

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

จิราพร เนียมแพ¹ เอมอัชมา วัฒนบุรณน² วิลลภ ใจดี³ ดนัย บวรเกียรติกุล^{4*} นิตยัตตะยา ผาสุขพันธ์⁵

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁴รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีส่วนช่วยป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตปริญญาตรี 378 คน เก็บข้อมูลในเดือน กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation: r) การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบเดียว และพหุ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความแตกต่างกันตามอายุ ชั้นปี รายได้ต่อเดือน และที่พักของนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation: r) ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.307$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.692$, $p\text{-value} < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.531$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = 0.327$, $p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = 0.215$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากนั้นวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ พบปัจจัยที่ร่วมทำนาย ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ อายุ รายได้ และพักในมหาวิทยาลัย โดยทั้ง 9 ปัจจัย ร่วมกันมีอิทธิพลทำนายได้ร้อยละ 77.8 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สถานศึกษาควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โครงการ “มหาวิทยาลัยปลอดแอลกอฮอล์” โดยควรดำเนินงานบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ที่มีอำนาจบังคับใช้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในการเฝ้าระวังการโฆษณา การส่งเสริมการขาย บริเวณโดยรอบมหาวิทยาลัย

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย/ พฤติกรรมการป้องกัน/ การดื่มแอลกอฮอล์/ นิสิตปริญญาตรี

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ดนัย บวรเกียรติกุล, อีเมล: Danai@go.buu.ac.th, โทร.: 09 7294 1256

Received: 30 มิถุนายน 2568/ Revised: 16 สิงหาคม 2568/ Accepted: 21 สิงหาคม 2568

Predictive Factors of Alcohol Consumption Preventive Behaviors among Undergraduate Students at a University in Chonburi Province

Jiraporn Niampae¹ Aimutcha Wattanaburanon² Wanlop Jaidee³ Danai Bawornkiattikul^{4*}

Nittaya Pasukphun⁵

¹Master of Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

²Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

³Lecturer, Faculty of Public Health, Burapha University

^{4*}Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

⁵Asst. Prof., Faculty of Public Health, Thammasat University

Abstract

Preventive behavior against alcohol consumption is a health-promoting behavior that helps reduce the risk of alcohol-related diseases. This study employed a survey research design to investigate the predictive factors of alcohol prevention behavior among undergraduate students at a university in Chonburi Province. The sample consisted of 378 undergraduate students. Data collection was conducted in February 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, simple linear regression, and multiple linear regression analysis. The results revealed that alcohol prevention behavior significantly varied by age, academic year, monthly income, and place of residence ($p < 0.05$).

Pearson's correlation analysis between health belief model constructs and alcohol prevention behavior showed that perceived benefits of alcohol prevention ($r = -0.307$, $p < 0.001$), perceived barriers to alcohol prevention ($r = -0.692$, $p < 0.001$), and social support for alcohol prevention behavior ($r = -0.531$, $p < 0.001$) were negatively correlated with alcohol prevention behavior. Conversely, perceived severity of alcohol-related diseases ($r = 0.327$, $p < 0.001$) and perceived susceptibility to alcohol-related diseases ($r = 0.215$, $p < 0.001$) were positively correlated with such behavior. Multiple linear regression analysis identified nine significant predictors of alcohol prevention behavior: perceived barriers, perceived severity, perceived susceptibility, perceived benefits, social support, drinking experience, age, income, and on-campus residence. These factors collectively explained 77.8% of the variance in alcohol prevention behavior. It is recommended that educational institutions organize campaigns and raise awareness regarding the consequences of alcohol consumption, such as implementing an "Alcohol-Free University" project. These efforts should be integrated with relevant stakeholders who are authorized to enforce the Alcoholic Beverage Control Act B.E. 2551 (2008) and related laws to monitor advertising and sales promotions around university premises.

Keywords: Predictive factors/ Preventive behavior/ Alcohol consumption/ Undergraduate students

*Corresponding author: Danai Bawornkiattikul, email: Danai@go.buu.ac.th, Tel.: 09 7294 1256

Received: June 30, 2025/ Revised: August 16, 2025/ Accepted: August 21, 2025

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์มากถึง 3 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁽¹⁾ ในประเทศไทย ปี 2564 พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มติดเชื้อครั้งแรกอยู่ที่ 20.4 ปี และกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี มีอัตราเพิ่มขึ้นของนักเรียนใหม่สูงสุดถึงร้อยละ 54⁽²⁾ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงและอิทธิพลจากสื่อโฆษณาและการตลาดที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มเยาวชนและนิสิตนักศึกษา⁽³⁾

ผลกระทบจากการบริโภคติ่มแอลลอกฮอลล์มีทั้งในด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคตับ มะเร็ง ภาวะพิษสุราเรื้อรัง และในด้านสังคม เช่น อุบัติเหตุ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และอาชญากรรม⁽⁴⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2570) โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมและลดปริมาณการบริโภค ป้องกันนักเรียนใหม่ และลดความเสี่ยงจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค⁽⁵⁾

จังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการบริโภคติ่มแอลลอกฮอลล์สูง (ร้อยละ 33.2) และมีลักษณะทางกายภาพเป็นเมืองท่องเที่ยวและศูนย์กลางเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบไปด้วยที่พัก ที่กิน ที่เที่ยว ทำให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย⁽⁶⁾ มีที่ตั้งของมหาวิทยาลัยอยู่ใกล้แหล่งท่องเที่ยวทางทะเล เช่น หาดบางแสน หาดวอน แหลมแท่น เขาสามมุข ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย รวมถึงมีวัฒนธรรมการจัดกิจกรรมต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการสังสรรค์ นอกจากนี้ มหาวิทยาลัยยังรับนิสิตจากหลากหลายภูมิภาค ทำให้มีความหลากหลายในด้านพื้นฐานทางวัฒนธรรมและค่านิยม ซึ่งอาจมีผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ ด้วยสภาพแวดล้อมดังกล่าว และอิทธิพลจากเพื่อน โฆษณา และสถานบันเทิง ส่งผลให้กลุ่มนิสิตมีความเสี่ยงสูงต่อการเริ่มติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ในภูมิภาคอื่นๆ แต่ยังพบการศึกษาในเขตภาคตะวันออกค่อนข้างน้อยซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับพื้นที่อื่นๆ จากการศึกษา พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ของนิสิตมหาวิทยาลัย : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งของ กรุงเทพมหานคร สมใจ⁽⁷⁾ พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ แรงสนับสนุนจากเพื่อน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้นิสิตมหาวิทยาลัยมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ที่ดี พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนของนิสิตศึกษา นั่นคือ นิสิตศึกษาที่มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ในระดับดีจะมีผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนอยู่ในระดับที่ดีขึ้นไปถึงร้อยละ 76.3 และยังพบว่าพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ยังมีผลกับคุณภาพชีวิตของนิสิตศึกษา นั่นคือ นิสิตศึกษาที่มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ที่ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีตามไปด้วย

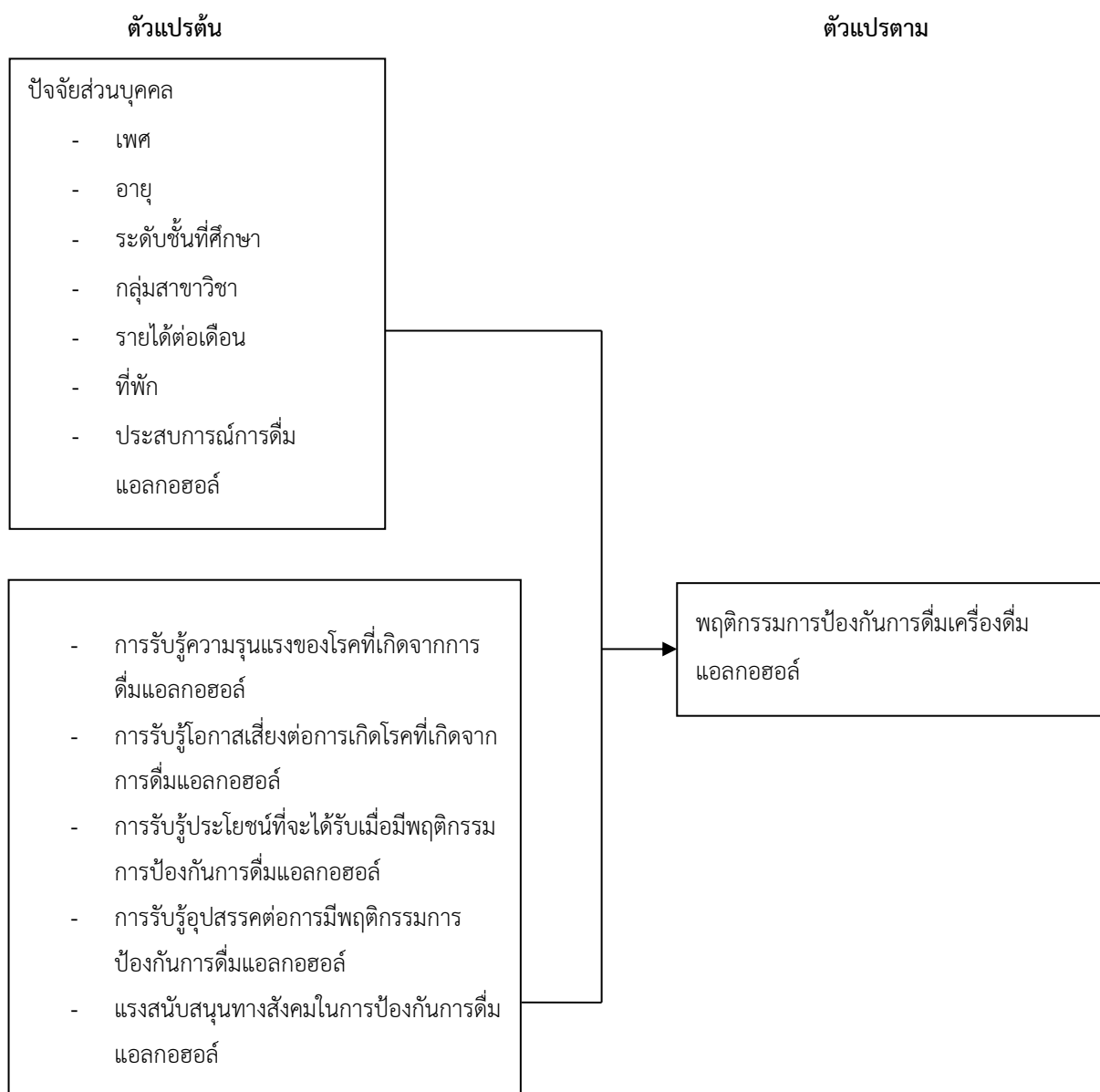
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เพื่อสร้างแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก และป้องกันการเกิดนักเรียนใหม่ในสถานศึกษา อันจะนำไปสู่การพัฒนาเยาวชนให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ของนิสิตระดับปริญญาตรี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ของนิสิตระดับปริญญาตรี
3. เพื่อประเมินความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อติ่มแอลลอกฮอลล์ของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นกรอบแนวคิดที่สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ของงานวิจัยที่มีอยู่มักเน้นศึกษาพฤติกรรมการบริโภคหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื่ม มากกว่าการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ จากกรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อผลเสีย (Perceived susceptibility) เห็นว่าอาการหรือผลที่ตามมาอาจรุนแรง (Perceived severity) และตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันหรือหลีกเลี่ยง (Perceived benefits) ทั้งยังสามารถเอาชนะอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่มี (Perceived barriers) จึงเหมาะสมอย่างยิ่งในการใช้เป็นกรอบการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันการดื่มของนิสิต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร คือ นิสิตปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 21,598 คน (กองทะเบียนและประมวลผลการศึกษา, 31 กรกฎาคม 2567)⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณตามการคำนวณ ด้วยวิธีการของ Krejcie and Morgan⁽⁹⁾ ใช้ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 จะได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 378 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ดังแสดงในตารางที่ 1 และใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

ตารางที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน

ลำดับ	คณะ	จำนวนนิสิต (คน)	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	คณะพยาบาลศาสตร์	789	3.65	14
2	คณะแพทยศาสตร์	332	1.53	6
3	คณะเภสัชศาสตร์	901	4.17	16
4	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา	761	3.52	12
5	คณะสหเวชศาสตร์	1,502	6.95	26
6	คณะสาธารณสุขศาสตร์	723	3.34	13
7	คณะดนตรีและการแสดง	719	3.32	12
8	คณะบริหารธุรกิจ	27	0.12	1
9	คณะภูมิสารสนเทศศาสตร์	317	1.46	6
10	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	3,655	16.92	64
11	คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์	1,297	6.00	23
12	คณะโลจิสติกส์	1,449	6.70	26
13	คณะวิทยาการสารสนเทศ	1,460	6.75	26
14	คณะวิทยาศาสตร์	2,584	11.96	45
15	คณะวิศวกรรมศาสตร์	2,343	10.84	40
16	คณะศิลปกรรมศาสตร์	660	3.05	12
17	คณะศึกษาศาสตร์	1,481	6.85	26
18	วิทยาลัยนานาชาติ	598	2.76	10
รวม		21,598	100	378

พื้นที่และระยะเวลา

เก็บรวบรวมข้อมูลจากนิสิตปริญญาตรีในพื้นที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บที่อาคารเรียนแต่ละคณะของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน จังหวัดชลบุรี โดยก่อนที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงคณบดีแต่ละคณะเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบ นิสิตกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่อาคารเรียนแต่ละคณะ อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงสามารถดำเนินการในขั้นตอนต่อไปได้
2. สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนิสิตเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการให้ข้อมูล ตอบรับใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
3. ผู้วิจัยแจกจ่ายลิงค์แบบสอบถามออนไลน์ อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด
4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของคำตอบ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย
5. เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสร้างขึ้นเองจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เป็นแนวทางสร้างแบบสอบถาม แบบสอบถาม มี 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (แบบมีรายการให้เลือกตอบ) อายุ (แบบเติมคำในช่องว่าง) ระดับชั้นที่ศึกษา กลุ่มสาขาวิชา (คำถามปลายเปิด) รายได้ต่อเดือน ที่พัก ประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด เหตุผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานที่ดื่ม ดื่มร่วมกับใคร (แบบมีรายการให้เลือกตอบ)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย 5 ส่วน รวม 37 ข้อ

ส่วนที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 4 การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 5 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน 8 ข้อ

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale)

การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) มีข้อความถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเกณฑ์ในการกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 4 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert's Rating Scale)⁽¹⁰⁾ ดังนี้

ระดับพฤติกรรม	ค่าน้ำหนักคะแนน
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองมากที่สุด	มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน (ข้อความนั้นตรงกับสภาพที่เป็นจริงประมาณ 76-100%)
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองมาก	มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน (ข้อความนั้นตรงกับสภาพที่เป็นจริงประมาณ 51-75%)
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองปานกลาง	มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน (ข้อความนั้นตรงกับสภาพที่เป็นจริงประมาณ 26-50%)
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองน้อย	มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน (ข้อความนั้นตรงกับสภาพที่เป็นจริงประมาณ 0-25%)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ชุดคำสั่งคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา กลุ่มสาขาวิชา รายได้ต่อเดือน ที่พัก ประสบการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ โดย แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ โดยแบ่งเป็น 3 อันตรภาคชั้นกว้างเท่ากัน⁽¹¹⁾

คะแนนเฉลี่ย	3.00-4.00	หมายถึง มีการรับรู้สูง
คะแนนเฉลี่ย	2.00-2.99	หมายถึง มีการรับรู้ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.99	หมายถึง มีการรับรู้ต่ำ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งเป็น 3 อันตรภาคชั้นกว้างเท่ากัน⁽¹¹⁾

คะแนนเฉลี่ย	3.00-4.00	หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	2.00-2.99	หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.99	หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับไม่ดี

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตด้วยสถิติ Pearson's correlation, Simple/Multiple linear regression

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ข้อคำถามทุกข้อที่ใช้เป็นเครื่องมือผ่านเกณฑ์ $IOC \geq 0.5$ โดยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.0

ทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha

Coefficient) ผลการทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละส่วนของแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (5 ข้อ) ได้ 0.721 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.740 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.785 การรับรู้การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.740 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.817 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.768

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย : G-HS135/2567 วันที่ 13 ธันวาคม 2567 มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 257 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 และเพศชาย 121 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 ซึ่งมีอายุ 21 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.3 เป็นนิสิตกลุ่มสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมาเป็นกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คิดเป็นร้อยละ 23.0 และ 22.5 ตามลำดับ นิสิตส่วนมากมีรายได้ต่อเดือน 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.6 ส่วนใหญ่พักหอพักนอกมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 53.4 ประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเลย คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมาดื่มเดือนละ 1 ครั้ง และ 2-4 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 23.0 และ 17.2 ตามลำดับ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด คือ เหล้าปั่น คิดเป็นร้อยละ 42.4 รองลงมาคือ เบียร์ และไวน์ คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 21.4 ตามลำดับ เหตุผลในการดื่มส่วนใหญ่เพื่อการเข้าสังคมและการพบปะสังสรรค์ คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาเพื่อความสุข/สนุกสนาน และผ่อนคลายความเครียด คิดเป็นร้อยละ 41.2 และ 4.8 ตามลำดับ สถานที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นสถานบันเทิง คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมา เป็นที่พักตนเอง ร้านอาหาร ชายหาด คิดเป็นร้อยละ 31.2 17.7 และ 16.4 ตามลำดับ และนิสิตส่วนใหญ่ดื่มร่วมกับเพื่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.5 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 378)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	121	32.0
หญิง	257	68.0
อายุ		
19 ปี	20	5.3
20 ปี	82	21.7
21 ปี	194	51.3
22 ปี	82	21.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้น		
ชั้นปีที่ 1	20	5.3
ชั้นปีที่ 2	80	21.2
ชั้นปีที่ 3	225	59.5
ชั้นปีที่ 4	53	14.0
กลุ่มสาขาวิชา		
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	87	23.0
กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	85	22.5
กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	206	54.5
รายได้ต่อเดือน		
10,001 – 15,000 บาท	89	23.5
15,001 – 20,000 บาท	210	55.6
20,001 บาท ขึ้นไป	79	20.9
ที่พักของนิสิต		
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	202	53.4
หอพักในมหาวิทยาลัย	66	17.5
คอนโด	47	12.4
บ้านตนเอง/บ้านญาติ	43	11.4
บ้านพัก/แฟลต หน่วยงานรัฐ	12	3.2
บ้านเช่า	8	2.1
ประสบการณ์การขี่มัลกอสฮอลล์		
ความถี่ในการขี่มัลกอสฮอลล์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา		
ไม่ขี่เลย	226	59.8
เดือนละ 1 ครั้ง	87	23.0
2-4 ครั้งต่อเดือน	65	17.2
ชนิดของเครื่องขี่มัลกอสฮอลล์ที่ขี่บ่อยที่สุด		
เหล็กปั่น	160	42.4
เบียร์	104	27.5
ไวน์	81	21.4
สุราสี	33	8.7
เหตุผลในการขี่เครื่องขี่มัลกอสฮอลล์		
การเข้าสังคมและการพบปะสังสรรค์	204	54.0
เพื่อความสุข/สนุกสนาน	156	41.2
ผ่อนคลายความเครียด	18	4.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ดื่ม		
สถาบันเทิง	131	34.7
ที่พักตนเอง	118	31.2
ร้านอาหาร	67	17.7
ชายหาด	62	16.4
ดื่มร่วมกับใคร		
เพื่อน	202	53.5
ครอบครัว	88	23.3
บุคคลอื่น	64	16.9
คนเดียว	24	6.3

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

ค่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อีก 1 ด้าน คือ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	3.56	0.36	มีการรับรู้สูง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์	3.58	0.25	มีการรับรู้สูง
3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	3.59	0.34	มีการรับรู้สูง
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	2.38	0.42	มีการรับรู้ปานกลาง
5. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	3.65	0.30	มีการรับรู้สูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.50$, S.D. = 0.25) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันปฏิเสธอย่างนุ่มนวลเมื่อถูกเพื่อนหรือผู้มาชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{x} = 3.73$, S.D. = 0.44) รองลงมาคือ เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่านขอคำปรึกษาจากบิดามารดา หรือคนในครอบครัว โดยไม่พึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{x} = 3.66$, S.D. = 0.47) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันไม่ดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากขัดต่อคำสอนของศาสนาที่ครอบครัวของฉันนับถือ ($\bar{x} = 3.25$, S.D. = 0.43) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการป้องกัน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ฉันปฏิเสธอย่างนุ่มนวลเมื่อถูกเพื่อนหรือผู้มาชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์	3.73	0.44	ระดับดี
2. ฉันหลีกเลี่ยงการเที่ยวในสถานบันเทิงที่เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์	3.55	0.49	ระดับดี
3. หากฉันมีความเครียดที่เกิดจากการเรียน/ครอบครัว/เพื่อน จะใช้วิธีอื่นในการผ่อนคลายความเครียดโดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์	3.55	0.49	ระดับดี
4. ฉันพยายามป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยไม่ลองดื่มแอลกอฮอล์อย่างแน่นอน แม้เพื่อนจะยั่วยุ	3.57	0.49	ระดับดี
5. ฉันออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยไม่ต้องพึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.39	0.48	ระดับดี
6. ฉันไม่ดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากขัดต่อคำสอนของศาสนาที่ครอบครัวของฉันนับถือ	3.25	0.43	ระดับดี
7. คนในครอบครัวของฉัน มีการเตือนไม่ให้เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.35	0.47	ระดับดี
8. คนในครอบครัวฉันไม่เห็นด้วยที่คบเพื่อนที่ชอบเที่ยวสถานบันเทิง หรือดื่มแอลกอฮอล์	3.48	0.50	ระดับดี
9. เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่านขอคำปรึกษาจากบิดามารดา หรือคนในครอบครัว โดยไม่พึ่งการดื่มแอลกอฮอล์	3.66	0.47	ระดับดี
10. คนในครอบครัวของท่านมีการพูดคุยถึงโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสอนให้บุตรหลานหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.53	0.50	ระดับดี
ด้านพฤติกรรมการป้องกันโดยรวม	3.50	0.25	ระดับดี

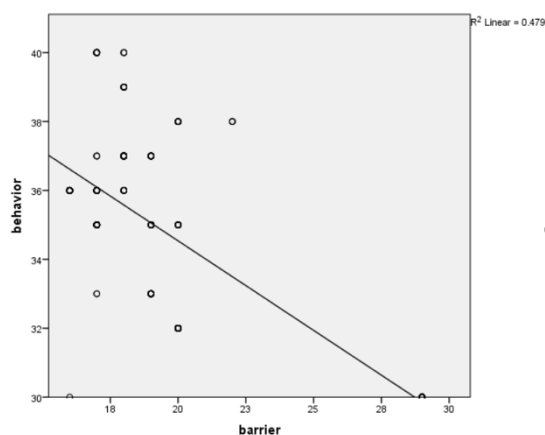
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงเส้น พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation: r) สูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา และมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม (R-square) ร้อยละ 47.9 (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเดียวระหว่างการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแอลกอฮอล์

ตัวแปรอิสระ	β (95%CI)	SE	Beta	t	p-value
การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อแอลกอฮอล์	-4.158 (-4.598, -3.719)	0.223	-0.692	-18.610	<0.001
Constant	44.632 (43.871, 45.993)	0.540		83.256	<0.001

R = 0.692, R-square = 0.479, F = 346.343, $p \leq 0.001$



ภาพที่ 2 การกระจายของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแอลกอฮอล์กับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแอลกอฮอล์ และเส้นถดถอย (regression line)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

พบปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อแอลกอฮอล์เป็นตัวแปรอิสระ 9 ตัว ได้แก่ อายุ รายได้ หอพักในมหาวิทยาลัย ระยะเวลาที่ไม่ติดเชื้อแอลกอฮอล์ 1 เดือนที่ผ่านมา การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแอลกอฮอล์ การรับรู้การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อแอลกอฮอล์ และมีอำนาจการทำนายร้อยละ 77.8 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปรอิสระ	β (95%CI)	SE	Beta	t	p-value
อายุ	-0.779 (-1.011, -0.548)	0.118	-0.243	-6.621	<0.001
รายได้	0.669 (0.433, 0.905)	0.12	0.175	5.566	0.01
พักในมหาวิทยาลัย	-0.935 (-1.393, -0.478)	0.233	-0.139	-4.022	<0.001
ระยะเวลาที่ไม่ดื่ม 1 เดือนที่ผ่านมา	-1.030 (-1.329, -0.732)	0.152	-0.198	-6.795	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	2.029 (1.621, 2.437)	0.208	0.286	9.773	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	1.383 (0.734, 2.032)	0.33	0.138	4.189	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-0.628 (-1.107, -0.149)	0.244	-0.084	-2.577	<0.001
การรับรู้การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-3.902 (-4.362, -3.441)	0.234	-0.65	-16.657	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-1.644 (-2.127, -1.160)	0.246	-0.198	-6.686	<0.001
Constant	56.157 (49.339, 62.976)	3.467		16.196	<0.001

R = 0.882, R-square = 0.778, F = 143.599, $p \leq 0.001$

อภิปรายผล

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตระดับปริญญาตรี

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยรวม 4 ด้านแรก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับสูง แสดงว่านิสิตมีความคิดเห็น และความเข้าใจตรงกับความรู้อยู่เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจเป็นเพราะนิสิตมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ก่อนเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัย จากการเรียนสุขศึกษาในโรงเรียน

ในมหาวิทยาลัย และสื่อประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์ หรือสังคมอินเทอร์เน็ต ให้ตระหนักถึงภัยของการติ่แอลกอฮอล์ ส่วนการรับรู้ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการติ่แอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีข้อที่นิสิตส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้แก่ การเลิกติ่แอลกอฮอล์ทำได้ยากเพราะเป็นการเข้าสังคม การไม่ติ่แอลกอฮอล์อาจทำให้ฉันไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน นิสิตคิดว่าการติ่แอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติในสังคมไทย แปลว่าแรงกดดันทางสังคม เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ เพราะนิสิตยังต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งระดับการรับรู้ทั้ง 5 ด้านของนิสิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับการศึกษาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในบริบทของกลยุทธ์ป้องกันการพฤติกรรมติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ของ De Leon⁽¹²⁾ ซึ่งแนวโน้มที่นิสิตจะใช้กลยุทธ์พฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคที่เกี่ยวกับการดำเนินพฤติกรรมเหล่านั้น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการติ่แอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการติ่แอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการติ่แอลกอฮอล์ นำไปสู่การติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ลดลง และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการติ่แอลกอฮอล์ก็จะลดน้อยลงเช่นกัน

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ของนิสิตระดับปริญญาตรี

พฤติกรรมป้องกันการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรีโดยรวมอยู่ใน ระดับสูง ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 0.25) ใกล้เคียงกับการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรของ พนิดา ใจแก้วทิ⁽¹³⁾ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 41.6 พฤติกรรมป้องกันการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ด้านส่วนบุคคล โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.18) พฤติกรรมป้องกันการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ด้านครอบครัว โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.06) พฤติกรรมป้องกันการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ด้านสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = 0.08)

3. เพื่อประเมินความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

ผลของความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมป้องกันการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์พบว่า “การรับรู้อุปสรรค” เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบและมีอิทธิพลสูงที่สุดต่อพฤติกรรมป้องกันการติ่เครื่องติ่แอลกอฮอล์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันสูงที่สุดในบรรดาตัวแปรทั้งหมด ($r = -0.692$, $p < 0.001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมได้สูงถึงร้อยละ 71.4 ($R^2 = 0.714$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker⁽¹⁴⁾ ที่ระบุว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลในทางลบต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของนิสิตมหาวิทยาลัยที่อาจเผชิญแรงกดดันทางสังคม เช่น การเข้าสังคมกับเพื่อน การร่วมกิจกรรมที่มีเครื่องติ่แอลกอฮอล์ หรือการขาดกิจกรรมทางเลือกเชิงบวกในเวลาว่าง⁽¹⁵⁾ ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = 0.327$, $p < 0.001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.215$, $p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนว่าเมื่อบุคคลมีการตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพจากการติ่แอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคตับ มะเร็ง หรือภาวะทางจิตใจ ก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ระบุว่า การรับรู้ภัยคุกคามต่อสุขภาพเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า “การรับรู้ประโยชน์” ของการงดติ่กลับมีความสัมพันธ์เชิงลบปานกลางกับพฤติกรรมป้องกัน ($r = -0.307$, $p < 0.001$) ซึ่งขัดกับแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่คาดว่า การรับรู้ประโยชน์ควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความขัดแย้งนี้อาจสะท้อนถึงความซับซ้อนของพฤติกรรมมนุษย์ โดยเฉพาะในกลุ่มนิสิตที่แม้จะตระหนักถึงประโยชน์ของการไม่ติ่ เช่น การมีสติ การเหลือเงินออมมากขึ้น

แต่ยังอาจถูกแรงจูงใจทางสังคมหรืออารมณ์ เช่น ความสนุกสนาน ความเคยชินในกลุ่มเพื่อนเข้ามาแทรกแซงการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจที่อธิบายว่าการดื่มมักถูกผลักดันจากความคาดหวังทางอารมณ์และสังคม มากกว่าจากเหตุผลเชิงสุขภาพเพียงอย่างเดียว ในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม แม้ว่าผลการศึกษาของนิสิตจะมีการรับรู้ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.65$) แต่ผลการวิเคราะห์กลับพบความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกัน ($r = -0.531, p < 0.001$) ซึ่งอาจขัดกับแนวคิดที่ว่า “แรงสนับสนุนควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ” อาจเกิดจากแรงสนับสนุนที่ได้รับไม่ได้มาจากแหล่งที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ครอบครัว อาจารย์ หรือระบบสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย แต่กลับมาจากกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมการดื่มเป็นปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาความตั้งใจในการดื่ม กับพฤติกรรมการดื่มในแต่ละวันของนักศึกษามหาวิทยาลัยของ Hamilton⁽¹⁶⁾ ผลการศึกษาพบว่าบริบททางสังคมมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการดื่ม แม้แรงสนับสนุนทางสังคมจะสำคัญต่อการสร้างพฤติกรรมป้องกัน แต่หากแรงสนับสนุนเหล่านั้นมาจากระบบสังคมที่ดื่มเป็นบรรทัดฐาน หรือถูกครอบงำด้วยเครือข่ายที่ส่งเสริมการดื่มแรงสนับสนุนก็ไม่เพียงพอสะท้อนว่าพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มนิสิตได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยภายในด้านความเชื่อ และปัจจัยภายนอกด้านบริบทสังคมอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลจากนิสิตระดับปริญญาตรี เนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลจากนิสิตชั้นปีที่ 5 - 6 ได้ตามที่กำหนดไว้ในตอนต้น เนื่องจากนิสิตในระดับชั้นปีดังกล่าว ส่วนใหญ่อยู่ในคณะวิชาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น คณะแพทยศาสตร์ เกษตรศาสตร์ ซึ่งมีการออกฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงไม่สะดวกในการเข้าร่วมการเก็บข้อมูล ทำให้กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมเพียงนิสิตชั้นปีที่ 1-4 ซึ่งอาจส่งผลต่อความครอบคลุมของข้อมูลและการสรุปผลโดยทั่วไปของการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิต จึงควรสนับสนุนให้สถาบันอุดมศึกษาดำเนินโครงการ “มหาวิทยาลัยปลอดแอลกอฮอล์” ควบคู่กับการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โครงการอบรมแกนนำเยาวชนนักศึกษา รมรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา นิทรรศการความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ กิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงผ่านสื่อออนไลน์ การจัดประกวดคลิปสั้นหรือสื่อสร้างสรรค์เกี่ยวกับการลด ละ เลิกการดื่ม และการให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ นอกจากนี้ ควรบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคในระดับพื้นที่ รวมถึงออกข้อบัญญัติหรือมาตรการควบคุมการจำหน่าย/บริโภคในบริเวณโดยรอบสถานศึกษา และใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวัง สื่อสาร และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในอนาคตควรดำเนินการในลักษณะเชิงคุณภาพ และเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสัมผัสเสี่ยงสูงหรือการสนทนากลุ่มย่อยกับนิสิต เพื่อสำรวจความเชื่อ เจตคติ และแรงจูงใจเบื้องต้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะช่วยขยายความเข้าใจจากผลการวิจัยเชิงปริมาณเดิมให้มีความลึกซึ้งและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. การออกแบบงานวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองในระดับนิสิต นักศึกษา โดยสร้างโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิเสธ (Refusal Skill) และทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skills) รวมถึงการนำ Health literacy เข้ามาประยุกต์ใช้แล้วประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงพฤติกรรมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยควรมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงพฤติกรรมโดยใช้ เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และนิสิตทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: World Health Organization Thailand; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/18-04-2567-who-advises-limiting-alcohol-availability-and-advertising>
2. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมเครื่องดื่มสุราของประชากรไทย. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
3. กรมควบคุมโรค. พัฒนาศักยภาพการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการบริการป้องกัน และบำบัดรักษาสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37601&deptcode=brc&news_views=1724
4. เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(3):276-88.
5. กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2565-2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/138052>
6. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://cas.or.th/?p=10225>
7. ตรุณวรรณ สมใจ. พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสาร มจร วิชาการ. 2560;20(40):127-39.
8. มหาวิทยาลัยบูรพา. กองทะเบียนและประมวลผลการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://reg.buu.ac.th/registrar/home.asp>
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
10. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):1-55.
11. Best JW, Kahn JV. Research in education. India: Pearson Education; 2016.
12. De Leon AN. The health belief model in the context of alcohol protective behavioral strategies. Psychiatry. 2023;86(1):1-16.
13. พินดา ใจแก้วทิ. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร [อินเทอร์เน็ต]. กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://research.kpru.ac.th/research2/pages/flere/15532020-01-10.pdf>
14. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. Health Educ Q. 1984;11(1):1-47.
15. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):409-19.

16. Hamilton HR. To drink or not to drink: When drinking intentions predict alcohol consumption and consequences. Br J Health Psychol. 2021. doi:10.1111/bjhp.12560