 (0.67-2.01)	0.586		
แยก/หย่า/หม้าย	19 (7.3)	8 (10.4)	1.62 (0.64-4.10)	0.307		
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ^a	186 (71.0)	39 (50.6)	1.00		1.00	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	76 (29.0)	38 (49.4)	2.38 (1.42-4.01)	0.001*	2.26 (1.21-4.21)	0.010*
รายได้ต่อเดือน (บาท)						
<15,000 ^a	48 (18.3)	17 (22.1)	1.00	-		
15,000 - 35,000	126 (48.1)	36 (46.8)	0.81 (0.42-1.57)	0.527		
35,001 - 60,000	85 (32.4)	23 (29.9)	0.76 (0.37-1.57)	0.464		
>60,000	3 (1.1)	1 (1.3)	0.94 (0.09-9.67)	0.959		
สถานะทางการเงิน						
มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ ^a	66 (25.2)	8 (10.4)	1.00	-	1.00	
มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	123 (46.9)	34 (44.2)	2.28 (1.00-5.21)	0.051	1.57 (0.63-3.95)	0.334
มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	73 (27.9)	35 (45.5)	3.96 (1.71-9.14)	0.001*	2.91 (1.12-7.53)	0.028*
โรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี ^a	197 (75.2)	48 (62.3)	1.00	-	1.00	
มี	65 (24.8)	29 (37.7)	1.83 (1.07-3.14)	0.028*	1.78 (0.85-3.71)	0.126
โรคประจำตัวทางจิตเวช						
ไม่มี ^a	257 (98.1)	75 (97.4)	1.00	-		
มี	5 (1.9)	2 (2.6)	1.37 (0.26-7.21)	0.710		
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน						
ไม่สูบ ^a	205 (78.2)	41 (53.2)	1.00	-	1.00	
สูบ	57 (21.8)	36 (46.8)	3.16 (1.85-5.39)	<0.001*	4.53 (2.32-8.84)	<0.001*
ฝ่ายงานที่สังกัด						
จรรยา ^a	83 (31.7)	24 (31.2)	1.00	-	1.00	
ปราบปรามป้องกัน	80 (30.5)	19 (24.7)	0.82 (0.42-1.61)	0.568	1.09 (0.50-2.41)	0.826
สืบสวน	24 (9.2)	5 (6.5)	0.72 (0.25-2.09)	0.546	0.83 (0.21-3.26)	0.793
สอบสวน	35 (13.4)	22 (28.6)	2.17 (1.08-4.38)	0.030*	2.23 (0.98-5.12)	0.057

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยทั่วไป ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยทางสุขภาพจิต ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการวิเคราะห์ Binary logistic regression (ต่อ)

ปัจจัย	Low risk/ Hazardous N (%)	Harmful/ Dependence n (%)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อำนาจการ	40 (15.3)	7 (28.6)	0.61 (0.24-1.52)	0.286	0.59 (0.21-1.72)	0.336
ลักษณะการทำงานหลัก						
ภายในสำนักงาน ^a	103 (39.3)	25 (32.5)	1.00	-		
ลงพื้นที่	159 (60.7)	52 (67.5)	1.35 (0.79-2.31)	0.277		
ระดับชั้นยศ						
ชั้นประทวน ^a	150 (57.3)	36 (46.8)	1.00	-	1.00	
ชั้นสัญญาบัตร	112 (42.7)	41 (53.2)	1.53 (0.92-2.54)	0.105	0.66 (0.24-1.81)	0.415
อายุราชการ (ปี)						
1 - 15 ^a	149 (56.9)	34 (44.2)	1.00	-	1.00	
16 - 30	62 (23.7)	20 (26.0)	1.41 (0.76-2.65)	0.279	0.85 (0.12-5.98)	0.867
31 - 52	51 (19.5)	23 (29.9)	1.98 (1.07-3.66)	0.031*	1.26 (0.17-9.18)	0.817
ภาระงาน						
มากเกินไป ^a	146 (55.7)	50 (64.9)	1.00	-	1.00	
ปานกลาง/น้อยเกินไป	116 (44.3)	27 (35.1)	0.68 (0.40-1.15)	0.152	0.95 (0.49-1.82)	0.870
ได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมปฏิบัติงาน						
ไม่ได้รับการสนับสนุน ^a	50 (19.1)	19 (24.7)	1.00	-		
ได้รับการสนับสนุนปานกลาง	143 (54.6)	42 (54.5)	0.77 (0.41-1.45)	0.423		
ได้รับการสนับสนุนอย่างมาก	69 (26.3)	16 (20.8)	0.61 (0.29-1.30)	0.202		
ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา						
ไม่ได้รับการสนับสนุน ^a	43 (16.4)	17 (22.1)	1.00	-	1.00	
ได้รับการสนับสนุนปานกลาง	156 (59.5)	47 (61.0)	0.76 (0.40-1.46)	0.412	1.10 (0.50-2.41)	0.810
ได้รับการสนับสนุนอย่างมาก	63 (24.0)	13 (16.9)	0.52 (0.23-1.19)	0.120	1.28 (0.47-3.50)	0.628
รายได้เหมาะสมกับภาระงาน						
ไม่เหมาะสม ^a	200 (76.3)	62 (80.5)	1.00	-		
เหมาะสม	62 (23.7)	15 (19.5)	0.78 (0.42-1.47)	0.442		
ความพึงพอใจต่ออาชีพข้าราชการตำรวจ						
พึงพอใจ ^a	149 (56.9)	40 (51.9)	1.00	-	1.00	
เฉยๆ	96 (36.6)	27 (35.1)	1.05 (0.60-1.82)	0.869	0.88 (0.41-1.86)	0.733
ไม่พึงพอใจ	17 (6.5)	10 (13.0)	2.19 (0.93-5.16)	0.072	2.33 (0.75-7.27)	0.143
ระดับความเครียด จาก T-PSS						
มีความเครียดระดับต่ำ ^a	96 (36.6)	13 (16.9)	1.00	-	1.00	
มีความเครียดระดับปานกลาง-สูง	166 (63.4)	64 (83.1)	2.85 (1.49-5.43)	0.002*	2.85 (1.35-6.00)	0.006*
ระดับภาวะซึมเศร้า จาก PHQ-9						
ไม่มี - ระดับน้อย ^a	248 (94.7)	70 (90.9)	1.00	-		
ระดับปานกลาง - รุนแรง	14 (5.3)	7 (9.1)	1.77 (0.69-4.56)	0.236		

*p < 0.05, ^a reference group, CI: confidence interval, OR: Odd ratio, PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9, T-PSS: Thai-Perceived Stress Scale

เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวางจึงไม่สามารถบอกทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ การศึกษาครั้งถัดไปควรแบ่งความหลากหลายของประชากร รวมถึงควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อค้นหาปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบข้อมูลความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายและเสี่ยงติดค่อนข้างสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ควรเผยแพร่ความรู้แก่ตำรวจเกี่ยวกับการยุติกรรมและปัจจัยเสี่ยง และควรได้รับการประเมินเพื่อรับการรักษอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการงดสูบบุหรี่ ส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการจัดการด้านการเงิน องค์กรควรมีการป้องกันและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้บุคลากรลดพฤติกรรมที่อันตรายต่อสุขภาพทั้งกายและใจ สามารถปฏิบัติตามหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตำรวจนครบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 88.2 ส่วนใหญ่เป็นการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ โดยมักดื่มเพื่อเข้าสังคมสังสรรค์กับผู้ร่วมงานในช่วงเวลาพักผ่อนหลังเลิกงาน การมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญา สถานะทางการเงิน การสูบบุหรี่ และความเครียด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายและเสี่ยงติด ดังนั้นควรมีนโยบายเชิงป้องกันในระดับองค์กรเพื่อลดการเกิดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชาตำรวจนครบาลที่อนุเคราะห์การเก็บข้อมูล และข้าราชการตำรวจทุกท่านที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถาม ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถาม AUDIT ฉบับภาษาไทย ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย และ ศ.พญ.ณัทพัย วงศ์ปการันย์ ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบประเมินวัดความรู้สึกเครียด (T-PSS-10)

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

พญ.ปวันรัตน์ จันทรศิริกิตกุล: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ; นพ.วิษณุ เพศยานาวิน: การออกแบบการศึกษา ดำเนินการจริยธรรมวิจัย การเก็บข้อมูล; อ.นพ.เมธีวัชร ชิตเดชะ: การตรวจสอบและแก้ไขการออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบแก้ไขบทความ; ผศ.นพ.ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์: ที่ปรึกษาโครงการวิจัย การตรวจสอบและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Chutha W, Makkhlai K. Epidemiology of alcohol use disorders in Thailand [Internet]. Mental health knowledge base; 2023 [cited 2024 Aug 1]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1689>.
3. Tongsamsee P. Alcohol use and victims: The 9th national alcohol conference: Centre for alcohol studies 2016; 1: 179.
4. Irizar P, Puddephatt JA, Gage SH, Fallon V, Goodwin L. The prevalence of hazardous and harmful alcohol use across trauma-exposed occupations: A meta-analysis and meta-regression. Drug Alcohol Depend 2021; 226: 2-17.
5. Irizar P, Gage SH, Field M, Fallon V, Goodwin L. The prevalence of hazardous and harmful drinking in the UK Police Service, and their co-occurrence with job strain and mental health problems. Epidemiol Psychiatr Sci 2021; 30: e51: 2-12.
6. Sundet M, Kajombo C, Mulima G, Bogstrand ST, Varela C, Young S, Christophersen AS, Gjerde H. Prevalence of alcohol use among road traffic crash victims presenting to a Malawian central hospital: A cross-sectional study. Traffic Inj Prev 2020; 21(8): 527-32.
7. Daniel WW. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. John Wiley & Sons, Inc.; 1995.
8. Rutterford C, Copas A, Eldridge S. Methods for sample size determination in cluster randomized trials. Int J Epidemiol 2015; 44(3): 1051-67.
9. Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen, Thailand: Khon Kaen University Printing House; 2021.
10. Phengsuk S, Sirisook V. Drinking behavior and tendency of disobedience to the laws/disciplines concerning alcohol consumption among policemen in Bangkok. J.PH.PL. 2015;1(2): 91-104.
11. Vichitkunakorn P, Geater A, Assanangkornchai S. Context-specific quantity frequency (CSQF) level analysis. 1st ed. Centre for Alcohol Studies. Leo Design and Print; 2019.
12. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care, 2nd edition 2001.[Internet].2009 [cited 2023 Aug 26]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/5/WHO_MSD_MSB_01.6a_tha.pdf.

13. Assanangkornchai S. Pattern of alcohol drinking and alcohol use disorder in Thailand. *J Psychiatr Assoc of Thai* 2009; 54(1): 139-52.
14. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC psychiatry*. 2008; 8(1): 1-7.
15. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 2001; 16(9): 606-13.
16. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S, editors. *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Newbury Park, CA: Sage; 1988: 31-67.
17. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med* 2010 ; 4(1): 6.
18. Chawanun C. Prevalence and Associated Factors of Depression Awareness in Patients with Alcohol use Disorder at Maharajnakorn Chiang Mai Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017; 62(1): 28-34.
19. Nhat TV, Uthis P, Watthayu N. Risk factors of hazardous alcohol use among adult males: A systematic review. *NPT* 2024; 11(2): 124-140.
20. Lee YT, Huang YH, Tsai FJ, Liu HC, Sun FJ, Tsai YJ, Liu SI. Prevalence and psychosocial risk factors associated with current cigarette smoking and hazardous alcohol drinking among adolescents in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2021; 120(1): 265-274.
21. Houdmont, J., & Jachens, L. English police officers' alcohol consumption and links with organisational job stressors. *The Police Journal* 2022; 95(4): 674-690.
22. Kyron MJ, Rikkers W, Bartlett J, Renehan E, Hafekost K, Baigent M P, et al. Mental health and wellbeing of Australian police and emergency services employees. *Arch Environ Occup Health* 2022; 77(4): 282-292.
23. Paljärvi T, Koskenvuo M, Poikolainen K, Kauhanen J, Sillanmäki L, Mäkelä P. Binge drinking and depressive symptoms: a 5-year population-based cohort study. *Addiction*. 2009; 104: 1168-78.
24. Lee YY, Wang P, Abdin E, Chang S, Shafie S, Sambasivam R, et al. Prevalence of binge drinking and its association with mental health conditions and quality of life in Singapore. *Addict Behav*. 2020; 100:106114.
25. Nazareth I, Walker C, Ridolfi A, Aluoja A, Bellon J, Geerlings M, et al. Heavy episodic drinking in Europe: a cross section study in primary care in six European countries. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46: 600-6.
26. Puddephatt J-A, Irizar P, Jones A, Gage SH, Goodwin L. Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2022; 117: 1543-1572.
27. Pilling S, Whittington C, Taylor C, Kendrick T. Identification and care pathways for common mental health disorders: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011; 342:d2868.
28. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health, Clinical Excellence, British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists. *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. London, UK: RCPsych Publications; 2011.
29. Austin MA, Villarosa-Hurlocker MC. Drinking patterns of college students with comorbid depression and anxiety symptoms: the moderating role of gender. *J Subst Abuse* 2021; 26(6):650-6.
30. Institute for Alcohol Studies. *Alcohol and Mental Health: Policy and Practice in England* [Internet]. 2018 [cited 2024 Aug 1]. Available from: <http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp31042018.pdf>.
31. Alsuhaibani R, Smith DC, Lowrie R, Aljhani S, Paudyal V. Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 209-32.
32. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015; 154: 1-13.