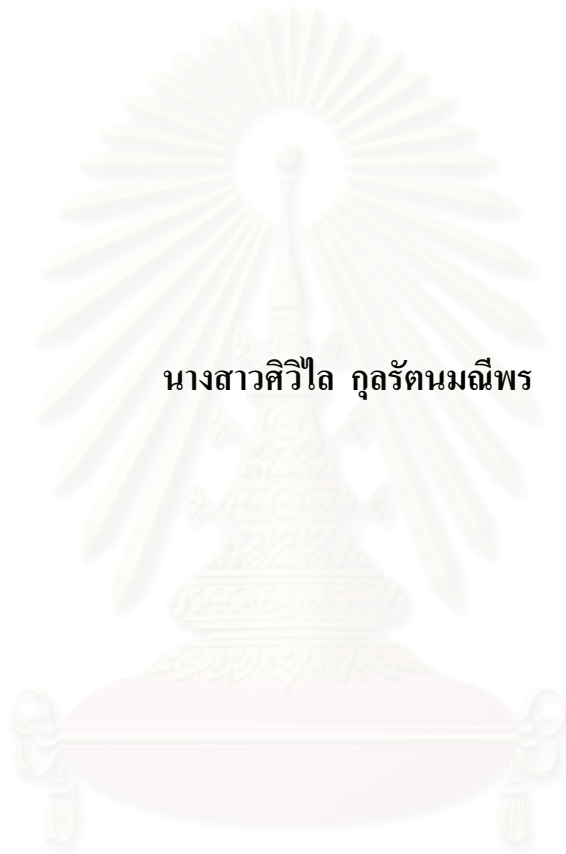


ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี



นางสาวศิวีไธ กุศลรัตนมณีพร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาประชากรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1983-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**FACTORS RELATED TO ADDICTIVE SUBSTANCES CONSUMPTION  
OF KANCHANABURI'S POPULATION**



**Miss Civilize Kulrattanamaneeporn**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements**

**for the Degree of Master of Arts in Demography**

**College of Population Studies**

**Chulalongkorn University**

**Academic Year 2002**

**ISBN 974-17-1983-3**

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร จังหวัดกาญจนบุรี
โดย	นางสาวศิวีไล กุศลตันมณีพร
สาขาวิชา	ประชากรศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์มาลินี วงษ์สิทธิ์

---

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แนบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารบัณฑิต

.....ผู้อำนวยการวิทยาลัยประชากรศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. วิพรรณ ประจวบเหมาะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร. เกื้อ วงศ์บุญสิน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์ มาลินี วงษ์สิทธิ์)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร ชโยวรรณ)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ)

ศิริไล กุรัตนมณีพร: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร  
จังหวัดกาญจนบุรี (Factors Related to Addictive Substances Consumption  
of Kanchanaburi's Population) อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.มาลินี วงษ์สิทธิ์, 92 หน้า.  
ISBN 974-17-1983-3

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาชนิดและจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามาจากโครงการกาญจนบุรี ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการดังกล่าวได้รับการสนับสนุนโดย The Wellcome Trust และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในปี พ.ศ. 2543 หน่วยตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือประชากรทุกคนในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปที่สัมภาษณ์ได้ จำนวน 27,901 ราย

การศึกษาครั้งนี้นำเสนอข้อมูลโดยใช้ตารางไขว้และทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ ตัวแปรตามในการศึกษาคือแบ่งเป็น 2 ประเภท คือชนิดของสิ่งเสพติดแต่ละชนิดและจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด ผลการศึกษาในเรื่องชนิดของสิ่งเสพติดแต่ละชนิดพบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรดื่มเบียร์และสูบบุหรี่ รองลงมา ดื่มสุรา/ชาดอง ชนิดของสิ่งเสพติดที่มีสัดส่วนการบริโภคต่ำที่สุดคือ เครื่องดื่มชูกำลัง ส่วนการศึกษาในเรื่องจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดนั้น พบว่า ประชากรเกินครึ่งหนึ่งมีการบริโภคสิ่งเสพติด ประมาณ 1 ใน 5 ของประชากร บริโภคสิ่งเสพติดจำนวน 1 ชนิดในด้านปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด ผลการศึกษาปรากฏว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นไปตามสมมติฐานคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษาและระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานคือ เขตที่อยู่อาศัย สำหรับจำนวนสมาชิกในครัวเรือนและการมีหลักประกันสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด

วิทยาลัยประชากรศาสตร์  
สาขาวิชา ประชากรศาสตร์  
ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อนิติ.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 4387059951:MAJOR DEMOGRAPHY

KEY WORD: ADDICTIVE SUBSTANCES/CONSUMPTION/DRINK/SMOKE

CIVILIZE KULRATTANAMANEEPORN: FACTORS RELATED TO  
ADDICTIVE SUBSTANCES CONSUMPTION OF KANCHANABURI'S  
POPULATION. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. MALINEE WONGSITH.  
92 pp. ISBN. 974-17-1983-3

The objective of this study was to investigate the consumption of addictive substances both in kind and in number, and factors related to addictive substances consumption of Kanchanaburi's population. Data used in this study derived from the Kanchanaburi Project which was under the responsibility of the Institute of Population and Social Research, Mahidol University. The project was supported by The Wellcome Trust. The sample size in this study was 27,901 interviewed population aged 15 years and over residing in the sample households.

Cross-tabulations and chi-square tests are presented in the study. Dependent factor in this study was divided into two forms: the kinds of addictive substances and the number of addictive substances. As for the kinds of addictive substances, the results showed that about one-third of the population drank beer and smoked cigarettes. The second most consumed addictive substance was strong alcoholic drink such as whisky. Stimulating beverages were the smallest portion consumed. Regarding the study of addictive substances consumption, the data revealed that more than half of the population consumed addictive substances. About one-fifth of the population consumed at least one kind of addictive substances. Considering the demographic, socio-economic and the other factors related to the consumption of addictive substances, the results according to the hypothesis showed that the statistically significant factors were gender, age, marital status, occupation, income, education and access to health information. The factor that was statistically significant but did not support the hypothesis was the place of residence. It was also found that the two factors which did not relate to the consumption of addictive substances were the number of household members and the health insurance.

College of Population Studies

Student's signature.....

Field of Study Demography

Advisor's signature.....

Academic Year 2002

Co-Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาของรองศาสตราจารย์มาลินี วงษ์สิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้แนวคิด คำแนะนำ ให้กำลังใจ และแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้ข้อมูลโครงการกาญจนบุรี (พ.ศ. 2543) กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. เกื้อวงศ์บุญสิน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร ชโยวรรณ และรองศาสตราจารย์ ดร. วิพรรณ ประจวบเหมาะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำชี้แนะอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. วรชัย ทองไทย ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลและความรู้ต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยประชากรศาสตร์ ที่กรุณาให้ความรู้ อบรมสั่งสอนแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา และขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นราพร จันทร์โอชา ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและคำชี้แนะในด้านภาษาอังกฤษแก่ผู้วิจัย

กราบขอบพระคุณทนายนิศาตราจารย์ ดร. วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะที่ได้มอบทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอบพระคุณนักวิจัยและเจ้าหน้าที่วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือทุกๆ ด้าน และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลที่ช่วยเหลือทุกๆ เรื่อง

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณป้าและหม่าม้าที่คอยสนับสนุน ให้โอกาสและเข้าใจทุกอย่างมาโดยตลอด ขอบใจน้องชายที่แสนดีทั้งสาม ขอบคุณเพื่อนสนิทมิตรสหาย พี่ๆ น้องๆ ที่ร่วมแบ่งปันสุขและทุกข์มาด้วยกัน ขอบคุณทุกคนที่ได้รู้จักพบเห็นและทุกสิ่งทุกอย่างบนโลกใบนี้ที่ทำให้มีความสุขกับการใช้ชีวิต กราบขอบพระคุณสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ช่วยเหลือและสร้างกำลังใจอย่างมากมายมหาศาลทำให้ได้สิ่งที่ปรารถนาและสมหวังทุกเรื่อง และท้ายสุดอยากขอบคุณร่างกายและจิตใจของผู้วิจัยเองที่มีความเพียรพยายามจนได้พบกับความสำเร็จ

ศิริไล กุศลันมณีพร

## สารบัญ

## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ	
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ	
สารบัญ.....	ช	
สารบัญตาราง.....	ฅ	
บทที่		
1	บทนำ	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ในการศึกษา.....	5
	แนวคิดในการศึกษา.....	5
	1. ความหมายและประเภทของสิ่งเสพติด.....	6
	2. อันตรายจากสิ่งเสพติดต่อสุขภาพร่างกาย.....	8
	3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด.....	10
	กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	14
	ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
	สมมติฐานในการศึกษา.....	23
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	23
2	ระเบียบวิธีวิจัยและลักษณะทั่วไปของข้อมูล	
	แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา.....	24
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	25
	ข้อจำกัดของข้อมูล.....	25
	นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา.....	26
	ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	26
	การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล.....	29
	ลักษณะทั่วไปของข้อมูล.....	29
3	การบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี.....	35
4	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี.....	40

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

5	สรุปและข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการศึกษา.....	63
	ข้อเสนอแนะ.....	66
	รายการอ้างอิง.....	68
	ภาคผนวก.....	78
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	82



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญญัตราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรไทยที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จำแนกตามโรคต่างๆ พ.ศ. 2541.....	1
2	ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2535- ปี พ.ศ. 2539.....	3
3	สถิติการจำหน่ายเครื่องดื่มชูกำลังประจำปี พ.ศ. 2535- ปี พ.ศ. 2539.....	4
4	ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนทั่วราชอาณาจักรจำแนกตามประเภทของ ค่าใช้จ่ายปี พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2541 ถึง ปี พ.ศ. 2543.....	4
5	การให้คะแนนระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ.....	28
6	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ.....	31
7	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามการบริโภคสิ่งเสพติดชนิดต่างๆ.....	33
8	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามการบริโภคสิ่งเสพติด.....	34
9	อัตราส่วนร้อยละที่บริโภคสิ่งเสพติดแต่ละชนิดจำแนกตามลักษณะภูมิหลังต่างๆ.....	38
10	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและเพศ.....	41
11	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและอายุ.....	43
12	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด อายุและเพศ..	44
13	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด และสถานภาพสมรส.....	45
14	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด สถานภาพสมรสและเพศ.....	46
15	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและอาชีพ.....	47
16	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด อาชีพและเพศ..	48
17	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและรายได้.....	49
18	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด รายได้ และเพศ.....	51
19	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและการศึกษา..	52
20	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด การศึกษา และเพศ.....	53
21	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....	54

## สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

22	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพย์ติด จำนวนสมาชิกในครัวเรือนและระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ.....	55
23	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพย์ติดและ เขตที่อยู่อาศัย.....	56
24	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพย์ติด เขตที่อยู่อาศัยและระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ.....	57
25	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพย์ติดและ ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ.....	59
26	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพย์ติด ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพและเพศ.....	60
27	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพย์ติดและ การมีหลักประกันสุขภาพ.....	61
28	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพย์ติด การมีหลักประกันสุขภาพและเพศ.....	61
29	สรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการบริโภคสิ่งเสพย์ติดของประชากร จังหวัดกาญจนบุรี.....	66
30	เปรียบเทียบข้อมูลต่างๆ ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไประหว่างสามะโนประชากร จังหวัดกาญจนบุรี พ.ศ. 2543 และข้อมูลโครงการกาญจนบุรี รอบที่ 1 พ.ศ. 2543.....	79
31	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามประเภทสิ่งเสพย์ติด.....	79
32	งบประมาณที่ใช้ในการโฆษณาทางสื่อต่างๆ ของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างเดือน มกราคม-เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2533 .....	79
33	แสดงงบประมาณที่ใช้ในการโฆษณาทางสื่อต่างๆ ของเครื่องดื่มชูกำลังทั้งหมด ในช่วงเดือนมกราคม 2540.....	80
34	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามรายได้ อาชีพ และการศึกษา.....	80
35	สหสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ของประชากร.....	81
36	การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามแหล่งที่รับข่าวสารด้านสุขภาพ.....	81

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อเอ่ยถึง “สิ่งเสพติด” คนส่วนใหญ่ก็นึกถึงสิ่งเสพติดให้โทษประเภทที่ผิดกฎหมาย อันได้แก่ เฮโรอีน ฟีน กัญชา ยาบ้า เป็นต้น เพราะนอกจากสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดปัญหาในระดับประเทศและส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคในชั้นร้ายแรงแล้วนั้น ผู้บริโภคและผู้ที่เกี่ยวข้องกับ สิ่งเสพติดประเภทนี้จะถือเป็นความผิดทางอาญาและถูกดำเนินคดีตามกฎหมายด้วย ในขณะที่ยังมีสิ่งเสพติดอีกประเภทหนึ่งนั่นก็คือ สิ่งเสพติดประเภทถูกกฎหมาย ซึ่งมีขายและสามารถพบเห็นได้ทั่วไปตามท้องตลาด ร้านขายของชำ หรือแม้แต่หาบเร่แผงลอยจนทำให้หลายๆ คน เข้าใจว่า สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งเสพติด นั่นก็คือ บุหรี่ สุรา/ชาดอง เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลัง (ประดิษฐ์ ต้นสุรัด, 2544: 43-45) แต่แท้ที่จริงแล้วสิ่งเสพติดประเภทหลังนี้ถือได้ว่าเป็นภัยร้ายที่อยู่ใกล้ตัวประชากรมากที่สุด และสามารถก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายได้เช่นกัน เช่นในกรณีการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา อาจก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ อีกทั้งอาจนำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงและยาวนาน (อำนวยการ กาจินะ และคนอื่นๆ, มปป.: 5) ดังข้อมูลในตารางที่ 1 ซึ่งแสดงผลของการสูบบุหรี่ โดยทำให้ผู้สูบบต้องเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น โรคมะเร็งปอดหรือโรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรไทยที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ จำแนกตามโรคต่างๆ พ.ศ. 2541

โรค	จำนวน (คน)
โรคหัวใจ	15,876
โรคมะเร็งปอด	10,878
โรคถุงลมโป่งพอง	6,090
โรคเส้นเลือดสมองตีบ	4,326
โรคอื่น ๆ	4,830

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2541

ในส่วนของเครื่องดื่มสุราก็นำไปสู่โรคตับจากแอลกอฮอล์ โดยจากสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ทั้งประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 12.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 15.0 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. 2542 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2538: 162, 2542: 178) และการดื่มสุรายังนำไปสู่การเป็นโรคจิตจากพิษสุรา ดังผลจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า 1 ใน

3 ของผู้ป่วยสุขภาพจิตในแต่ละประเทศเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา (เทพินท์ พ็ชรานู รักษ์, 2541: 17)

สำหรับเครื่องดื่มชูกำลัง จัดได้ว่าเป็นสิ่งเสพติดอีกประเภทหนึ่งเช่นกัน ที่ก่อให้เกิดผลเสียมากมาย ทั้งนี้เนื่องจากเครื่องดื่มประเภทนี้มีส่วนผสมของคาเฟอีน เมื่อบริโภคในปริมาณหนึ่งอาจทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้น หลอดเลือดขยายตัว การทำงานของหัวใจไม่ปกติ นอกจากนี้แล้วคุณค่าทางโภชนาการของเครื่องดื่มเหล่านี้ถ้าคิดเป็นจำนวนแคลอรีต่อบาทจะมีคุณค่าค่อนข้างต่ำ (ต่ำกว่า 10 แคลอรีต่อบาท) (วรพันธ์ ลิ้มสินธิ์โรภาส และคนอื่นๆ, 2538: 47)

นอกจากจะเกิดผลเสียต่อตัวผู้บริโภคเองแล้ว การบริโภคสิ่งดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลอื่น ซึ่งอาจเป็นทั้งบุคคลใกล้ชิดหรือไม่ก็ได้ เช่น การสูบบุหรี่อาจสร้างความรำคาญให้ผู้อื่น ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อบุคคลรอบข้างได้สูดดมควันบุหรี่เข้าไปก็อาจนำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ ดังเช่นกรณีของทารกที่มีมารดาสูบบุหรี่ จะส่งผลต่อการให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าปกติ และทารกอาจต้องเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2543: 3) ในส่วนของการดื่มสุราขณะขับขีรถ เป็นผลเสียอีกประการหนึ่งที่เห็นได้ชัด จากรายงานของกรมตำรวจและการศึกษาค้นคว้าของนักวิชาการได้พบข้อมูลที่สอดคล้องกันคือ ผู้ขับขีรถที่เมาสุราจะก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจรทางบกมากที่สุด โดยสิ่งที่เกิดขึ้นได้นำไปสู่การเสียชีวิตและทรัพย์สิน นอกจากนี้ยังพบว่าผลจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อาจก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดความระมัดระวัง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งอันนำไปสู่ปัญหาการทำแท้งตามมา (อุษณีย์ พึ่งปาน, วิชัย โปษยะจินดา และวิภา ดำนัธรงค์กุล, 2544: 213) และอาจโยงโยให้เกิปัญหการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ด้วย

การบริโภคบุหรี่ สุรา/ชาดอง เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลัง อาจนำไปสู่การติดสารเสพติดให้โทษอื่นที่มีความรุนแรงมากกว่า และอาจเป็นขั้นแรกที่จะนำไปสู่การบริโภคสิ่งเสพติดประเภทที่ผิดกฎหมายต่อไป (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2539:7)

โดยรวมแล้วการบริโภคสิ่งเสพติดได้ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้เพราะผู้บริโภคส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน (สมชัย บวรกิตติ, ปฐม สวรรค์ ปัญญาเลิศ และกฤษฎา ศรีสำราญ, 2542: 282) ซึ่งเป็นวัยที่เป็นผู้ผลิตเชิงเศรษฐกิจ หากกลุ่มคนเหล่านี้ต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรค ย่อมเป็นภาระของรัฐบาลที่ต้องนำเงินทุนที่มีอยู่มาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคอันมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แทนที่จะนำเงินไปใช้ในการพัฒนาประเทศในด้านอื่นๆ จากการศึกษาของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ พบว่าเมื่อบริโภคยาสูบ 1,000 ต้น จะก่อให้เกิดรายได้แก่ผู้ผลิต 65 ล้านบาท แต่ความสูญเสียที่เกิดขึ้นโดยจำแนกเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายความสูญเสียทางอ้อมและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

รวมแล้วเป็นเงินถึง 745 ล้านบาท แสดงให้เห็นว่าการบริโภคยาสูบนั้นมีความสูญเสียมากกว่ารายได้ถึง 680 ล้านบาท (ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2541: 90) นอกจากจะสูญเสียเงินเพื่อใช้ในการพัฒนาแล้ว การพัฒนาประเทศก็อาจจำเป็นต้องชะลอเวลาออกไปหรืออาจต้องนำแรงงานจากภายนอกประเทศเข้ามา เนื่องจากประชากรวัยแรงงานนั้นอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควรโดยสิ้นเนื่องมาจากการบริโภคสิ่งเสพติดเหล่านี้

ไม่เพียงเท่านั้น ด้านการผลิตสิ่งเสพติดบางประเภทเช่น เครื่องดื่มชูกำลัง สำหรับประเทศไทย การผลิตเครื่องดื่มชูกำลังนั้นจะต้องนำเข้าวัตถุดิบจากต่างประเทศทั้งหมด (วรพันธ์ ลีมันธิระโรภาส และคนอื่นๆ, 2538: 48-49) ซึ่งเป็นการทำให้เงินตราของประเทศ ไหลออกสู่ต่างประเทศและอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศอีกทางหนึ่ง

ถึงแม้จะมีปัญหานานัปการดังกล่าว แนวโน้มการบริโภคสิ่งเสพติดเหล่านี้ก็ไม่ได้ลดน้อยลง หากมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของคนไทยทั่วประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2519 – 2539 ที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 8.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2519 เป็น 11.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2539 ด้านการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็พบลักษณะการบริโภคที่สูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2544 จากการสำรวจพบว่ามีผู้บริโภคสุราถึง 15.3 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2539 ถึง 1 ล้าน 6 แสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, มปป.: 5) สำหรับปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างสม่ำเสมอ และเพิ่มสูงมากในปี พ.ศ. 2539 โดยประชากรไทยบริโภคสุราถึง 627 ล้านลิตร บริโภคเบียร์ 714 ล้านลิตร เฉลี่ยแล้วประชากรไทยบริโภคสุรา 30.2 ลิตร/คน/ปี และบริโภคเบียร์ 34.3 ลิตร/คน/ปี (ตารางที่ 2) ขณะเดียวกันสถิติการจำหน่ายเครื่องดื่มประเภทชูกำลังก็มียอดจำหน่ายเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2535 เรื่อยมาจนถึง พ.ศ. 2539 เช่นกัน (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 2** ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี พ.ศ.

2535 ถึง ปี พ.ศ. 2539

การบริโภค	2535	2536	2537	2538	2539
<b>สุรา</b>					
ปริมาณ*	614,591	678,073	645,370	605,360	627,600
เฉลี่ย**	29.6	32.7	31.1	29.1	30.2
<b>เบียร์</b>					
ปริมาณ*	320,151	421,777	467,053	619,210	714,400
เฉลี่ย**	15.4	20.3	22.5	29.8	34.3

ที่มา : กรมสรรพสามิต, 2542: 63 (\* หน่วยเป็นพันลิตร \*\* หน่วยเป็นลิตร/คน)

**ตารางที่ 3** สถิติการจำหน่ายเครื่องคัมประเภททุกำลังประจำปี พ.ศ. 2535 – 2539

สถิติ	พ.ศ. 2535	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2539*
จำหน่าย (ลิตร)	176,990,322	224,736,228	285,786,011	272,585,029	166,090,527
จำนวน (ล้านขวด)	1,770	2,247	2,858	2,726	1,661

ที่มา : กรมสรรพสามิต, 2539 (\* เดือนมกราคม – เดือนกรกฎาคม)

**ตารางที่ 4** ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนทั่วราชอาณาจักร จำแนกตามประเภท  
ของค่าใช้จ่าย ปี พ.ศ. 2537, พ.ศ. 2541 ถึง ปี พ.ศ. 2543

ประเภทของค่าใช้จ่าย	จำนวนค่าใช้จ่าย (บาท)			
	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543
เครื่องคัมที่มีแอลกอฮอล์	123	152	179	197
ยาสูบ หมาก ขานัตถ์ ฯลฯ	93	121	130	119
รวม	216	273	309	316

ที่มา : รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2537, พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543: 114

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการบริโภคสิ่งเสพติด ในตารางที่ 4 ก็พบว่าข้อมูลมีความสอดคล้องกับปริมาณการบริโภคที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ แนวโน้มของการบริโภคสิ่งเสพติด อันได้แก่ เครื่องคัมที่มีแอลกอฮอล์ ยาสูบ หมาก ขานัตถ์ ฯลฯ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากความสูญเสียที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้บริโภคเอง บุคคลผู้ใกล้ชิด และบุคคลอื่นๆ อันเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคลและประเทศชาติ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร ประกอบกับประชากรในภาคกลางเจ็บป่วยด้วยผลจากการบริโภคสิ่งเสพติดสูงกว่าภาคอื่น กล่าวคือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา ภาคกลางมีอัตราป่วยด้วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่สูงกว่าในทุกภาคของประเทศ และยังเป็นอัตราที่สูงกว่าอัตราป่วยเฉลี่ยทั่วประเทศอีกด้วย (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2539: 158, 2540: 159, 2541: 169, 2542: 178) ฉะนั้นการศึกษาในกลุ่มประชากรของภาคกลาง จึงอาจทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อแสวงหาแนวทางที่จะลดความสูญเสียดังกล่าว

การศึกษานี้จึงได้ใช้ข้อมูลและทำการวิเคราะห์จาก “โครงการกาญจนบุรี” (พ.ศ. 2543) ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการ

กาญจนบุรีนั้น ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2543 ด้วยความสนับสนุนของ The Wellcome Trust แห่งสหราชอาณาจักร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของประชากรในพื้นที่ศึกษา อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงผลกระทบของการดำเนินการของกิจกรรมต่างๆ ของทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีต่อชุมชนด้วย (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2544: 3)

กาญจนบุรีเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของประเทศไทย ติดกับประเทศสหภาพเมียนมาร์ ทำให้มีการอพยพย้ายถิ่นเข้าทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมายจากประเทศสหภาพเมียนมาร์เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้จังหวัดกาญจนบุรียังเป็นแหล่งปลูกพืชไร่ทางเศรษฐกิจหลายชนิด เป็นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรม ตลอดจนเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศ และที่สำคัญก็อยู่ไม่ไกลจากกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ทำให้จังหวัดกาญจนบุรีถือได้ว่าเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลาย (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2544: 1) จึงทำให้มีโครงการศึกษาและวิจัยในพื้นที่นี้ นอกจากนี้แล้วงานการศึกษาและวิจัยระยะยาวในเด็กและการพัฒนา ของกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้ใช้จังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดตัวแทนของภาคกลางในการศึกษาอีกด้วย

### วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี

### แนวคิดในการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรีในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. ความหมายและประเภทของสิ่งเสพติด
2. อันตรายจากสิ่งเสพติดต่อสุขภาพร่างกาย
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด
  - 3.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
  - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

## 1. ความหมายและประเภทของสิ่งเสพย์ติด

### ความหมายของสิ่งเสพย์ติด

“สิ่งเสพย์ติด” จัดว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจกับผู้เสพหรือผู้บริโภคโดยตรง อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมและประเทศชาติ และถือว่าเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของทุกประเทศในขณะนี้ สำหรับความหมายของสิ่งเสพย์ติดได้มีการกำหนดความหมายของสิ่งนี้ไว้ใกล้เคียงกัน ดังนี้คือ

ความหมายตามท้องถื่นการอนามัยโลกได้กำหนดไว้คือ สารเคมีที่เมื่อบริโภคเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้บริโภคและก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย (สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, 2536: 59)

ในส่วนของประเทศไทยนั้น ตามพระราชบัญญัติสิ่งเสพย์ติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (กระทรวงสาธารณสุข, 2539: 2) ได้กำหนดความหมายของคำว่า “สิ่งเสพย์ติด” ไว้ดังนี้คือ สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะด้วยวิธีรับประทาน ดม สูบ นิด หรือด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม จะทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ดังต่อไปนี้คือ

- ผู้ที่เสพหรือบริโภคจะต้องเพิ่มขนาดมากขึ้นเป็นลำดับ
- ผู้ที่เสพหรือบริโภค จะเกิดอาการนอนยาเมื่อหยุดใช้หรือขาดยา
- ผู้ที่เสพหรือบริโภค จะเกิดความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจตลอดเวลา
- ผู้ที่เสพหรือบริโภค จะมีสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรม

โดยรวมแล้ว จะพบว่าสิ่งเสพย์ติด หมายถึง สารหรือยาที่อาจเป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติหรือจากการสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อบุคคลใดได้รับเข้าไปในร่างกายซ้ำๆ กัน ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม เป็นช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือนานติดต่อกัน จะทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ภายใต้อำนาจหรือเป็นทาสของสิ่งนั้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จนทำให้ต้องเพิ่มปริมาณการบริโภคขึ้นเรื่อยๆ และทำให้สุขภาพของผู้บริโภคเสื่อมโทรมลง (ชามิ อัฐกิจ, มปป.: 15-16; ทวีศักดิ์ จันมณี, มปป.: 24-25)

### ประเภทของสิ่งเสพย์ติด

ปัจจุบันนี้สิ่งเสพย์ติดมีมากกว่าร้อยชนิด โดยสามารถจัดแบ่งได้เป็นประเภทต่างๆ ได้หลากหลาย เช่น แบ่งตามกฎหมาย แบ่งตามการออกฤทธิ์ แบ่งตามแหล่งที่มาและแบ่งตามองค์การอนามัยโลก (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2537: 21-23) ได้ ดังนี้คือ



1. แบ่งตามกฎหมาย จะแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ
  - ประเภทที่ถูกกฎหมาย เช่น บุหรี่ สุรา/ชาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง
  - ประเภทที่ผิดกฎหมาย เช่น เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า เป็นต้น
2. แบ่งตามการออกฤทธิ์ จะพบว่าสิ่งเสพติดมีคุณสมบัติที่สำคัญคือ สามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ
  - ประเภทกดประสาท เช่น สิ่งเสพติดในกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น มอร์ฟิน โคเคอิน เฮโรอีน ยาแก้ปวดประสาท เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ฯลฯ)
  - ประเภทกระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน (กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ยาบ้า ชาลดความอ้วน)
  - ประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที สารระเหย
  - ประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน เช่น กัญชา เป็นต้น
3. แบ่งตามแหล่งที่มา มี 2 ประเภทคือ
  - ได้จากธรรมชาติ เช่น ฝิ่น กระท่อม กัญชา
  - ได้จากการสังเคราะห์ เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน ยานอนหลับ ยาหลอนประสาท
4. แบ่งตามองค์การอนามัยโลก แบ่งออกเป็น 9 ประเภท คือ
  - ประเภทฝิ่นหรือมอร์ฟิน ได้แก่ ฝิ่น เฮโรอีน
  - ประเภทบาร์บิทูเรต ได้แก่ เซโคบาร์บิทัล
  - ประเภทแอลกอฮอล์ ได้แก่ สุรา เบียร์
  - ประเภทแอมเฟตามีน ได้แก่ แอมเฟตามีน เดกซ์ตามัน
  - ประเภทโคเคน ได้แก่ โคเคน
  - ประเภทกัญชา ได้แก่ ใบกัญชา
  - ประเภทคัท ได้แก่ ใบกระท่อม
  - ประเภทหลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี เมสกาลิน
  - ประเภทอื่นๆ จัดเป็นพวกที่ไม่สามารถเข้าประเภทใดๆ ได้ เช่น บุหรี่ ทินเนอร์ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปจะพบว่าสิ่งเสพติดก็คือ สิ่ง que เมื่อบริโภคเป็นระยะเวลาหนึ่งจะเกิดการติดขึ้นและก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถจำแนกออกได้เป็นหลายประเภท สำหรับสิ่งเสพติดในการศึกษาครั้งนี้คือ บุหรี่ สุรา/ชาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง

## 2. อันตรายจากสิ่งเสพย์ติดต่อสุขภาพร่างกาย

ในการศึกษาครั้งนี้สนใจศึกษาการบริโภคสิ่งเสพย์ติดประเภทที่ถูกกฎหมาย อันได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/ยาสูบ เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลัง อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะถูกกฎหมายหรือผิดกฎหมาย สิ่งเสพย์ติดก็มักจะทำให้โทษและก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและร่างกายผู้บริโภค ดังนี้คือ

เป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์ว่า “บุหรี่” จะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบ ทั้งนี้เนื่องจาก บุหรี่มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2544: 1-2) นอกจากนี้ยังมีสารอีกหลายชนิดที่ก่อให้เกิดอันตราย ได้แก่

1. นิโคติน จัดว่าเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ การทำงานของสารชนิดนี้จะออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองและกดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่างๆ ช้าลง ทั้งนี้เมื่อสูบบุหรี่ “นิโคติน” ส่วนใหญ่จะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจะไปจับอยู่ที่เยื่อหุ้มช่องปากและบางส่วนจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดไปเกาะตามผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ
2. ทาร์ หรือน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารหลายชนิด ถือเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น มะเร็งปอด กลองเสียง หลอดลม หลอดอาหาร กระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น นอกจากนี้ทาร์จะทำให้เกิดการระคายเคืองช่วงลำคออันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรังและมีเสมหะ
3. คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหนะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับตัวกับออกซิเจนได้ จึงทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน ก่อให้เกิดอาการมึนงง เหนื่อยง่าย
4. ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมโป่งพองและลดจำนวนลง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง
5. สารแอมโมเนีย มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ
6. สารกัมมันตรังสี ควันบุหรี่ปริมาณสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีแอลฟาอยู่ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอด

นอกจากนี้แล้ว ข้อมูลจากสำนักงานสิ่งแวดล้อมของแคลิฟอร์เนีย WHO และผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ได้ค้นพบข้อมูลล่าสุดว่า มลพิษจากควันบุหรี่เป็นสารที่ไม่มีคำว่าปลอดภัย แม้จะรับในปริมาณเพียงเล็กน้อยก็ตาม (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, มปป. 16)

การศึกษาจากเอกสารส่วนใหญ่ (สุวิทย์ รุ่งวิสัย, 2535: 120; อภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2537: 3; เทพินทร์ พัทธนากรักษ์, 2541: 21-23; ประภิต โปธิอาศน์, 2541: 25-32; โสรัตน์ กลั้ววิลา, 2541: 30) จะพบว่า การดื่มสุรา/ชาดองมีผลต่อสุขภาพร่างกายของผู้บริโภคอย่างชัดเจน กล่าวคือ เมื่อสุรา/ชาดองเข้าสู่ร่างกาย แอลกอฮอล์ ประมาณ 1 ใน 5 จะถูกดูดซึมผ่านผนังกระเพาะอาหาร และส่วนที่เหลือจะผ่านผนังลำไส้เล็กเข้าสู่หลอดเลือด เมื่อผ่านไปที่ตับ แอลกอฮอล์ที่เหลือจะถูกนำย่อยเปลี่ยนเป็นอะซีตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) จากนั้นเปลี่ยนเป็นเกลือของกรดน้ำส้ม (Acetate) แล้วกลายเป็นคาร์บอนไดออกไซด์กับน้ำ ดังนั้นการดื่มสุรา/ชาดองจึงกระทบกระเทือนต่อกระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ การหมุนเวียนของโลหิต ระบบประสาท ตลอดจนสมอง ซึ่งผู้ที่ดื่มสุรา/ชาดองจึงมักมีอาการเจ็บป่วย ดังนี้

1. เชื้อนกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ
2. เป็นแผลในกระเพาะอาหาร เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้น เช่น ท้องอืด ปวดท้อง ท้องเสีย เบื่ออาหาร และอาเจียนเป็นเลือดได้
3. เนื้อตับถูกทำลาย ทำให้เกิดโรคตับแข็ง ดีซ่าน ท้องบวม น้ำ เลือดจาง
4. เกิดความผิดปกติของระบบหมุนเวียนเลือด มีอาการบวมตามบริเวณเท้า ม้ามโต หลอดเลือดฝอยขยายตัวตามผิวหนัง หลอดเลือดเปราะ นอกจากนี้ยังอาจเกิดการตกเลือดที่หลอดเลือดอาหารและริดสีดวงทวารได้
5. เกิดการอักเสบของปลายประสาท ทำให้กล้ามเนื้อลีบและอ่อนกำลัง เดินไม่ถนัด เกิดตะคริวบ่อยๆ มีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า
6. เมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่เนื้อสมองทำให้ศูนย์ประสาทต่างๆ รวนเร สติสัมปชัญญะเสียไป สูญเสียเหตุผล ความคิดอ่าน ความจำ และขาดความยับยั้งชั่งใจในการพูดและการกระทำ

สำหรับ “เบียร์” นั้น จัดเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณการบริโภคสูงมาก (ประภาเพ็ญ สุวรรณและคนอื่นๆ, 2541: 7) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะตามความเข้าใจของประชากรส่วนใหญ่มักจะคิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย เนื่องจากมีแอลกอฮอล์น้อย (อดิศวรร หลายชูไทยและคนอื่นๆ, 2545: 10) แต่แท้จริงแล้วเบียร์จัดได้ว่าเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ซึ่งจะออกฤทธิ์กดประสาท เมื่อเสพเข้าไปแล้วจะทำให้เกิดอาการมึนงง สมองชาและประสาทที่ควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายบางส่วนหยุดทำงาน ผลเสียที่เกิดขึ้นกับสุขภาพร่างกายจะมีลักษณะเช่นเดียวกับการดื่มสุรา/ชาดอง

สิ่งเสพยาติอีกประเภทหนึ่งที่ต้องกล่าวถึงนั่นก็คือ “เครื่องดื่มชูกำลัง” หลายๆ ท่านคงจะสงสัยว่า เพราะเหตุใดเครื่องดื่มประเภทนี้จึงจัดเป็นสิ่งเสพยาติให้โทษต่อร่างกายแทนที่จะเป็นเครื่องดื่มที่ก่อให้เกิดกำลังและให้พลังงานแก่ผู้บริโภค แต่ในความเป็นจริงนั้นทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำชี้แจงเกี่ยวกับเครื่องดื่มประเภทนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 แล้วว่า “เครื่องดื่มชูกำลังจัดเป็นอาหารที่ควบคุมเฉพาะ ประเภทเครื่องดื่ม เมื่อพิจารณาองค์ประกอบจะพบว่าเครื่องดื่มประเภทนี้ ประกอบด้วย คาเฟอีน (Cafeine) เป็นส่วนประกอบสำคัญ นอกจากนี้คือ น้ำตาล วิตามินต่างๆ สารเคมีต่างๆ (Glucuronolactone, Taurine) วัตถุกันเสีย และสารแต่งกลิ่น สี รส สารตัวสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพก็คือ “คาเฟอีน” ซึ่งในปริมาณที่มีอยู่ในเครื่องดื่มชูกำลัง 1 ขวด เทียบเท่าได้กับการดื่มกาแฟ 1 ถึง 2 ถ้วย” (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2537: 7) สำหรับคาเฟอีนนั้นจัดเป็นสารอินทรีย์ชนิดหนึ่งจำพวกแอลคาลอยด์ (Alkaloid) เป็นตัวกระตุ้นน้ำย่อยทำให้มีโอกาสเป็นโรคกระเพาะได้ ที่สำคัญคาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางอย่างแรง ในช่วงแรกที่ดื่ม ผู้ดื่มจะรู้สึกกระปรี้กระเปร่า สดชื่น ในบางรายจะตาค้าง นอนไม่หลับ แต่เมื่อหมดฤทธิ์ของสารชนิดนี้ การทำงานของสมองที่ถูกกระตุ้นจะลดลงทันที หลังจากนั้นสมองจะต้องทำงานหนักมากขึ้นกว่าปกติ จะเริ่มมึนงง ง่วงนอน และอาจผลอหลับโดยไม่รู้ตัว จึงอาจก่อให้เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุต่างๆ ได้ นอกจากนี้หากบริโภคไปนานๆ จะเกิดอาการติดเครื่องดื่มประเภทนี้ได้ ผลที่มีต่อสุขภาพจะก่อให้เกิดอาการผิดปกติของการเต้นของหัวใจ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มือสั่น เป็นต้น นอกจากนี้แล้วยังมีรายงานผลการทดลองของต่างประเทศที่พบว่า คาเฟอีนจะทำให้ ลูกหนูพิการตั้งแต่แรกเกิด คือนิวทุดและมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ สำหรับผลที่มีต่อคนคือคาเฟอีนสามารถผ่านรกเข้าไปยังทารกในครรภ์ได้ ดังนั้นสตรีมีครรภ์จึงควรหลีกเลี่ยง (นิชียา รัตนปนนท์, 2533: 4-5)

อันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/ชาดอง เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลัง อาจจะไม่ได้ออกให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายผู้ที่บริโภคอย่างทันทีทันใด หากแต่การบริโภคสิ่งเหล่านี้จะเป็นอันตรายที่จะสะสมไปเรื่อยๆ ดังคำพูดที่ใช้เตือนมิให้บริโภคสิ่งเหล่านี้เพราะจะต้อง “ตายผ่อนส่ง” นอกจากนี้แล้วสิ่งเสพยาติเหล่านี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ครอบครัว และประเทศชาติอีกด้วย

### 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพยาติ

“การบริโภค” จัดได้ว่าเป็นพฤติกรรมหนึ่งของมนุษย์ (อดุลย์ จาตุรงค์กุล, 2533: 8) ซึ่งหมายถึง การกระทำของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดหาหรือตัดสินใจให้ได้มาซึ่งสินค้าและบริการ (ชงชัย สันติวงษ์, 2535: 20-21) สำหรับงานศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะศึกษาพฤติกรรมกรบริโภคสิ่งเสพยาติซึ่งครอบคลุมเรื่อง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา/ชาดอง การดื่มเบียร์ และการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง จากข้อมูลที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่าการบริโภคสิ่งเสพยาติ (บุหรี่ สุรา/

ขาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง) จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ที่บริโภคโดยตรง ทั้งนี้ หากไม่บริโภคสิ่งเหล่านี้ก็จะไม่ทำลายสุขภาพด้วยเช่นกัน ดังนั้นการบริโภคสิ่งเสพติดจึงอาจ จัดเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง ด้วยเหตุผลนี้ ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเป็น แนวคิดพื้นฐานในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดในครั้งนี้ ซึ่งสาระสำคัญ ที่จะกล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพจะแบ่งเป็น 2 หัวข้อ คือ หัวข้อที่ 1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ หัวข้อที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

### 3.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

เรื่องของพฤติกรรมสุขภาพจัดว่าเป็นเรื่องที่สำคัญต่อมนุษย์อย่างมาก ทั้งนี้เนื่อง มาจากพฤติกรรมสุขภาพจะครอบคลุมทุกๆ เรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพของมนุษย์ ฉะนั้นนักวิชาการใน แต่ละด้านหรือสถาบันทางสังคมบางแห่ง (ชนวรรณ อัมสมบูรณ์, 2535: 6; Gochman, 1988: 3; กรมพัฒนาชุมชน, 2539:10-15) จึงมีการให้นิยามความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ตามแขนงวิชา ที่เกี่ยวข้องหรือตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ก็ยังคงไว้ซึ่งความหมายที่มีส่วนก่อให้เกิดการมี สุขภาพที่ดีหรือไม่ดีนั่นเอง อันได้แก่

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ และการแสดงออกต่างๆ ซึ่ง อาจก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน โดยพฤติกรรมสุขภาพอาจ จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะคือ ลักษณะที่เป็นการกระทำ (Action) และลักษณะที่ไม่ได้กระทำ (Non action) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำนั้น ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติ ของบุคคลที่จะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ไม่ได้ กระทำ ได้แก่ การงดเว้นไม่กระทำ หรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลอันก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อ สุขภาพ (ชนวรรณ อัมสมบูรณ์, 2535: 6)

Gochman ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ ว่าอาจจัดเป็นคุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆ ที่ครอบคลุมเนื้อหาต่างๆ อันได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ รวมทั้ง ลักษณะบุคลิกภาพ อารมณ์ ลักษณะนิสัย รูปแบบพฤติกรรม และการกระทำที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ การป้องกัน การรักษา การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ (Gochman, 1988: 3)

สำหรับเกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต (จปฐ.) ซึ่งจัดเป็นดัชนีที่ชี้ วัดถึงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของประชากรไทย ตามที่กระทรวงมหาดไทยได้ระบุไว้ นั้น กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นการดูแลตนเองของประชาชน (กรมพัฒนาชุมชน, 2539:10-15) ประกอบด้วย 9 หัวข้อที่สำคัญดังนี้

1. ด้านการกิน ได้แก่ คนในครอบครัวต้องได้รับประทานอาหารเพียงพอกับ ความต้องการของร่างกาย ถูกสุขลักษณะ ไม่กินอาหารดิบๆ สุกๆ

2. ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ได้แก่ คนในครอบครัวต้องมี และใช้ส้วมอย่างถูกหลักสุขาภิบาล ดื่มน้ำและใช้น้ำอย่างเพียงพอ ไม่ถูกรบกวน จากสิ่งรบกวนที่เป็นอันตราย จัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านเรียบร้อย
3. ด้านการมีโอกาสดำเนินการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต ได้แก่ การได้รับการตรวจสุขภาพ รับวัคซีนป้องกันโรค ได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการดูแลสุขภาพ
4. ด้านความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน
5. ด้านการประกอบอาชีพและมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต
6. ด้านการควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตร ได้แก่ การใช้วิธีคุมกำเนิด
7. ด้านการมีส่วนร่วมในการพิจารณาความเป็นอยู่และการกำหนดชีวิตของตนเองและชุมชน ได้แก่ การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง
8. ด้านการพัฒนาจิตใจ ได้แก่ การเลิกบุหรี่ เลิกดื่มสุรา การปฏิบัติศาสนกิจ
9. ด้านการมีส่วนร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

จะเห็นได้ว่าความหมายของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ครอบคลุมเรื่องราวต่างๆ ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไว้อย่างมากมาย อย่างไรก็ตามนักวิชาการได้จัดประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ (Kasl and Cobb, 1966: 246-266, 531-541) คือ

ก. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยต้องการให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีตลอดไป เช่น การออกกำลังกาย หลีกเลียงจากอาหารที่จะทำให้สุขภาพต่างๆ เป็นต้น

ข. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตน เช่น เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติและต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกตินั้น โดยแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น อันได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน และสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน

ค. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick-Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองป่วย ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย

โดยรวมพฤติกรรมสุขภาพนั้น คือ พฤติกรรมใดๆ ก็ตาม ที่เกิดขึ้นและจะมีส่วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนี้ไม่ว่าบุคคลจะอยู่ในสถานการณ์อย่างไร ถ้าสามารถประพฤติปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โอกาสที่จะไม่เป็นโรคหรือหายจากโรคย่อมมีมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สำหรับการบริโภคสิ่งเสพติดนั้นจัดอยู่ในพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ รวมไปถึงพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลดีต่อสุขภาพถ้าหากไม่บริโภค หรืออาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพหากเกิดการบริโภคนั่นเอง

### 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

สืบเนื่องจากแนวคิดของ Freedman et al. (1952: 114-118) ซึ่งอธิบายถึงความแตกต่างของพฤติกรรมของแต่ละบุคคลว่าเป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยทางประชากรและปัจจัยทางสังคม ซึ่งจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ถึงบทบาทของตนเอง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ทั้งนักวิชาการสาขาสังคมวิทยาสุขภาพ (Health Sociology) และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ (Medical Anthropology) ต่างให้ความสนใจกับพฤติกรรมสุขภาพภายใต้เงื่อนไขด้านสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ว่ามีเหตุปัจจัยหลายประการที่เป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพของประชากร โดยแบ่งเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Behavioral causes) ได้แก่ การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม การออกกำลังกาย เป็นต้น และปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Non behavioral causes) ได้แก่ รายได้ ลักษณะภูมิประเทศ เป็นต้น นอกจากนี้แล้วพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไปตาม เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เชื้อชาติและศาสนา

จากการทบทวนและวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพในสังคมไทยของเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงส์และคนอื่นๆ (2542: 11-12) พบข้อสรุปที่น่าสนใจในประเด็นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ อันได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จัดเป็นปัจจัยหรือตัวกำหนดที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพอนามัยด้านต่างๆ

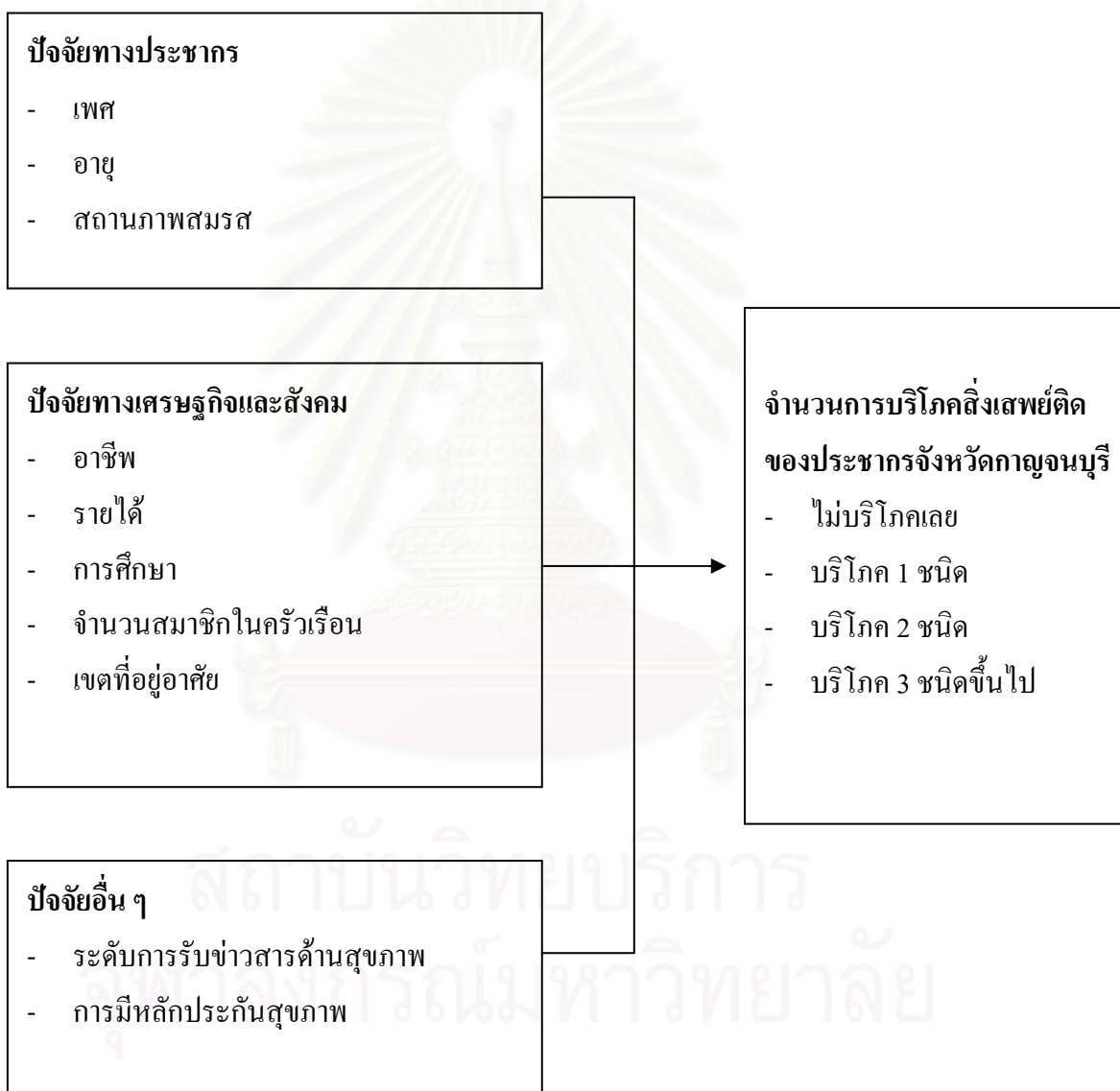
ดังนั้นจากแนวคิดต่างๆ ข้างต้น ผู้ศึกษาจึงนำมาเป็นพื้นฐานในการศึกษาครั้งนี้ โดยอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด อาจแบ่งได้เป็น ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อาชีพ รายได้ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ การมีหลักประกันสุขภาพ

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากแนวคิดในการศึกษา ทำให้ผู้ศึกษาสามารถกำหนดกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษานี้ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี โดยแยกเป็นปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยอื่นๆ ดังต่อไปนี้

#### ตัวแปรอิสระ

#### ตัวแปรตาม



ใช้ตัวแปรควบคุมตามความเหมาะสม



## ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. ปัจจัยทางประชากร

#### 1.1 เพศ

เนื่องจากผู้หญิงกับผู้ชายมีความแตกต่างกันในด้านสรีระร่างกายและในทางสังคม จึงทำให้อาจมีพฤติกรรมในบางเรื่องแตกต่างกันไป เพศจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทต่อการบริโภค โดยจากงานการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเคล และศิริวรรณ ศิริบุญ (2533: 12) ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของประชากรสูงอายุไทยว่า ผู้ชายทุกอายุมีอัตราการสูบบุหรี่สูง สำหรับผู้หญิงมีการสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ชายมาก นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่า ผู้ชายสูบบุหรี่หนักกว่าผู้หญิงมาก คือ ร้อยละที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนขึ้นไปต่อวันของผู้ชายจะสูงกว่าของผู้หญิง เช่นเดียวกับผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุในชนบทอีสาน จังหวัดกาฬสินธุ์ (ศรีน้อย มาศเกษม และ คนอื่นๆ, 2532: 9)

ข้อมูลของกลุ่มอายุอื่นนั้น จากการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน พบว่า มีความแตกต่างระหว่างเพศกับพฤติกรรมเช่นเดียวกับข้อมูลของผู้สูงอายุกล่าวคือ เพศชายบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าเพศหญิง (อรทัย ลิ้มตระกูล, 2534: 94; วิชัย โปษยะจินดา และคนอื่นๆ, 2537: 12; จิราภรณ์ เทพหนู, 2540: 108; ประกิต โพธิอาสน์, 2541: 112; อัจฉราวรรณ สร้อยทอง, 2542 : 82)

ฉะนั้นจากการศึกษาและงานวิจัยที่ผ่านมา ชี้แนะว่าปัจจัยด้านเพศมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด คือประชากรเพศชายน่าจะบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรเพศหญิง

#### 1.2 อายุ

ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรม รวมถึงเป็นสิ่งกำหนดความแตกต่างในเรื่องความยากง่ายในการชักจูงใจ นั่นคือ อายุ อาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีวัยต่างกันมักจะมีความต้องการในสิ่งต่างๆ แตกต่างกันด้วย (ปรมะ สตะเวทิน, 2538: 114-115) ซึ่งรวมไปถึงความต้องการรสนิยมในสินค้าและบริการต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัฏจักรของชีวิตด้วย งานการศึกษาหลายต่อหลายชิ้นก็แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุของประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2532; วงเดือน ศิริรักษ์ และคณะ, 2532; จินตนา วาฤทธิ์, 2532; นิรนาท วิทโยชกิติคุณ, 2534; จันท์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ, 2539 อ่างใน สุริย์กาญจนวงศ์ และคนอื่นๆ, 2542: 15-16) เป็นไปได้ว่าเมื่อประชากรมีอายุมากขึ้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยอาจจะมีการบริโภคที่น้อยลง เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นหรือสูงวัยขึ้นการบริโภคบุหรี่ สุรา/ชาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลังถือเป็นพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง ไม่เพียงเท่านั้น การศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคสิ่งเสพติดกับปัจจัยอายุ ยังครอบคลุมไปในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้นั้นสอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าวเช่นกัน โดยอัตราการสูบ

บุหรีของพระภิกษุจะลดลงในกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น (วรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง, 2528 : 45) แต่จากการศึกษาในประชากรกลุ่มอายุอื่นกลับได้ผลการศึกษาที่ตรงกันข้ามกับการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น กล่าวคือทั้งในกลุ่มเด็กและกลุ่มผู้ใหญ่เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการบริโภคสิ่งเสพติดมากขึ้นด้วย (นภคณ ชัยนการนาวิ, 2536: 27; นุจรีย์ ช่อภักดี, 2541: 43)

กรณีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นก็พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นตามอายุ ในลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2542: 149)

อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านอายุในแต่ละกลุ่มอายุจะส่งผลต่อการบริโภคสิ่งเสพติดแตกต่างกัน โดยเป็นไปในลักษณะของเส้นโค้ง กล่าวคือ ประชากรในกลุ่มอายุน้อยๆ (กลุ่มเด็กและกลุ่มผู้ใหญ่) ที่มีอายุมากขึ้นจะบริโภคสิ่งเสพติดมากขึ้นตามไปด้วย และเมื่อถึงช่วงอายุหนึ่ง (เข้าสู่วัยสูงอายุ) ประชากรจะบริโภคสิ่งเหล่านี้ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สำหรับงานศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาคาดว่าผลการศึกษาที่น่าจะเป็นไปในลักษณะของเส้นโค้งดังกล่าว นั่นคือประชากรที่มีอายุสูงกว่าน่าจะบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีอายุต่ำกว่า จนเมื่อถึงช่วงอายุหนึ่งสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติดจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

### 1.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล เหตุผลหนึ่งก็เพราะผู้ที่มิได้มีสถานภาพสมรสหรือแต่งงานแล้วมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น จากที่เคยอยู่ตัวคนเดียวกลับต้องมีการหาหน้าที่ต้องดูแลครอบครัว จึงอาจก่อให้เกิดความกังวลใจที่ต้องทำงานหนักมากขึ้นหรือต้องหารายได้เพิ่มขึ้น (กิตติกร มีทรัพย์, 2541: 87) ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการบริโภคสิ่งเสพติดได้ง่าย โดยเข้าใจว่าบุหรี สุรา/ยาสูบ และเครื่องดื่มชูกำลังจะช่วยให้ทำงานได้มากขึ้นหรือช่วยให้คลายเครียดได้ ฉะนั้นผู้ที่มีสถานภาพสมรสอาจมีการบริโภคสิ่งเสพติดสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดหรือสถานภาพอื่น

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สนับสนุนประเด็นดังกล่าวได้เป็นอย่างดี โดยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่แต่งงานแล้วจะสูบบุหรี่ รองลงไปที่คนโสด และหม้ายหย่าแยกตามลำดับ (วัชรวิดี ปั้นศิริ, 2537: 64; สมภพ ห่วงทอง, 2538: 51; อภิรักษ์ รัตนสุวัจน์, 2538: 57) ในกลุ่มของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังก็เช่นเดียวกัน พบว่าผู้ที่สมรสแล้วจะมีการดื่มสิ่งเหล่านี้ถึงร้อยละ 62.07 และผู้ที่มีสถานภาพโสดมีร้อยละ 32.18 ในกลุ่มหม้าย หย่า แยก ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเพียงเล็กน้อย (สุพัฒน์ สาเพิ่มทรัพย์, 2533: 65)

ข้อค้นพบจากงานวิจัยที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรสจะส่งผลกระทบต่อการบริโภคสิ่งเสพย์ติด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยด้านสถานภาพสมรส คือ ประชากรที่มีสถานภาพสมรสน่าจะบริโภคสิ่งเสพย์ติดมากกว่าประชากรกลุ่มสถานภาพสมรสอื่น

## 2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

### 2.1 อาชีพ

บุคคลที่มีอาชีพต่างกัน ย่อมมองโลก มีแนวคิด อุดมการณ์และค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป ซึ่งรวมไปถึงทัศนคติและความคิดเห็นในการใช้สินค้าและบริการต่างๆ ด้วย นั่นคือการบริโภคสิ่งเสพย์ติดจะเป็นผลมาจากอาชีพด้วย รวมถึงลักษณะของงานที่ทำก็มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคสิ่งเหล่านี้ด้วย กล่าวคือ ขึ้นอยู่กับประเภทของงาน เช่น ผู้ใช้แรงงาน ลักษณะของงานจะต้องออกแรงมาก ก็อาจต้องบริโภคสิ่งที่จะช่วยเพิ่มกำลังในการทำงาน ในงานการศึกษาของ อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา เรื่องพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ (อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยาและกอบกุล สามัคคี, 2543: 43-44) สนับสนุนประเด็นนี้ได้เป็นอย่างดี โดยความแตกต่างของอาชีพและลักษณะของการทำงานมีส่วนทำให้พฤติกรรมการบริโภคยาแก้ปวด หัวใจ พาราเซตามอล แตกต่างกันไป อันได้แก่ เกษตรกรจะบริโภคยาเหล่านี้ร้อยละ 64.9 พ่อค้า นักธุรกิจ ร้อยละ 55.4 และข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 50.0 ซึ่งผู้ที่บริโภคทั้งหมดต่างมีความเชื่อว่ายาเหล่านี้สามารถช่วยให้ทำงานได้มากขึ้น ฉะนั้นในกลุ่มผู้ที่มีอาชีพด้านการเกษตรที่มีลักษณะต้องใช้กำลังแรงงานในการทำงานมากกว่าอาชีพในกลุ่มอื่นๆ จึงมีการบริโภคยาดังกล่าวสูงกว่าในกลุ่มอาชีพอื่นๆ ข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2536 พบว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงาน อันได้แก่ เกษตรกร (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2537: 19) ในกรณีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสตรี พบเช่นเดียวกันว่า ปัจจัยด้านอาชีพที่แตกต่างกันทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของสตรีที่เป็นตัวอย่างต่างกันไปด้วย โดยสตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรวมส่วนใหญ่สูบบุหรี่ร้อยละ 66.5 รองลงไปคืออาชีพค้าขาย สูบบุหรี่ร้อยละ 21.1 และที่เป็นแม่บ้านมีเพียงร้อยละ 5.0 (ธงชัย กา ล้อม, 2542: 37)

ฉะนั้นสมมติฐานที่ผู้ศึกษาให้ไว้คือ ประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม น่าจะบริโภคสิ่งเสพย์ติดมากกว่าประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะงานที่ทำ ความยากจน รายได้ไม่เพียงพอ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเสพย์ติดให้โทษ และคิดว่าบุหรี่ สุรา/ดอง เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลังเป็นสิ่งที่ช่วยให้สามารถทำงานได้ ไม่เหน็ดเหนื่อย เป็นต้น

## 2.2 รายได้

รายได้เป็นเครื่องกำหนดความต้องการของบุคคล ตลอดจนกำหนดความคิดของบุคคลและพฤติกรรมต่างๆ รายได้เป็นสิ่งที่นักการตลาดและนักโฆษณาตระหนักถึงเสมอ ในการวางแผนโฆษณา นอกจากนี้การกำหนดนโยบายด้านราคาจะสัมพันธ์กับรายได้ของผู้บริโภคด้วย (สุวัฒน์ วังษ์กะพันธ์, 2531: 41) รายได้จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมผู้บริโภค จากข้อมูลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมผู้บริโภค อาหารของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ของชลธิชา สงวนวงษ์ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผู้บริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ รายได้ของครอบครัว (ชลธิชา สงวนวงษ์, 2539: บทคัดย่อ)

งานศึกษาของ ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ และคนอื่นๆ พบว่า “ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ” หรือ รายได้ต่อเดือนของนักเรียนจะส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น กล่าวคือ ในกลุ่มนักเรียนที่มีรายได้สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มากกว่าในกลุ่มนักเรียนที่มีรายได้ต่ำกว่า (ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ และคนอื่นๆ, 2542: 38-52) งานการศึกษาอีกหลายชิ้นก็พบในลักษณะเดียวกันนี้เช่นกัน (สมชัย ชื่นตา, 2528: 69; พงษ์ศักดิ์ เผือกสม, 2540: 47; ยูลักษณ์ ชันอาสา, 2541: 105)

ในขณะที่งานศึกษาข้างต้นนั้นพบว่ารายได้ที่สูงกว่าจะมีการบริโภคสิ่งเสพติดที่มากกว่า แต่งานศึกษาอีกจำนวนไม่น้อยก็พบในลักษณะที่ตรงกันข้าม นั่นคือ เมื่อประชากรมีรายได้ที่ต่ำกว่าจะมีการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่า (สนิท สมภกรการ และคนอื่นๆ, 2530: 33-35; พงศ์เทพ จาริกจรยานาม และคนอื่นๆ, 2533: 25; ลิขิต ศรีธาวิรัตน์, 2535: 51; มาลิน แก้วมูณี, 2539: 39; กุหลาบ รัตนสังขธรรม, วิไล สถิตเสถียร, อธิพงษ์ อธิมนัส และพัชนี สุวรรณศรี, 2541 : 29 ; ศิริมา อองอาจมณีรัตน์, 2541: 64 ; เมธาพงษ์ บุญศรี, 2544 : 70)

สำหรับปัจจัยเรื่องรายได้ที่จะส่งผลต่อการบริโภคสิ่งเสพติดนั้น ผู้ศึกษานำมาตั้งเป็นสมมุติฐาน คือ ประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่าน่าจะบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีรายได้สูงกว่า ด้วยเหตุผลจากการศึกษาข้างต้นและการที่ประชากรมีรายได้ต่ำน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและการศึกษาที่ได้รับ ในเมื่อการศึกษาข้างต้นพบว่าเกษตรกรไทยมีการบริโภคสิ่งเสพติดสูงกว่าประชากรที่ประกอบอาชีพอื่น ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าประชากรที่มีรายได้ต่ำก็น่าที่จะบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีรายได้สูงกว่า

## 2.3 การศึกษา

มีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่า การศึกษาของประชากรจะส่งผลต่อการเกิด

พฤติกรรมเช่นกัน ดังจะพบได้จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่าผู้ที่มีศึกษาน้อยกว่าจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าผู้ที่มีศึกษา มากกว่า (สุรัชย์ อ้วนพี, 2536: 32; จิระศักดิ์ แจ่มจำรัส, 2542: 43; ประเทือง สุนทรวิภาต, 2543: 38-39) สำหรับในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ พบว่าระดับการศึกษาทางธรรมของพระภิกษุสงฆ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน โดยกลุ่มที่กำลังศึกษา ชั้นนักธรรมตรีส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่ ในขณะที่กลุ่มศึกษาทางธรรมระดับนักธรรมเอกส่วนใหญ่จะไม่สูบบุหรี่ (กัญญา ศรีนวล, 2536: 126-128) ไม่เฉพาะแต่ผู้ที่มีการศึกษาต่ำส่วนใหญ่จะมีการสูบบุหรี่เท่านั้น ในกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาต่ำส่วนใหญ่จะมีการบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลังด้วยเช่นกัน (พงศ์เทพ จาริกจรยานาม และคนอื่นๆ, 2533: 24; สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2537: 75; วรพันธ์ ลิ้มสินชะโรภาสและคนอื่นๆ, 2538: 58; ศิริมา อองอาจมณีรัตน์, 2541: 64)

สำหรับกลุ่มประชากรที่มีการบริโภคสิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น สารระเหย ต่างๆ จากการศึกษาส่วนใหญ่ก็พบเช่นกันว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีการเสพยาเสพติดชนิดนี้ (เทพนม เมืองแมน, 2528: 42; นิรมล เปลียนจรูญ, 2530: 58; น้ำเพชร ชาญภิญโญและคนอื่นๆ, 2533: 61)

นอกจากบุหรี่ สุรา/ชาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง จัดว่าเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกายของผู้บริโภคแล้ว การบริโภคอาหารบางชนิดก็จัดเป็นพฤติกรรมการบริโภคสิ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกายได้เช่นกัน ตัวอย่างเช่น การบริโภคผงชูรส และการบริโภคอาหารริมบาทวิถี เป็นต้น ผู้ศึกษาจึงได้นำผลการศึกษาพฤติกรรมเหล่านี้มารวบรวมไว้เพื่อสนับสนุนปัจจัยด้านระดับการศึกษา กล่าวคืองานการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคผงชูรสในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาจะมีการบริโภคผงชูรสมากที่สุดถึงร้อยละ 86.3 แต่ผู้ที่จบระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีการบริโภคผงชูรสที่ลดลง (ชาญณรงค์ จันทร์เต็ม, 2529: 24) ในส่วนของการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีก็พบเช่นกันว่า ผู้ที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิธีน้อยมาก และงานศึกษานี้ยังพบอีกว่าในกลุ่มผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าเป็นกลุ่มที่บริโภคอาหารริมบาทวิถีมากที่สุดด้วย (นภดล ภัทรากิจ, 2541: 71 และ 85) อาจกล่าวได้ว่าผู้ที่จบการศึกษาที่ต่ำกว่าจะบริโภคสิ่งเสพติดทั้งบุหรี่ สุรา/ชาดอง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพบางอย่างมากกว่าผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่า

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงคาดว่าระดับการศึกษาอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการบริโภค โดยประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าน่าจะบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีการศึกษาสูงกว่า

## 2.4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีอิทธิพลต่อการบริโภค เพราะหากเป็นครัวเรือนที่มีจำนวนผู้อยู่อาศัยมาก ย่อมอาจมีการบริโภคสิ่งเสพย์ติดสูง เนื่องจากครัวเรือนที่มีลักษณะดังกล่าวอาจให้การดูแลสมาชิกในครัวเรือนไม่ทั่วถึง นอกจากนั้นการอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากมีแนวโน้มที่บุคคลจะผลัดภาระความรับผิดชอบระหว่างกัน โอกาสที่จะปฏิบัติหรือร่วมมือช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ภายในครัวเรือนอาจจะเกิดขึ้นได้น้อย ทำให้สมาชิกในครัวเรือนแต่ละคนเกิดความแปลกแยกอยู่โดดเดี่ยวเพียงลำพัง จึงอาจหาที่พึ่งอื่นหรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น ซึ่งสามารถทำให้เกิดการบริโภคสิ่งที่เป็นอันตรายหรือสารเสพต์ติดบางชนิดขึ้นได้ (สุพจน์ จักขุทิพย์, 2521: 80) ดังนั้นจำนวนสมาชิกในครัวเรือนจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อการบริโภคสิ่งเสพย์ติด

สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเสพย์ติดนั้น งานศึกษาของชัยยุทธ คาผา (2534: 78) ที่ศึกษาปัจจัยขัดเกลาทางสังคมของพ่อแม่เด็กที่กระทบต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่าจะมีระดับคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยกว่า (สมหมาย สุพรรณภพ, 2541: 54) โดยงานศึกษานี้สอดคล้องกับงานศึกษาหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกมากจะมีการดูแลสุขภาพ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพในระดับต่ำ สิ่งนี้เองก็ย่อมหมายถึงก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพสูงนั่นเอง (อารี ปัญญากรณ์, 2535: 60; สิริวรรณ เคนผางศ์, 2543: 75)

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มาก น่าจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครัวเรือนให้มีโอกาสบริโภคสิ่งเสพย์ติดสูงกว่าครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อย

## 2.5 เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างของสภาพแวดล้อม การดำรงชีวิตรวมไปถึงพฤติกรรมบริโภค ในการจำแนกเขตที่อยู่อาศัยอาจแบ่งตามลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศหรือการใช้พื้นที่ในการดำรงชีพ อย่างไรก็ตามจะพบว่าปัจจัยนี้จะนำไปสู่ความแตกต่างในด้านการบริโภค ยกตัวอย่างเช่น ประชากรที่อยู่ในเขตอากาศหนาวเย็นมักจะบริโภคอาหารที่ให้ พลังงานและไขมันที่สูงกว่าประชากรที่อยู่ในเขตอากาศร้อน (มณฑารพ จักกะพาก, 2543: 120-122) ในกรณีของประเทศไทยก็พบเช่นกันว่าในแต่ละภูมิภาคก็มีความแตกต่างกันของวิถีชีวิตและ พฤติกรรมการกิน (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2532: 16)

ไม่เพียงเท่านั้นความแตกต่างของเขตที่อยู่อาศัยยังเชื่อมโยงกับการคมนาคมขนส่งและการเข้าถึงสินค้าและสิ่งเสพย์คิดให้โทษต่างๆ ด้วย โดยสิ่งเสพย์คิดในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย นุหรี สุรา/ยาตอง เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลัง จะพบว่าสิ่งเหล่านี้สามารถซื้อหามาบริโภคได้ง่ายในเขตพื้นที่เมือง/กึ่งเมือง ดังนั้นในเมื่อประชากรที่อยู่อาศัยในเขตดังกล่าวก็ย่อมที่จะพบเห็นและซื้อหามาบริโภคได้ง่ายกว่าในพื้นที่อื่นที่อยู่ห่างไกล

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงคาดว่าปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัยน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การบริโภคสิ่งเสพย์คิด โดยประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เมือง/กึ่งเมืองน่าจะบริโภคสิ่งเสพย์คิดมากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่แบบอื่นๆ

### 3. ปัจจัยอื่นๆ

#### 3.1 ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ

ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพจะทำให้ผู้ที่ได้รับข้อมูล มีความรู้และมีโลกทัศน์ที่กว้างกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูล การตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพและการบริโภคจะมีความละเอียด รอบคอบมากขึ้น เช่น ห่วงใยในสุขภาพ เลือกรับประทานสิ่งที่เป็นประโยชน์และหลีกเลี่ยงสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือให้โทษต่อร่างกาย เป็นต้น อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคสิ่งเสพย์คิดนั้น ไม่ควรยึดถือเฉพาะการรับข่าวสารด้านสุขภาพจากเพียงสถานพยาบาลหรือจากรัฐบาลเท่านั้น เพราะการแสวงหาความรู้ข้อมูลข่าวสารสามารถกระทำได้ด้วยตนเองตลอดชีวิตจากแหล่งอื่นๆ นอกเหนือจากสถานพยาบาลและหน่วยงานของรัฐ อันได้แก่จากสื่อมวลชน เป็นต้น (ปรมะ สดะเวทิน, 2538: 117) ทั้งนี้ก็เนื่องจากในสังคมปัจจุบัน บุคคลทุกเพศทุกวัย ส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสื่อมวลชน ได้แก่ รายการวิทยุโทรทัศน์ และอื่นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล เพราะจะทำให้ได้รับทั้งข่าวสาร ความรู้ ความบันเทิง และช่วยเปิดมุมมองใหม่ นอกจากนี้แล้วสื่อมวลชนได้เข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชากรได้ โดยสามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชากรมีการบริโภคที่ถูกต้องตามสุขลักษณะเพื่อการมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์ (ปรมะ สดะเวทิน, 2527: 52) จากการศึกษาหนึ่งพบว่า นักเรียนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาเสพต์คิดมากกว่าจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพต์คติน้อยกว่านักเรียนที่ไม่ได้ข้อมูลข่าวสาร (นิภารัตน์ ฉ่ำสมบูรณ์, 2540: 92-93)

นอกจากนี้แล้ว อิทธิพลของสื่อมวลชนกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในกลุ่มเด็กก็มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับอิทธิพลจากสื่อในระดับสูงจะไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เลย (มาลินี ศิวทอง, 2543: 45; รุ่งวิทย์ มาสงามเมือง และคนอื่นๆ, 2543: 17) ในด้านความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มชูกำลังก็มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน โดยในกลุ่มที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มชูกำลังระดับสูงจะมีการบริโภคต่ำ คือประมาณร้อยละ 20 (สมชาย แดงปาน, 2542: 39)

การศึกษาของภัทรา บุญญเมธานันท์ และคนอื่นๆ (2536: 39) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคเนื้อดิบได้ข้อสรุปที่น่าสนใจอย่างหนึ่ง คือ การได้รับความรู้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่และโรงเรียนจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคเนื้อสัตว์ดิบๆ สุกๆ ในอัตราที่ต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานลาบดิบในจังหวัดลำพูน เมื่อดำเนินการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและโภชนาการจากกลุ่มผู้วิจัย จะก่อให้เกิดการเลิกรับประทานลาบดิบหรือรับประทานน้อยลง (สาคร พุทธปาน และคนอื่นๆ, 2535: 36 และ 47) แสดงให้เห็นว่าเมื่อประชาชนได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่เพิ่มขึ้นก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ โดยจะพบว่ามีการบริโภคสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกายลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาความรู้ การรับรู้ ข้อมูลข่าวสารและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดจำนวน 4,090 ราย เกือบทั้งหมดเคยได้ยินหรือรู้จักโรคเอดส์จากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์และนิตยสาร หลังจากที่ได้รับรู้โรคเอดส์แล้วร้อยละ 36 จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ คือ เลิกเที่ยวหญิงบริการ เลิกสำส่อนทางเพศ และระมัดระวังตัวมากขึ้น (วรชัย ทองไทย และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ, 2537: 55)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด และสิ่งที้อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกายของผู้บริโภคได้โดยหากประชากรรับข่าวสารด้านสุขภาพมากจะก่อให้เกิดการบริโภคสิ่งเหล่านี้น้อยกว่า ประชากรที่ไม่ได้รับข่าวสาร ดังนั้นผู้ศึกษาจึงคาดว่าประชากรที่ระดับมีการรับข่าวสารด้านสุขภาพต่ำกว่าน่าจะบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพสูงกว่า

### 3.2 การมีหลักประกันสุขภาพ

ปัจจัยด้านนี้ถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ (สมัย อภาภิรม, 2540: 20) เพราะหากบุคคลใดมีหลักประกันสุขภาพไม่ว่าจะโดยหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนก็ตาม ย่อมจะแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยและใส่ใจในสุขภาพร่างกายระดับหนึ่งจะนั้นก็อาจทำให้ไม่บริโภคสิ่งเสพติดให้โทษ นอกจากนี้การมีหลักประกันสุขภาพยังทำให้บุคคลนั้นสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ รวมทั้งสามารถรับความรู้จากแหล่งบริการเหล่านี้ได้โดยง่าย ซึ่งสถานบริการสาธารณสุข เหล่านี้จะมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพแก่ประชาชน (บุญสม มาร์ติน และเทพนม เมืองแมน, 2542: 137-145) โดยอาจจะเป็นการให้ข้อมูลหรือประชาสัมพันธ์ถึงโทษและพิษภัยต่างๆ ของบุหรี่ สุรา/ชาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่งทำให้



ประชาชนตระหนักและหลีกเลี่ยงการบริโภคสิ่งเหล่านี้ ดังนั้นหากประชากรมีหลักประกันสุขภาพย่อมเป็นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชากรเหล่านั้นบริโภคสิ่งเสพติดน้อยลง

จากแนวคิดดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษาคิดว่า ประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพน่าจะบริโภคสิ่งเสพติดสูงกว่าประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพ

### สมมติฐานในการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรในจังหวัดกาญจนบุรี ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการกำหนดสมมติฐานดังนี้

#### สมมติฐาน

1. ประชากรเพศชายน่าจะมึจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรเพศหญิง
2. ประชากรที่มีอายุสูงกว่าน่าจะมึจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีอายุต่ำกว่า จนเมื่อถึงช่วงอายุหนึ่งการบริโภคจะน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น
3. ประชากรที่มีสถานภาพสมรสน่าจะมึจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีสถานภาพสมรสอื่น
4. ประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมน่าจะมึจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม
5. ประชากรที่มีรายได้ต่ำน่าจะมึจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีรายได้สูง
6. ประชากรที่มีการศึกษาต่ำน่าจะมึจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีการศึกษาสูง
7. ประชากรที่อาศัยในครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่าน่าจะมึจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดสูงกว่าประชากรที่อาศัยในครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยกว่า
8. ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง/กิ่งเมืองน่าจะมึจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่แบบอื่นๆ
9. ประชากรที่มีระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพต่ำกว่าน่าจะมึจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพสูงกว่า
10. ประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพน่าจะมึจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพ

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ช่วยประเมินสภาวะการณ์และการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี
2. ผลของงานวิจัยนำมาประกอบในการพิจารณาการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากร

## บทที่ 2

### ระเบียบวิธีวิจัยและลักษณะทั่วไปของข้อมูล

#### แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจาก “โครงการกาญจนบุรี” (พ.ศ. 2543) หรือ Kanchanaburi Project (2000) ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณได้จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามครัวเรือนซึ่งถามหัวหน้าครัวเรือนและแบบสอบถามบุคคลถามประชากรทั้งหมดในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ด้านข้อมูลเชิงคุณภาพส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลของหมู่บ้านได้จากการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group Interview) ผู้นำหมู่บ้าน อาทิ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อาวุโสของหมู่บ้าน เป็นต้น วัตถุประสงค์ของโครงการนี้เพื่อศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางประชากร ในเขตพื้นที่ศึกษากับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

#### การเลือกพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาของโครงการคือหมู่บ้านชุมชนอาคารจำนวน 100 แห่งที่กระจายอยู่ในจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งได้ถูกแบ่งออกเป็น 5 พื้นที่ คือ พื้นที่เมือง/กึ่งเมือง พื้นที่ปลูกข้าว พื้นที่ปลูกพืชไร่ พื้นที่สูงและพื้นที่เศรษฐกิจผสมผสาน ซึ่งการแบ่งพื้นที่เหล่านี้ได้ข้อมูลมาจากหน่วยงานของกระทรวงต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและในจังหวัดกาญจนบุรี การแบ่งนี้แบ่งตามลักษณะการประกอบอาชีพของประชากรส่วนใหญ่ในหมู่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ที่ดินเพื่อการเกษตรโดยแต่ละพื้นที่มีหมู่บ้าน 20 หมู่บ้าน/ชุมชนอาคาร

การเลือกตัวอย่างหมู่บ้าน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) ในทุกพื้นที่ ยกเว้นในพื้นที่เมือง/กึ่งเมือง ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่เป็นเขตเมือง และเขตชนบท ได้ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Two stage random sampling) โดยในขั้นแรก คำนวณอัตราส่วนของชุมชนอาคารและหมู่บ้าน โดยใช้จำนวนประชากรในเขตเมืองและเขตชนบทในเขตพื้นที่ จากนั้นจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ รายละเอียดทั้งหมดสามารถศึกษาได้จากรายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานรอบที่ 1 (2543) “โครงการกาญจนบุรี” (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2544)

โดยสรุปแล้ว โครงการกาญจนบุรีมีหมู่บ้านที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 86 หมู่บ้าน เฉพาะครัวเรือนที่สัมภาษณ์ได้คือ 11,612 ครัวเรือน พร้อมกันนี้ได้สัมภาษณ์ประชากรทุกคนในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 27,901 ราย แบ่งเป็นชายจำนวน 12,673 ราย และหญิงจำนวน 15,228 ราย การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามรายบุคคลและ

แบบสอบถามครัวเรือน โดยแบบสอบถามรายบุคคลสัมภาษณ์ประชากรในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่สัมภาษณ์ได้รวมทั้งสิ้น 27,901 ราย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลระยะแรกของโครงการกาญจนบุรี อาศัยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม โดยใช้พนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมทั้งหมด 46 วัน คือ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2543 – 15 สิงหาคม 2543 (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2544: 3 -13)

### ข้อจำกัดของข้อมูล

ข้อมูลจาก “โครงการกาญจนบุรี” นั้น จัดเป็นการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเป็นภาพรวมกว้างๆ ของประชากรในพื้นที่ศึกษา ดังนั้นเมื่อนำมาใช้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรในครั้งนี้จึงทำให้ขาดข้อมูลที่สำคัญบางประการ ดังนี้คือ

1. คำถามที่ใช้ในการวัดตัวแปรตามมีเพียงคำถามเดียวคือ “ปัจจุบันคุณบริโภคสิ่งต่อไปนี้หรือไม่” โดยคำตอบจะเป็น “บริโภค” หรือ “ไม่บริโภค” และไม่มีคำถามเกี่ยวกับปริมาณและความถี่ของการบริโภคสิ่งเสพติดแต่ละชนิด อันได้แก่ บุหรี่ สุรา/ยาแดง เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่ง “ปริมาณ” “ความถี่” และ “ระยะเวลา” ของการบริโภคจะทำให้เปรียบเทียบการบริโภคสิ่งเสพติดได้ชัดเจนขึ้น ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวไว้ ในส่วนของการสร้างตัวแปรตาม ผู้ศึกษาจึงใช้การนับจำนวนสิ่งเสพติดแต่ละชนิด (บุหรี่ สุรา/ยาแดง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง)
2. การวัดตัวแปรตามซึ่งใช้วิธีการนับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดว่าเป็นจำนวนเท่าใดนั้น ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถทราบได้ว่าในแต่ละจำนวนที่นับได้นั้นคือสิ่งเสพติดชนิดใดบ้าง (บุหรี่ สุรา/ยาแดง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง) หากแต่การวัดการบริโภคสิ่งเสพติดด้วยวิธีดังกล่าวก็สามารถบอกได้ว่า ถ้าบุคคลใดมีการบริโภคจำนวนมากกว่า น่าจะได้รับอันตรายและเป็นผลเสียต่อร่างกายมากกว่า เช่น ผู้ที่บริโภคทั้งหมด 4 ชนิด น่าจะเสี่ยงต่ออันตรายมากกว่าผู้ที่บริโภค 1 ชนิด เป็นต้น สำหรับข้อมูลความชุกของการบริโภคสิ่งเสพติดชนิดต่างๆ แสดงในตารางที่ 31 ในภาคผนวก
3. ข้อคำถามที่ใช้ในการวัดตัวแปรตามนั้น ถามถึงเฉพาะความเป็นปัจจุบันเท่านั้น ดังนั้นผู้ที่ตอบว่า “ไม่บริโภค” ในปัจจุบัน จึงอาจหมายถึงผู้ที่ไม่เคยบริโภคเลยและหรือผู้ที่เคยบริโภค แต่ปัจจุบันเลิกบริโภคไปแล้ว

ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะมีข้อจำกัดในการศึกษาบางประการดังกล่าว แต่การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี โดยอาศัยข้อมูล

จากโครงการกาญจนบุรีในครั้งนี้ นับได้ว่าเป็นการศึกษาที่มีประโยชน์และน่าสนใจอย่างยิ่ง เพราะการศึกษาโดยอาศัยข้อมูลจากโครงการดังกล่าวซึ่งเป็นโครงการใหญ่และเป็นโครงการต่อเนื่องระยะยาว อีกทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบจัดได้ว่ามีความน่าเชื่อถือทั้งในระดับประเทศและสากล ทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถให้ความรู้และให้ภาพรวมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพย์ติดชัดเจนขึ้น ซึ่งอาจนำไปใช้เป็นประโยชน์ด้านวิชาการ หรือเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางนโยบายแก้ปัญหาต่อไป

### นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

สิ่งเสพย์ติด หมายถึง สิ่งเสพย์ติดประเภทถูกกฎหมาย ในการศึกษาครั้งนี้คือ บุหรี่ สุรา/ชาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง

การบริโภคสิ่งเสพย์ติด หมายถึง การบริโภคสิ่งเสพย์ติดแต่ละชนิดและจำนวนการบริโภคสิ่งเสพย์ติด

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

#### ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ชนิดของสิ่งเสพย์ติดแต่ละชนิดและจำนวนการบริโภคสิ่งเสพย์ติดของประชากรที่ตกเป็นตัวอย่าง โดยนำมาจากคำถามข้อ 4.7 **“ปัจจุบันคุณบริโภคสิ่งต่อไปนี้หรือไม่”**

ก. บุหรี่	- “บริโภค”	- “ไม่บริโภค”
ข. เบียร์	- “บริโภค”	- “ไม่บริโภค”
ค. สุรา/ชาดอง	- “บริโภค”	- “ไม่บริโภค”
ง. เครื่องดื่มชูกำลัง	- “บริโภค”	- “ไม่บริโภค”

สำหรับชนิดของสิ่งเสพย์ติด สิ่งเสพย์ติดแต่ละชนิด ได้แก่ บุหรี่ สุรา/ชาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง ส่วนจำนวนการบริโภคสิ่งเสพย์ติด เป็นตัวแปรที่สร้างจากการนับจำนวนการบริโภค ได้แก่ ไม่บริโภคเลย บริโภค 1 ชนิด บริโภค 2 ชนิด บริโภค 3 ชนิด และบริโภคทั้งหมด (บริโภค 4 ชนิด) จากนั้นจึงทำการจัดกลุ่มจำนวนการบริโภคเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- ผู้ที่บริโภค 0 ชนิด จัดอยู่ใน “กลุ่มไม่บริโภคเลย”
- ผู้ที่บริโภค 1 ชนิด จัดอยู่ใน “กลุ่มบริโภค 1 ชนิด”
- ผู้ที่บริโภค 2 ชนิด จัดอยู่ใน “กลุ่มบริโภค 2 ชนิด”
- ผู้ที่บริโภค 3-4 ชนิด จัดอยู่ใน “กลุ่มบริโภค 3 ชนิดขึ้นไป”

## ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

### 1. ปัจจัยทางประชากร

1.1 เพศ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ เพศชายและเพศหญิง

1.2 อายุ หมายถึง อายุเต็ม คือ อายุเมื่อวันเกิดครั้งสุดท้าย โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- อายุ 15 – 29 ปี
- อายุ 30 – 44 ปี
- อายุ 45 – 59 ปี
- อายุ 60 ปี ขึ้นไป

1.3 สถานภาพสมรส ได้จากคำถามข้อ 1.4 “คุณมีสถานภาพสมรสอะไร” แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

- สถานภาพโสด
- กำลังสมรส
- เคยสมรส (หม้าย หย่า/แยก)

### 2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

2.1 อาชีพ หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานที่บุคคลนั้นทำอยู่ในรอบ 1 ปี คือตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2542 ถึงวันที่สัมภาษณ์ ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม
- ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม

2.2 รายได้ หมายถึง รายได้จากทุกแหล่ง (รายได้หลักและรายได้รอง) โดยคำนวณจากรายได้จากอาชีพหลักรวมกับรายได้จากอาชีพรอง ได้จากคำถาม 2 ข้อ ดังนี้

ข้อ 2.4 “คุณมีรายได้จากอาชีพหลักเดือนละเท่าไร” และ

ข้อ 2.9 “คุณมีรายได้จากอาชีพรองเดือนละเท่าไร”

โดยนำรายได้จากอาชีพหลักรวมกับรายได้จากอาชีพรอง ผลรวมที่ได้จะเป็นรายได้บุคคล จากนั้นทำการแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่มีรายได้
- 1 - 9,999 บาท
- 10,000 บาท ขึ้นไป

2.3 การศึกษา หมายถึง ระดับชั้นการศึกษาที่จบสูงสุด ในระดับการศึกษาต่างๆ ตามระบบการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการที่กำหนดไว้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2539: 6) โดยการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- ไม่มีการศึกษา
- ประถมศึกษาปีที่ 1-ประถมศึกษาปีที่ 6
- มัธยมศึกษาปีที่ 1-มัธยมศึกษาปีที่ 6
- อุดมศึกษาขึ้นไป

2.4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หมายถึง จำนวนสมาชิกทั้งหมดที่อาศัยอยู่ประจำในครัวเรือนเดียวกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้จากคำถามในแบบสอบถามครัวเรือน ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบุคคลในครัวเรือน โดยถามผู้ที่อยู่ปกติในครัวเรือนว่ามีจำนวนเท่าใด จากนั้นนำมาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- จำนวนสมาชิก 1 – 3 คน
- จำนวนสมาชิก 4 – 5 คน
- จำนวนสมาชิก 6 คนขึ้นไป

2.5 เขตที่อยู่อาศัย แบ่งได้เป็น 5 เขต คือ

- เขตเมือง/กึ่งเมือง
- เขตปลูกข้าว
- เขตปลูกพืชไร่
- เขตที่สูง
- เขตเศรษฐกิจผสมผสาน

### 3. ปัจจัยอื่นๆ

3.1 ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ ได้จากคำถามข้อ 4.9 “คุณเคยได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องสุขภาพ (การดูแลร่างกายและจิตใจ) จากที่ไหนบ้าง”

ตารางที่ 5 การให้คะแนนระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ

แหล่งรับข่าวสารด้านสุขภาพ	เคย	ไม่เคย
ก. เพื่อนร่วมงาน	1 คะแนน	0 คะแนน
ข. วิทยุ	1 คะแนน	0 คะแนน
ค. โทรทัศน์	1 คะแนน	0 คะแนน
ง. โปสเตอร์/แผ่นพับ/ใบปลิว	1 คะแนน	0 คะแนน
จ. หนังสือพิมพ์	1 คะแนน	0 คะแนน
ฉ. บุคลากรทางการแพทย์	1 คะแนน	0 คะแนน
รวม	6 คะแนน	0 คะแนน

วิธีการสร้างตัวแปรนี้ จะอาศัยการรวมคะแนนแหล่งรับข่าวสารด้านสุขภาพ (ตารางที่ 5) ซึ่งคะแนนที่ได้ทั้งหมด สูงสุด คือ 6 คะแนน และต่ำที่สุดคือ 0 คะแนน จากนั้นแบ่งเป็นระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ ดังนี้คือ

- ได้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยรับข่าวสารด้านสุขภาพเลย
- ได้ 1 - 2 คะแนน หมายถึง มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับต่ำ
- ได้ 3 - 4 คะแนน หมายถึง มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับปานกลาง
- ได้ 5 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับสูง

3.2 การมีหลักประกันสุขภาพ หมายถึง การทำประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นจากภาครัฐ ได้แก่ การทำบัตรสุขภาพจากสถานีนามัย บัตรข้าราชการ บัตรผู้สูงอายุ เป็นต้น และการซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชน ได้จากคำถามข้อ 4.8 “คุณได้ทำประกันสุขภาพหรือไม่” แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ไม่มีหลักประกันสุขภาพ
- มีหลักประกันสุขภาพ

### การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้างนี้ได้นำผลการดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยสถิติร้อยละ ในการแสดงข้อมูลพื้นฐานต่างๆ รวมถึงการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี
2. วิเคราะห์จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ตารางไขว้ (Cross-Tabulations) เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ อันได้แก่ ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ กับตัวแปรตามคือจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร และใช้ตัวแปรควบคุมตามความเหมาะสม การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระอาศัยค่าสถิติไคสแควร์ ( $\chi^2$ -test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระมีโอกาสเป็นไปได้หรือมีความน่าเชื่อถือได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 ของตัวอย่างที่นำมาวิจัย การเสนอค่าความมีนัยสำคัญเสนอในรูปแบบ P-value

### ลักษณะทั่วไปของข้อมูล

ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ จำแนกตามปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อาชีพ รายได้ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระดับการรับข่าวสาร ด้าน สุขภาพ และการมีหลักประกันสุขภาพ โดยลักษณะทั่วไปของข้อมูล (ตารางที่ 6) เป็นดังนี้

#### 1. ลักษณะทางประชากร

**1.1 เพศ** ประชากรที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 27,901 ราย เป็นชาย 12,673 ราย เป็นหญิง 15,228 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 45.4 และร้อยละ 54.6 ตามลำดับ โดยมีอัตราส่วนเพศเท่ากับ 0.83 หมายความว่า มีประชากรชาย 83 ราย ต่อประชากรหญิง 100 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับสำมะโนประชากรจังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2543 (ตารางที่ 30 ภาคผนวก) พบว่ามีความแตกต่างกัน

**1.2 อายุ** เมื่อจำแนกอายุออกเป็น 4 กลุ่มอายุ พบว่า ประชากรในกลุ่มอายุ 30-44 ปี มีสัดส่วนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 31.4 กลุ่มอายุ 45-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ 20.8 และร้อยละ 13.3 ตามลำดับ

**1.3 สถานภาพสมรส** ประชากรที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพกำลังสมรส ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมาคือผู้ที่เป็นโสดร้อยละ 20.2 ส่วนผู้ที่เคยสมรสมีสัดส่วนน้อยที่สุดคือร้อยละ 10.1

## 2. ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม

**2.1 อาชีพ** เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรที่ตกเป็นตัวอย่าง (ร้อยละ 45.0) ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม รองลงมาคือประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 29.5) และไม่ประกอบอาชีพมีสัดส่วนถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 25.5

**2.2 รายได้** ประชากรที่ตกเป็นตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.9) มีรายได้ระหว่าง 1-9,999 บาท ต่อเดือน รองลงมาคือประชากรที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 25.6 และประชากรที่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 18.5)

**2.3 การศึกษา** ในการศึกษาครั้งนี้ได้จำแนกประชากรไปตามระดับการศึกษาซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่มด้วยกัน โดยพบว่าประชากรที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 มีถึงร้อยละ 56.0 รองลงมาคือกลุ่มมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.3 และร้อยละ 16.2 ตามลำดับ ที่เหลือคือประชากรที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไป ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 4.4

**2.4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน** ประชากรที่ตกเป็นตัวอย่างอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 4-5 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.0 รองลงมาคือประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 6 คนขึ้นไปมีสัดส่วนน้อยที่สุดร้อยละ 21.6

**2.5 เขตที่อยู่อาศัย** เมื่อจำแนกประชากรตามเขตที่อยู่อาศัยของประชากร พบว่าสัดส่วนของประชากรในแต่ละเขตใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ประชากรในเขตที่สูงมีสัดส่วนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 23.5 รองลงมาคือในเขตเมือง/กึ่งเมือง เขตเศรษฐกิจผสมผสานและเขตปลูกข้าว ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 22.8 ร้อยละ 20.8 และร้อยละ 17.3 ตามลำดับ สำหรับประชากรในเขตพืชไร่มีสัดส่วนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 15.7

## 3. ลักษณะอื่นๆ

**3.1 ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ** 1 ใน 3 ของประชากรตัวอย่างมีการรับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับสูงและรับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ประมาณ 1 ใน 4 รับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับต่ำ และร้อยละ 12.4 ไม่เคยรับข่าวสารด้านสุขภาพเลย

**3.2 การมีหลักประกันสุขภาพ** ประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.4) ไม่มีหลักประกันสุขภาพเลย ส่วนประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพมีร้อยละ 27.6



ตารางที่ 6 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ

ลักษณะต่าง ๆ	ร้อยละ	(จำนวน)
<b>ลักษณะทางประชากร</b>		
1. เพศ		
ชาย	45.4	(12,673)
หญิง	54.6	(15,228)
รวม	100.0	(27,901)
2. อายุ		
อายุ 15 – 29 ปี	31.4	( 8,753)
อายุ 30 – 44 ปี	34.5	( 9,620)
อายุ 45 - 59 ปี	20.8	( 5,811)
อายุ 60 ปีขึ้นไป	13.3	( 3,717)
รวม	100.0	(27,901)
3. สถานภาพสมรส		
โสด	20.2	( 5,643)
กำลังสมรส	69.6	(19,433)
เคยสมรส	10.1	( 2,825)
รวม	100.0	(27,901)
<b>ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม</b>		
1. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25.5	( 7,013)
ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม	45.0	(12,356)
ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม	29.5	( 8,097)
- การขุดแร่โลหะ อโลหะ	0.0	( 5)
- อุตสาหกรรม หัตถกรรม	5.3	(1,473)
- การก่อสร้าง	1.8	( 500)
- สาธารณูปโภค สุขาภิบาล	0.3	( 82)
- พาณิชยกรรม	6.6	(1,849)
- การขนส่งและการสื่อสาร	0.7	( 202)
- บริการ	14.3	(3977)
- อื่น ๆ	0.0	( 9)

ลักษณะต่างๆ	ร้อยละ (จำนวน)
รวม	100.0 (27,466)
2. รายได้	
ไม่มีรายได้	25.6 ( 7,013)
1 – 9,999 บาท	55.9 ( 15,309))
10,000 บาทขึ้นไป	18.5 ( 5,081)
รวม	100.0 (27,403)
3. การศึกษา	
ไม่มีการศึกษา	16.2 ( 4,525)
ประถมศึกษาปีที่ 1-6	56.0 (15,612)
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	23.3 ( 6,497)
อุดมศึกษาขึ้นไป	4.4 ( 1,232)
รวม	100.0 (27,866)
4. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	
จำนวนสมาชิก 1-3 คน	37.5 (10,449)
จำนวนสมาชิก 4-5 คน	41.0 (11,431)
จำนวนสมาชิก 6 คนขึ้นไป	21.6 ( 6,016)
รวม	100.0 (27,946)
5. เขตที่อยู่อาศัย	
เขตเมือง/กึ่งเมือง	22.8 ( 6,352)
เขตปลูกข้าว	17.3 ( 4,816)
เขตพีชไร่	15.7 ( 4,379)
เขตที่สูง	23.5 ( 6,551)
เขตเศรษฐกิจผสมผสาน	20.8 (5,803)
รวม	100.0 (27,901)
ลักษณะอื่นๆ	
1. ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ	
ไม่เคยรับข่าวสารเลย	12.4 ( 3,448)
มีการรับข่าวสารฯ ในระดับต่ำ	24.6 ( 6,856)
มีการรับข่าวสารฯ ในระดับปานกลาง	30.0 ( 8,376)
มีการรับข่าวสารฯ ในระดับสูง	33.0 ( 9,221)
รวม	100.0 (27,901)

ลักษณะต่างๆ	ร้อยละ (จำนวน)	
2. การมีหลักประกันสุขภาพ		
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	72.4	(20,200)
มีหลักประกันสุขภาพ	27.6	(7,701)
รวม	100.0	(27,901)

### การบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร

การศึกษาจากตารางที่ 7 พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของประชากร ดื่มเบียร์และสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 27.1 ดื่มสุรา/ชาดอง ชนิดของสิ่งเสพติดที่มีสัดส่วนการบริโภคต่ำที่สุดคือ เครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 23.0) สาเหตุที่สัดส่วนของประชากรบริโภคเบียร์มีมากที่สุด อาจเป็นเพราะในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา (พ.ศ. 2543) เบียร์เป็นที่นิยมและแพร่หลายมาก อีกทั้งมีการจำหน่ายหลากหลายยี่ห้อและด้วยกลยุทธ์ทางการตลาดมากมายจึงทำให้เป็นที่นิยม รวมทั้งอาจมีความเชื่อของประชากรที่คิดว่าเบียร์เป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์น้อยช่วยเพิ่มความกระชุ่มกระชวย และทำให้เลือดลมดี (อดิศวร์ หลายชูไทยและคนอื่นๆ, 2545: 10 และ 117) ในส่วนของบุหรี่ที่พบว่า ประชากรบริโภคในสัดส่วนที่สูงพอๆ กับเบียร์ อาจเป็นเพราะบุหรี่ยี่ห้อต่างๆ มีให้เลือกหลากหลายยี่ห้อเช่นกัน อีกทั้งระดับราคายี่ห้อก็ไม่แพง ในบางร้านค้ามีการจำหน่ายเป็นมวน ยิ่งทำให้ผู้บริโภคนิยมซื้อหามาบริโภค

### ตารางที่ 7 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามการบริโภคสิ่งเสพติดชนิดต่างๆ

สิ่งเสพติด	ร้อยละที่บริโภค	ร้อยละที่ไม่บริโภค	รวม
บุหรี่	31.9	68.1	100.0 (27,896)
สุรา/ชาดอง	27.1	72.9	100.0 (27,898)
เบียร์	32.7	67.3	100.0 (27,897)
เครื่องดื่มชูกำลัง	23.0	77.0	100.0 (27,898)

เมื่อพิจารณาถึงการนับแต่ละจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด (ตารางที่ 8) พบว่า 1 ใน 5 ของประชากรบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด และสัดส่วนดังกล่าวลดลงตามจำนวนการเสพมากชนิดขึ้นไปตามลำดับ กล่าวคือ ประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิด มีสัดส่วนร้อยละ 17.2 ประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 3 ชนิดและประชากรที่บริโภค 4 ชนิด มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 11.9 และร้อยละ 5.9 ตามลำดับ

สำหรับการศึกษารังนี้ จะวิเคราะห์การบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร ซึ่งจัดให้เป็นจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ประชากรที่ไม่บริโภคเลย จัดอยู่ใน

กลุ่มไม่บริโภค ประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด จัดอยู่ในกลุ่มบริโภค 1 ชนิด ประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิด จัดอยู่ในกลุ่มบริโภค 2 ชนิด และประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 3-4 ชนิดจัดอยู่ในกลุ่มบริโภค 3 ชนิดขึ้นไป ผลปรากฏว่าประชากรที่ไม่บริโภคเลยคิดเป็นร้อยละ 44.1 และมีประชากรตัวอย่างถึง 1 ใน 5 ที่บริโภค 1 ชนิด ส่วนประชากรที่บริโภค 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 17.2 ในขณะที่ประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 3 ชนิดขึ้นไป มีสัดส่วนสูงกว่าเล็กน้อย คือร้อยละ 17.8

โดยรวมแล้ว หากพิจารณาเฉพาะการบริโภคกับไม่บริโภค พบว่า ประชากรที่ตกเป็นตัวอย่างมีการบริโภคสิ่งเสพติดเกินกว่าครึ่งของประชากรทั้งหมด (ร้อยละ 55.9) ซึ่งสัดส่วนที่มีการบริโภคนี้อาจสูงมากจนน่าวิตกว่า ในอนาคตสัดส่วนนี้อาจเพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพสุขภาพของประชากรไทยที่จะต้องมีปัญหาเพิ่มมากขึ้น หรืออาจเจ็บป่วยและตายจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากไม่เร่งแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้

**ตารางที่ 8** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามการบริโภคสิ่งเสพติด

การบริโภคสิ่งเสพติด	ร้อยละ (จำนวน)
<b>นับแต่ละจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด</b>	
ไม่บริโภค	44.1 (12,307)
บริโภค 1 ชนิด	20.9 (5,823)
บริโภค 2 ชนิด	17.2 (4,797)
บริโภค 3 ชนิด	11.9 (3,328)
บริโภค 4 ชนิด	5.9 (1,646)
รวม	100.0 (27,901)
<b>จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด</b>	
กลุ่มไม่บริโภค	44.1 (12,307)
กลุ่มบริโภค 1 ชนิด	20.9 (5,823)
กลุ่มบริโภค 2 ชนิด	17.2 (4,797)
กลุ่มบริโภค 3 ชนิดขึ้นไป	17.8 (4,974)
รวม	100.0 (27,901)
<b>การบริโภคสิ่งเสพติด</b>	
ไม่บริโภค	44.1 (12,307)
บริโภค	55.9 (15,594)
รวม	100.0 (27,901)

### บทที่ 3

## การบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี

การศึกษาในบทนี้จะนำเสนอลักษณะทั่วไปของการบริโภคสิ่งเสพติดแต่ละชนิด (บุหรี่ สุรา/ขาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง) เพื่อให้ทราบถึงความแพร่หลายของการบริโภคแต่ละชนิด โดยจะนำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบอัตราส่วนร้อยละการบริโภคสิ่งเสพติด ซึ่งแบ่งเป็น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา/ขาดอง ดื่มเบียร์ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ในภาพรวม พบว่าประชากรดื่มเบียร์และสูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน รองลงมาคือดื่มสุรา/ขาดองและดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง

เพื่อให้เข้าใจและเห็นภาพการบริโภคสิ่งเสพติดแต่ละชนิดชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้นำลักษณะทางประชากร ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม และลักษณะอื่นๆ มาประกอบในการศึกษา ผลการวิเคราะห์ (ตารางที่ 9) มีดังนี้

#### ลักษณะทางประชากร

##### เพศ

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับเพศของประชากร พบว่า เพศชายบริโภคสิ่งเสพติดทุกชนิดในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ “บุหรี่” เป็นสิ่งเสพติดที่ประชากรชายนิยมบริโภคมากกว่าดื่มสุรา/ขาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง แต่ในกลุ่มประชากรหญิงดื่มเบียร์มากกว่าสิ่งเสพติดอื่น

##### อายุ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างตามอายุของประชากร พบว่า ประชากรในช่วงอายุ 30-44 ปี มีการบริโภคสิ่งเสพติดทุกชนิดในอัตราส่วนร้อยละที่สูงที่สุด หากวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มอายุกับการบริโภคสิ่งเสพติด พบว่าในกลุ่มอายุ 15-29 ปี มีการดื่มเบียร์มากกว่าสิ่งเสพติดอย่างอื่น เช่นเดียวกับประชากรในกลุ่มอายุ 30-44 ปี ส่วนประชากรในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ดื่มเบียร์และสูบบุหรี่มากกว่าดื่มสุรา/ขาดอง และเครื่องดื่มชูกำลัง ในขณะที่ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่มากกว่าดื่มสุรา/ขาดอง เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลัง

##### สถานภาพสมรส

สำหรับด้านสถานภาพสมรสนั้น พบว่า กลุ่มประชากรที่มีสถานภาพกำลังสมรสบริโภคทั้งบุหรี่ สุรา/ขาดอง เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลังมากกว่าประชากรสถานภาพสมรสอื่น ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มสถานภาพสมรสกับการบริโภคสิ่งเสพติดทั้ง 4 ชนิด พบว่าประชากรที่มีสถานภาพกำลังสมรสสูบบุหรี่และดื่มเบียร์คิดเป็นอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ 34.6 และ 33.7 เช่นเดียวกับประชากรสถานภาพเคยสมรสที่มีอัตราส่วนการสูบบุหรี่และดื่มเบียร์ใกล้เคียงกัน แต่

สำหรับประชากรสถานภาพ โสดกลับพบว่า มีการดื่มเบียร์ในสัดส่วนที่สูงกว่าการบริโภคสิ่งเสพติดชนิดอื่น

### ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม

#### อาชีพ

เมื่อพิจารณาตามลักษณะทางเศรษฐกิจคืออาชีพของประชากร พบว่า ประชากรที่ประกอบอาชีพมีสัดส่วนการบริโภคทุกชนิดสูงกว่าประชากรที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ขณะเดียวกันก็มีความแตกต่างระหว่างลักษณะอาชีพ กล่าวคือประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมมีการสูบบุหรี่สูงกว่าประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม แต่การดื่มเบียร์ การดื่มสุรา/ชาดอง และการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง พบว่าประชากรทั้ง 2 กลุ่มอาชีพ มีอัตราส่วนการบริโภคที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ในกลุ่มประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมสูบบุหรี่มากกว่าอย่างอื่น ส่วนประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมจะดื่มเบียร์มากกว่าสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/ชาดองและเครื่องดื่มชูกำลัง สำหรับผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพนั้นพบว่า มีอัตราส่วนการสูบบุหรี่มากกว่าการดื่มสุรา/ชาดอง เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลัง

#### รายได้

อนึ่ง สำหรับผู้ที่มีรายได้ อัตราส่วนร้อยละการบริโภคสิ่งเสพติดชนิดส่วนใหญ่สูงกว่าผู้ไม่มีรายได้เกือบสองเท่ายกเว้นการสูบบุหรี่เท่านั้น สำหรับความแตกต่างระหว่างรายได้นั้นพบว่า ประชากรที่มีรายได้ต่ำ (1-9,999 บาทต่อเดือน) สูบบุหรี่และดื่มสุรา/ชาดองมากกว่าประชากรที่มีรายได้สูง (10,000 บาทขึ้นไป ต่อเดือน) ส่วนการดื่มเบียร์และเครื่องดื่มชูกำลังพบว่า ประชากรทั้ง 2 กลุ่มรายได้มีอัตราส่วนร้อยละการบริโภคใกล้เคียงกัน สำหรับในกลุ่มผู้ที่มีรายได้ 1-9,999 บาทต่อเดือนสูบบุหรี่และดื่มเบียร์ในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน แต่ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป มีการดื่มเบียร์มากที่สุด แต่ในกลุ่มผู้ที่ไม่มียาได้กลับพบว่าการสูบบุหรี่มากกว่าการบริโภคสิ่งเสพติดชนิดอื่น เป็นที่น่าสังเกตอย่างหนึ่งคือ ข้อมูลการบริโภคสิ่งเสพติดแต่ละประเภทเมื่อจำแนกตามรายได้ของประชากรมีลักษณะเหมือนกันกับจำแนกตามอาชีพของประชากร

#### การศึกษา

หากเปรียบเทียบตามการศึกษาของประชากร พบว่าประชากรที่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษาปีที่ 1-6 มีอัตราส่วนการดื่มสุรา/ชาดอง ดื่มเบียร์ และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังสูงกว่าประชากรกลุ่มการศึกษาอื่น แต่มีสิ่งที่น่าสังเกตอย่างหนึ่งก็คือ เฉพาะเรื่องการสูบบุหรี่เท่านั้นที่ประชากรไม่มีการศึกษามีอัตราส่วนการบริโภคสูงที่สุด ขณะเดียวกันอัตราส่วนการสูบบุหรี่ลดลงตามการศึกษาที่เพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้แล้วหากพิจารณาในกลุ่มประชากรที่มีการศึกษา พบว่าแทบทุกกลุ่ม (ป.1-ป.6, ม.1-ม.6 และ อุดมศึกษาขึ้นไป) มีการดื่มเบียร์ในอัตราส่วนร้อยละที่สูงกว่าการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/ชาดองและเครื่องดื่มชูกำลัง

### จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จากการพิจารณาตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือนพบว่า ครัวเรือนที่มีสมาชิก 1-3คน มีอัตราส่วนร้อยละการบริโภคบุนุหรีและสุรา/ยาตองสูงกว่าประชากรในครัวเรือนอื่น ส่วนการดื่มเบียร์และเครื่องดื่มชูกำลัง พบว่าแต่ละครัวเรือนจะมีอัตราส่วนร้อยละการบริโภคแตกต่างกันน้อยมาก หากวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับการบริโภคสิ่งเสพติด พบว่าบุนุหรีและเบียร์เป็นสิ่งเสพติดที่มีการบริโภคกันมากในทุกกลุ่ม

### เขตที่อยู่อาศัย

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ในเขตเมือง/กิ่งเมืองมีอัตราส่วนร้อยละการบริโภคบุนุหรี สุรา/ยาตอง ต่ำกว่าในเขตอื่น สำหรับอัตราส่วนที่บริโภคสูงสุดคือเขตที่สูง แต่พบว่าในเขตที่สูงมีการบริโภคเบียร์และเครื่องดื่มชูกำลังต่ำกว่าเขตอื่นๆ ในขณะที่เขตปลูกข้าวเป็นเขตที่มีการบริโภคเบียร์และเครื่องดื่มชูกำลังสูงที่สุด เมื่อพิจารณาแต่ละเขตที่อยู่อาศัยกับการบริโภค พบว่าประชากรที่อาศัยในเขตเมือง/กิ่งเมือง เขตปลูกข้าว เขตพืชไร่และเขตพื้นที่ผสมผสานมีการดื่มเบียร์มากกว่าอย่างอื่น ส่วนในเขตที่สูงมีการสูบบุนุหรีมากที่สุด

### ลักษณะอื่นๆ

#### ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาตามระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพพบว่า อัตราส่วนร้อยละการบริโภคบุนุหรีลดลงตามระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ โดยประชากรที่ได้รับข่าวสารมากขึ้นมีการบริโภคบุนุหรีลดลง แต่ในกรณีการดื่มเบียร์กลับพบว่าเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ อัตราส่วนร้อยละการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นตามการรับข่าวสารที่ได้รับ สำหรับการดื่มสุรา/ยาตองและดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง พบว่าอัตราส่วนการบริโภคแทบไม่แตกต่างกันในแต่ละระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ

#### การมีหลักประกันสุขภาพ

การวิเคราะห์ตามการมีหลักประกันสุขภาพของประชากร พบว่า ประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพสูบบุนุหรีมากกว่าประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพเล็กน้อย ส่วนการดื่มสุรา/ยาตอง เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลังนั้นประชากรทั้ง 2 กลุ่ม มีอัตราส่วนร้อยละการบริโภคไม่แตกต่างกัน หากพิจารณาสิ่งเสพติดที่ประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพบริโภคมากที่สุดก็คือ บุนุหรีและเบียร์ ส่วนประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพนิยมบริโภคสูงสุดคือ เบียร์

ตารางที่ 9 อัตราส่วนร้อยละที่บริโภคสิ่งเสพติดแต่ละชนิด จำแนกตามลักษณะภูมิหลังต่าง ๆ

ลักษณะต่าง ๆ	จำนวน	บุหรี่ยี่	สุรา/ชาคอง	เบียร์	เครื่องดื่มชูกำลัง
รวม	27,901	31.8	27.0	32.6	22.9
<b>ลักษณะทางประชากร</b>					
เพศ	27,901				
ชาย	12,673	47.4	38.3	43.8	34.2
หญิง	15,228	18.9	17.7	23.3	13.6
อายุ	27,901				
15 – 29 ปี	8,753	28.4	24.8	32.3	21.6
30 – 44 ปี	9,620	34.1	30.0	36.7	25.9
45 – 59 ปี	5,811	33.1	29.4	33.5	23.7
60 ปี ขึ้นไป	3,717	32.2	21.0	21.8	17.1
สถานภาพสมรส	27,901				
โสด	5,643	24.1	23.6	30.8	20.0
กำลังสมรส	19,433	34.6	28.3	33.7	24.7
เคยสมรส	2,825	28.2	25.0	28.9	17.2
<b>ลักษณะทางเศรษฐกิจ</b>					
อาชีพ	27,466				
ไม่ประกอบอาชีพ	7,013	24.0	18.8	22.1	14.0
ในภาคเกษตร	12,356	37.6	30.0	36.2	26.6
นอกภาคเกษตร	8,097	29.6	29.7	36.2	25.0
รายได้	27,403				
ไม่มีรายได้	7,013	24.0	18.8	22.1	14.0
1-9,999	15,309	36.6	30.4	35.9	25.8
10,000 ขึ้นไป	5,081	28.0	28.4	36.9	26.3
การศึกษา	27,866				
ไม่มีการศึกษา	4,525	44.3	24.6	24.0	16.2
ป.1 – ป.6	15,612	33.1	28.3	34.8	26.7
ม.1 – ม.6	6,497	23.1	26.2	34.0	21.0
อุดมศึกษาขึ้นไป	1,232	15.3	24.1	28.8	10.8
จำนวนสมาชิก	27,946				
1 – 3 คน	10,449	33.9	28.6	33.0	22.9
4 - 5 คน	11,431	30.7	26.6	33.0	23.5
6 คนขึ้นไป	6,016	30.6	25.1	31.3	22.1



ลักษณะต่างๆ	จำนวน	บุหรี	สุรา/ชาคอง	เบียร์	เครื่องดื่มชูกำลัง
เขตที่อยู่อาศัย	27,901				
เมือง/กึ่งเมือง	6,352	21.0	24.5	30.6	20.7
ปลูกข้าว	4,816	26.3	27.0	39.9	28.9
พืชไร่	4,379	31.3	28.6	34.8	25.7
ที่สูง	6,551	50.6	30.2	28.8	17.6
ผสมผสาน	5,803	27.4	25.1	31.5	24.4
<b>ลักษณะอื่นๆ</b>					
ระดับการรับข่าวสารฯ	27,901				
ไม่เคยรับ	3,448	45.3	27.0	25.6	20.3
ระดับต่ำ	6,856	36.0	26.8	30.4	22.8
ระดับปานกลาง	8,376	29.7	26.9	34.5	24.8
ระดับสูง	9,221	25.7	27.3	35.2	22.4
การมีหลักประกันฯ	27,901				
ไม่มี	20,200	32.6	27.1	32.3	23.1
มี	7,701	29.7	26.9	33.4	22.6

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี

สำหรับบทนี้จะนำเสนอการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร โดยการวิเคราะห์ด้วยตารางไขว้ ผู้ศึกษาได้แบ่งการบริโภคสิ่งเสพติดตามจำนวนต่างๆ ในการบริโภค คือไม่ได้บริโภค บริโภค 1 ชนิด บริโภค 2 ชนิดและบริโภค 3 ชนิดขึ้นไป พร้อมทั้งได้นำปัจจัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ การมีหลักประกันสุขภาพมาศึกษาหาความสัมพันธ์ ผลการวิเคราะห์ที่ได้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและอื่นๆ กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร โดยมีสมมติฐานว่า ผู้ที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและอื่นๆ ที่แตกต่างกันจะมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์จะใช้ตารางไขว้ (Cross-tabulations) ตัวแปรตามคือ จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น ตัวแปรอิสระหรือปัจจัยต่างๆ คือ ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อาชีพ รายได้ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ การมีหลักประกันสุขภาพ และใช้ตัวแปรควบคุมตามความเหมาะสม เพื่อให้ทราบถึงอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ว่าจะยังคงมีผลต่อการบริโภคสิ่งเสพติดหรือไม่

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด พบว่าความแตกต่างของจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร เป็นดังนี้

#### 1. ปัจจัยทางประชากร

**1.1 เพศ** การศึกษาในส่วนนี้ต้องการพิสูจน์ว่าเพศที่ต่างกันของประชากรจะมีผลทำให้เกิดความแตกต่างของจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดหรือไม่ ผลการศึกษาในตารางที่ 10 พบว่าจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรแตกต่างกันตามเพศ โดยประชากรเพศชายบริโภคมากกว่าเพศหญิงหลายเท่า กล่าวคือ ประชากรชายบริโภคสิ่งเสพติด 3 ชนิดขึ้นไป ถึงร้อยละ 35.1 ซึ่งสูงกว่าประชากรหญิงที่บริโภคเพียงร้อยละ 3.4 ไม่เพียงเท่านั้นด้านการบริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิด และการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด ก็พบว่าประชากรชายบริโภคสูงกว่าประชากรหญิงเช่นกัน (ร้อยละ 26.5 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 9.4 และร้อยละ 22.0 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 19.9 ตามลำดับ) ส่วนในทางกลับกันพบว่ากลุ่มที่ไม่บริโภคเลยเป็นประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 67.2 เปรียบเทียบกับร้อยละ 16.4)

ตารางที่ 10 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและเพศ

เพศ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
ชาย	16.4	22.0	26.5	35.1	100.0 (12,673)
หญิง	67.2	19.9	9.4	3.4	100.0 (15,228)
รวม	44.1	20.9	17.2	17.8	100.0 (27,901)

$\chi^2 = 9128.31$       P – value = 0.00

จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มประชากรเพศชายบริโภคสิ่งเสพติดสูงกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับงานศึกษามากมาย (นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเดล และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2533: 12; อรทัย ลิ้มตระกูล, 2534: 94; วิชัย โปษยะจินดา และคนอื่นๆ, 2537: 12; จิราภรณ์ เทพหนู, 2540: 108; ประกิต โพธิาศน์, 2541: 112; อัจฉราวรรณ สร้อยทอง, 2542: 82) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านการเลี้ยงดูซึ่งมีส่วนผลักดันให้เพศชายบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าเพศหญิง โดยพ่อแม่ส่วนใหญ่จะไม่เข้มงวดต่อลูกชายในเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เท่ากับลูกสาว (East-West center, 2002: 63) อีกทั้งการกำหนดบทบาททางเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งสังคมไทยจะให้เพศชายเป็นผู้ที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจ แต่กรณีของเพศหญิงสังคมจะมอบหมายให้เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ จัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคให้แก่สมาชิกในครัวเรือน จนมีคำเรียกขานหญิงที่ทำหน้าที่ดูแลบ้านเรือนและการกินอยู่หลับนอนของสมาชิกในครัวเรือนได้เป็นอย่างดีว่า “แม่ศรีเรือนหรือแม่บ้านแม่เรือน” สิ่งเหล่านี้จึงทำให้เพศหญิงมีโอกาสเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมมากกว่าเพศชาย ยิ่งไปกว่านั้นในสังคมไทยยังมีความคาดหวังกับเพศหญิงว่าจะต้องไม่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคมที่กำหนดไว้ในทุกๆ ด้าน อันรวมไปถึงการบริโภคสิ่งเสพติด ได้แก่ บุหรี่ สุรา/ยาแดง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง เพราะหากหญิงคนใดบริโภคสิ่งเหล่านี้หรือมีพฤติกรรมที่ไม่ดี ก็จะถูกตำหนิจากสังคม ดังมีคำที่ใช้ตำหนิหญิง เช่น “ผู้หญิงก้ากั้น” หรือ “ผู้หญิงยิงเรือ” เป็นต้น แต่ในกรณีของเพศชายกลับพบว่า เมื่อเพศชายบริโภคสิ่งเสพติดเหล่านี้มักจะถูกมองว่าเป็นผู้เข้มแข็งและแสดงถึงความเป็นชายชาตรี (Maddox and McCall, 1964: 21) ดังนั้นจึงทำให้ประชากรเพศชายบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าเพศหญิง

เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด โดยประชากรเพศชายมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรเพศหญิง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้

**1.2 อายุ** อายุของประชากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงการบริโภคสิ่งเสพติด จากผลการศึกษาในตารางที่ 11 พบว่า การบริโภคสิ่งเสพติดนั้น มีความแตกต่างกันตามอายุ โดยมีแบบแผนการบริโภคเกิดขึ้น 2 ลักษณะ กล่าวคือลักษณะแรก ประชากรที่อายุน้อยกว่ามีสัดส่วนการบริโภค 1 ชนิด น้อยกว่าประชากรที่มีอายุมากกว่า โดยประชากรในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงที่สุดคือร้อยละ 24.6 รองลงมาคือประชากรที่มีอายุ 45-59 ปี สัดส่วนร้อยละ 23.4 ประชากรที่มีอายุ 30-44 ปี และประชากรที่มีอายุ 15-29 ปี มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 21.3 และร้อยละ 17.1 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลที่เกิดจากความเคยชิน โดยเริ่มมีการบริโภคตั้งแต่อายุน้อยๆ จนเมื่ออายุมากขึ้นไม่สามารถที่จะเลิกบริโภคได้

สำหรับลักษณะที่สองคือมีแบบแผนการบริโภคเป็นรูปแบบเส้นโค้งโดยประชากรในกลุ่มอายุ 30-44 ปี มีสัดส่วนการบริโภค 3 ชนิดขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 22.6 และประชากรในกลุ่มอายุ 45-59 ปี มีการบริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิด ร้อยละ 21.0 ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวลดลงในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่าและสูงกว่า สำหรับประชากรในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีสัดส่วนการบริโภค 2 ชนิด และ 3 ชนิดขึ้นไป ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบริโภคสิ่งเสพติด 3 ชนิดขึ้นไปพบว่า ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนต่ำที่สุด สาเหตุที่ประชากรในกลุ่มอายุ 30-44 ปี และอายุ 45-59 ปี มีสัดส่วนจำนวนการบริโภคที่สูงนั้นอาจเนื่องมาจากประชากรกลุ่มอายุดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่มวัยแรงงานจึงอาจมีความเชื่อต่อสิ่งเหล่านี้ว่าสามารถช่วยให้หายกลุ่ม หายเหนื่อย ทำให้ทำงานได้มาก เลือดลมดี ทำให้มีเพื่อนและเพิ่มความกล้า (อดิศวร์ หลายชูไทยและคนอื่นๆ, 2545: 112) อีกทั้งการให้ความหมายของสิ่งเสพติดเหล่านี้ในทางสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป (Strate, 1992: 90) จึงทำให้บทบาทของบุหรี่ สุรา/ยาสูบ เบียร์และเครื่องดื่มชูกำลัง จากเดิมที่มีอันตรายต่อสุขภาพและถือเป็นสิ่งเสพติดให้โทษกลายเป็นเครื่องมือในทางสังคม เช่น เป็นตัวแทนของความเป็นลูกผู้ชายหรือเป็นคนวัยทำงาน ใช้ในการเลี้ยงฉลองและในงานรื่นเริงทั่วไป เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นการนำเสนอสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการตีความและเข้าใจว่าหากบริโภคสิ่งเหล่านี้จะสามารถบ่งบอกได้ถึงความทันสมัย ความโก้เก๋ และแสดงถึงสถานภาพทางสังคมของผู้บริโภคอีกด้วย จึงทำให้ประชากรกลุ่มนี้สูบบุหรี่ ดื่มสุรา/ยาสูบ เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลังมากกว่าประชากรในกลุ่มอายุอื่น โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าคือกลุ่มประชากรสูงอายุ ซึ่งอาจเป็นเพราะสภาพร่างกายไม่เหมาะสมที่จะบริโภคสิ่งเสพติดหลายชนิด ในขณะที่กลุ่มอายุน้อยคือกลุ่มประชากรเด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่อาจอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียนและเป็นกำลังของชาติในอนาคต จึงทำให้มีการควบคุมจากหลายฝ่าย เช่น โรงเรียน อีกทั้งภาครัฐได้ใส่ใจและจัดระเบียบประชากรกลุ่มนี้เป็นพิเศษ โดยมีกฎหมายที่สามารถช่วยให้เยาวชนไทยห่างไกลจากสิ่งที่เป็นอันตรายและสิ่งเสพติดต่างๆ เช่น การห้ามเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ เข้าสถานบันเทิง เป็นต้น

ดังนั้นจากแบบแผนการบริโภคที่เกิดขึ้น 2 ลักษณะข้างต้นจึงอาจสรุปตามแบบแผนการบริโภคส่วนใหญ่ว่าเป็นรูปแบบเส้นโค้ง นั่นคือประชากรที่มีอายุสูงกว่ามีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีอายุต่ำกว่าจนเมื่อถึงช่วงอายุหนึ่งสัดส่วนการบริโภคน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น อนึ่งเมื่อพิจารณาแบบแผนการไม่บริโภคสิ่งเสพติดพบว่ามีรูปแบบเป็นลักษณะโค้งตัวยู ซึ่งตรงกันข้ามกับแบบแผนการบริโภค กล่าวคือประชากรในกลุ่มอายุน้อยๆ มีสัดส่วนไม่บริโภคที่สูงที่สุด (ร้อยละ 54.2) และสัดส่วนการไม่บริโภคลดลงในอายุที่มากขึ้น (ร้อยละ 37.0 และร้อยละ 36.6) แต่ในกลุ่มประชากรที่อายุมากที่สุด คือ 60 ปีขึ้นไป กลับมีสัดส่วนการไม่บริโภคเพิ่มสูงขึ้น (ร้อยละ 50.3)

**ตารางที่ 11** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและอายุ

อายุ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
15 – 29 ปี	54.2	17.1	13.7	14.9	100.0 (8,753)
30 – 44 ปี	37.0	21.3	19.0	22.6	100.0 (9,620)
45 – 59 ปี	36.6	23.4	21.0	19.0	100.0 (5,811)
60 ปีขึ้นไป	50.3	24.6	14.6	10.4	100.0 (3,717)
รวม	44.1	20.9	17.2	17.8	100.0 (27,901)

$\chi^2 = 949.18$       P – value = 0.00

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติไคสแควร์พบว่าอายุของประชากรมีความสัมพันธ์กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยประชากรที่มีอายุสูงกว่ามีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีอายุต่ำกว่าจนเมื่อถึงช่วงอายุหนึ่งสัดส่วนการบริโภคน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

เพื่อให้ทราบถึงอิทธิพลของตัวแปรอายุประชากรที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรที่ชัดเจนขึ้น ผู้ศึกษาได้นำตัวแปรเพศของประชากรมาร่วมพิจารณา ผลการศึกษาจากตารางที่ 12 พบว่าแม้ประชากรมีคุณลักษณะเฉพาะตัวด้านเพศที่แตกต่างกัน อายุของประชากรก็ยังมีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเรื่องการบริโภคของประชากร อย่างชัดเจนในกลุ่มที่บริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิดและ 3 ชนิดขึ้นไป กล่าวคือประชากรอายุ 30-44 ปี และ 45-59 ปี มีสัดส่วนสูงกว่าประชากรที่มีอายุมากกว่าและน้อยกว่ากลุ่มอายุดังกล่าว (แบบแผนเป็นลักษณะโค้ง) ทั้งในกลุ่มประชากรชายและประชากรหญิง และรูปแบบลักษณะนี้เกิดขึ้นในการบริโภคจำนวนต่ำในกลุ่มประชากรหญิงด้วย ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมี

นัยสำคัญทางสถิติ ยิ่งสนับสนุนข้อสรุปข้างต้นว่าอายุของประชากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด โดยมีแบบแผนลักษณะเดียวกันกับก่อนนำปัจจัยเพศเข้ามาควบคุม

**ตารางที่ 12** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด อายุ และเพศของประชากร

อายุและเพศ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
<b>ชาย</b>					
15 – 29 ปี	24.5	21.1	23.3	31.1	100.0 (4,013)
30 – 44 ปี	8.7	18.8	27.7	44.8	100.0 (4,300)
45 – 59 ปี	11.7	22.5	30.8	35.0	100.0 (2,670)
60 ปี ขึ้นไป	23.8	31.7	24.3	20.2	100.0 (1,690)
รวม	16.4	22.0	26.5	35.1	100.0 (12,673)
	$\chi^2 = 780.62$		P – value = 0.00		
<b>หญิง</b>					
15 – 29 ปี	79.4	13.8	5.6	1.2	100.0 (4,740)
30 – 44 ปี	59.9	23.3	12.0	4.8	100.0 (5,320)
45 – 59 ปี	57.8	24.0	12.7	5.4	100.0 (3,141)
60 ปี ขึ้นไป	72.4	18.8	6.6	2.3	100.0 (2,027)
รวม	67.2	19.9	9.4	3.4	100.0 (15,228)
	$\chi^2 = 647.56$		P – value = 0.00		

**1.3 สถานภาพสมรส** ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสของประชากรกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดในตารางที่ 13 พบว่าจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรแตกต่างกันตามความแตกต่างของสถานภาพสมรส โดยประชากรที่มีสถานภาพกำลังสมรสมีการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิดมากที่สุด (ร้อยละ 22.2) รองลงมาคือประชากรที่มีสถานภาพโสดและประชากรที่มีสถานภาพเคยสมรส (ร้อยละ 21.5 และร้อยละ 16.1) เช่นเดียวกับการบริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิด และการบริโภคสิ่งเสพติด 3 ชนิดขึ้นไป ซึ่งประชากรที่มีสถานภาพกำลังสมรสมีส่วนสูงกว่าประชากรสถานภาพสมรสอื่น (ร้อยละ 18.8 เปรียบเทียบกับร้อยละ 13.9 และร้อยละ 13.4, ร้อยละ 19.9 เปรียบเทียบกับร้อยละ 11.9 และร้อยละ 13.7) ในทางกลับกันพบว่า ประชากรที่มีสถานภาพโสดไม่บริโภคมากที่สุด (ร้อยละ 56.8) รองลงมาคือประชากรที่มีสถานภาพเคยสมรส (ร้อยละ 52.7) และประชากรที่มีสถานภาพกำลังสมรสมีส่วนไม่บริโภคต่ำที่สุด (ร้อยละ 39.2)

ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า ประชากรที่มีสถานภาพกำลังสมรส มีสัดส่วนของการบริโภคสิ่งเสพติดในทุกจำนวนการบริโภคมากกว่าสถานภาพโสดและเคยสมรส สอดคล้องกับงานศึกษาของ สุวัฒน์ สาเพิ่มทรัพย์ (2533: 65) วัฑฒัน ปิ่นศิริ (2537: 64) สมภพ ห่วงทอง (2538: 51) และอภิรักษ์ รัตนสุวัจน์ (2538: 57) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ภาวะครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น จากในอดีตที่เคยอยู่คนเดียวหรือเป็นโสด กลับต้องมาแต่งงานมีคู่ครองหรืออาจมีบุตรเพิ่มเข้ามา จึงจำเป็นต้องทำงานมากขึ้นเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ภาวะทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นเหตุนำไปสู่การบริโภคบุหรี่ สุรา/ยาสูบ เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลัง ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวที่ว่า “ดื่มแก้กุ่ม” ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเครียดของประชากรจนต้องหันมาพึ่งสิ่งนี้ (กิติกร มีทรัพย์, 2541: 85-87)

**ตารางที่ 13** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิด ขึ้นไป	รวม
โสด	56.8	16.1	13.4	13.7	100.0 (5,643)
กำลังสมรส	39.2	22.2	18.8	19.9	100.0 (19,433)
เคยสมรส	52.7	21.5	13.9	11.9	100.0 (2,825)
รวม	44.1	20.9	17.2	17.8	100.0 (27,901)
		$\chi^2 = 689.10$		P – value = 0.00	

จากการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ในระดับ 2 ตัวแปร พบว่า สถานภาพสมรสของประชากรกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันของประชากรมีความสัมพันธ์กับการบริโภคสิ่งเสพติด โดยที่ประชากรที่มีสถานภาพกำลังสมรสบริโภคสิ่งเสพติดจำนวนมากกว่าประชากรที่มีสถานภาพสมรสอื่น (สถานภาพโสดและสถานภาพเคยสมรส) และความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ ประชากรที่มีสถานภาพกำลังสมรสน่าจะมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีสถานภาพสมรสอื่น

เมื่อผู้ศึกษาได้นำปัจจัยด้านเพศของประชากรมาร่วมพิจารณา (ตารางที่ 14) พบว่าแบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติดมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อย กล่าวคือ ในกลุ่มประชากรชายที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิดแทบไม่แตกต่างกัน และในกลุ่มประชากรหญิงที่มีสถานภาพเคยสมรสจะมีการบริโภคสิ่งเสพติด 3 ชนิดขึ้นไป มากกว่าประชากรหญิงสถานภาพสมรสอื่น ส่วนในกลุ่มจำนวนการบริโภคอื่นยังมีทิศทางความสัมพันธ์เดิม ซึ่งเมื่อตรวจสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่า

สถานภาพสมรสของประชากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด ส่วนแบบแผนที่เกิดขึ้นมีลักษณะใกล้เคียงกับแบบแผนเดิมคือก่อนที่จะนำปัจจัยเพศของประชากรเข้ามาเป็นตัวแปรควบคุม

**ตารางที่ 14** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด  
สถานภาพสมรสและเพศ

สถานภาพสมรส และเพศ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิด ขึ้นไป	รวม
<b>ชาย</b>					
โสด	30.7	21.2	21.6	26.4	100.0 (2,887)
กำลังสมรส	11.8	22.2	28.1	37.9	100.0 (9,137)
เคยสมรส	16.3	23.7	25.6	34.4	100.0 (649)
รวม	16.4	22.0	26.5	35.1	100.0 (12,673)
	$\chi^2 = 597.49$		P – value = 0.00		
<b>หญิง</b>					
โสด	84.1	10.7	4.8	0.4	100.0 (2,756)
กำลังสมรส	63.4	22.2	10.5	3.9	100.0 (10,296)
เคยสมรส	63.6	20.8	10.4	5.2	100.0 (2,176)
รวม	67.2	19.9	9.4	3.4	100.0 (15,228)
	$\chi^2 = 466.75$		P – value = 0.00		

## 2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

**2.1 อาชีพ** อาชีพของประชากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนก่อให้เกิดการบริโภคสิ่งเสพติดที่แตกต่างกัน โดยประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมจะบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

ผลการศึกษาจากตารางที่ 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของประชากรกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด โดยรวมพบว่า หากเปรียบเทียบเฉพาะการไม่ประกอบอาชีพกับการประกอบอาชีพพบความแตกต่างอย่างชัดเจนในสัดส่วนของการบริโภค กล่าวคือ ในทุกๆ กลุ่มของการบริโภคไม่ว่าจะเป็นการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด 2 ชนิด และ 3 ชนิดขึ้นไป ประชากรที่ประกอบอาชีพมีสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติดสูงกว่าประชากรที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชากรที่ไม่ได้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่อาจอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน จึงมีการควบคุม



และดูแลจากหลาย เช่น ผู้ปกครองหรือโรงเรียน เป็นต้น รวมทั้งอาจมีความรู้และความเข้าใจถึงภัยพิบัติของสิ่งเสพติดมากกว่า

ในส่วนของความแตกต่างของลักษณะอาชีพก็พบความแตกต่างอย่างชัดเจน กล่าวคือ ประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมมีสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติดทุกกลุ่มมากกว่า ประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 23.3 เปรียบเทียบกับร้อยละ 18.7, ร้อยละ 20.4 เปรียบเทียบกับร้อยละ 18.6 และร้อยละ 22.2 เปรียบเทียบกับร้อยละ 20.6) ในทางกลับกันพบว่า ประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมมีสัดส่วนไม่บริโภคสิ่งเสพติดต่ำกว่า ประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.1 เปรียบเทียบกับร้อยละ 42.1)

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า ประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมมีการบริโภคสิ่งเสพติดในทุกกลุ่มจำนวนของการบริโภคมากกว่าประชากรที่ประกอบอาชีพอื่นๆ การที่ประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมมีการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นนั้น อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมมีลักษณะการทำงานที่ต้องใช้แรงงานมาก อีกทั้งยังพบว่าเกษตรกรไทยส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีฐานะยากจน มีการศึกษาต่ำ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2543: 56) ทำให้มีความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งเสพติดอันได้แก่ บุหรี่ สุรา/ยาคอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลังในด้านผิดๆ ดังนั้นจึงมักมีการพึ่งพาสารเสพติดเหล่านี้เพื่อให้มีแรงกำลังและบรรเทาความเหน็ดเหนื่อย (พิทักษ์ เอ็มสวัสดิ์, 2538: 62; เกื้อ วงศ์บุญสิน และคนอื่นๆ, 2539: 57, 65-66; อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยาและกอบกุล สามีคดี, 2543: 43-44) ในขณะที่ผู้ที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม (เช่น ด้านพาณิชย์กรรม ด้านงานบริการ เป็นต้น) ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีรายได้สูงกว่าและเป็นรายได้ที่แน่นอน รวมไปถึงมีการศึกษาสูงกว่า ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีโอกาสได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจด้านการบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมกว่าประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม

**ตารางที่ 15** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและอาชีพ

อาชีพ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
ไม่ประกอบอาชีพ	64.7	19.0	9.6	6.7	100.0 (7,013)
ในภาคเกษตร	34.1	23.3	20.4	22.2	100.0 (12,356)
นอกภาคเกษตร	42.1	18.7	18.6	20.6	100.0 (8,097)
รวม	44.3	20.8	17.1	17.8	100.0 (27,466)

$\chi^2 = 2001.84$       P - value = 0.00

จากการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ในระดับ 2 ตัวแปรพบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างอาชีพของประชากรกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า อาชีพที่แตกต่างกันของประชากร มีความสัมพันธ์กับการบริโภคสิ่งเสพติด โดยประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม และความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมน่าจะบริโภคสิ่งเสพติดจำนวนมากว่าประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม

ตารางที่ 16 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด อาชีพและเพศ

อาชีพและเพศ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
<b>ชาย</b>					
ไม่ประกอบอาชีพ	38.7	25.7	19.1	16.5	100.0 (2,144)
ในภาคเกษตร	10.5	22.2	28.2	39.2	100.0 (6,256)
นอกภาคเกษตร	13.9	19.9	27.7	38.5	100.0 (4,058)
รวม	16.4	22.0	26.5	35.1	100.0 (12,458)
		$\chi^2 = 1124.63$		P – value = 0.00	
<b>หญิง</b>					
ไม่ประกอบอาชีพ	76.2	16.1	5.4	2.4	100.0 (4,869)
ในภาคเกษตร	58.3	24.4	12.5	4.8	100.0 (6,100)
นอกภาคเกษตร	70.4	17.5	9.6	2.6	100.0 (4,039)
รวม	67.4	19.8	9.4	3.4	100.0 (15,008)
		$\chi^2 = 448.45$		P – value = 0.00	

เมื่อนำตัวแปรเพศของประชากรเข้ามาร่วมพิจารณา (ตารางที่ 16) พบว่า มีความแตกต่างของการบริโภคสิ่งเสพติดในกลุ่มประชากรชาย โดยประชากรชายที่ไม่ประกอบอาชีพมีการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิดมากกว่าประชากรชายที่ประกอบอาชีพทั้งในภาคเกษตรกรรมและนอกภาคเกษตรกรรม ไม่เพียงเท่านั้นจากตารางดังกล่าวยังพบอีกด้วยว่า ประชากรชายที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมและนอกภาคเกษตรกรรมมีสัดส่วนการบริโภค 2 ชนิดและ 3 ชนิดใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 28.2 เปรียบเทียบกับร้อยละ 27.7 และร้อยละ 39.2 เปรียบเทียบกับร้อยละ 38.5) สำหรับกรณีของประชากรหญิงพบว่า แบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติดเป็นรูปแบบที่ชัดเจนเหมือนก่อนที่จะนำตัวแปรเพศเข้ามาร่วมพิจารณา ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติไคสแควร์พบว่า

ความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงยังคงสรุปได้ว่าอาชีพของประชากรเกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด

**2.2 รายได้** รายได้ถือเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด เนื่องจากรายได้จะมีความสัมพันธ์กับอาชีพและการศึกษา (Pender, 1933: 163) โดยประชากรที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสเลือกอาชีพที่ดีและมีรายได้สูงตามมา เมื่อเป็นดังนี้ประชากรที่มีรายได้สูงย่อมที่จะตระหนักและรับรู้ถึงคุณประโยชน์หรือโทษของสิ่งที่บริโภคมากกว่าประชากรที่มีรายได้น้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด (ตารางที่ 17) ในภาพรวมพบว่า หากเปรียบเทียบเฉพาะการมีรายได้และไม่มีรายได้นั้น ประชากรที่มีรายได้มีสัดส่วนของการบริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิด และ 3 ชนิดขึ้นไปใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 20 ซึ่งสูงกว่าประชากรที่ไม่มีรายได้อย่างชัดเจน แต่เมื่อพิจารณาการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด พบว่าความแตกต่างของรายได้ประชากรมีผลต่อการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิดน้อยมาก กล่าวคือ ประชากรในทุกกลุ่มรายได้มีสัดส่วนการบริโภคใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเงื่อนไขทางวัฒนธรรมและประเพณีของไทย ที่มักจะใช้สิ่งเสพติดประเภทถูกกฎหมาย (บุหรี่ยาสูบ) เข้ามาเกี่ยวข้องกับพิธีกรรมต่างๆ เสมอ เช่น การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา งานเฉลิมฉลองต่างๆ เป็นต้น ประกอบกับนิสัยของคนไทยที่เป็นคนรักสนุก ชอบงานรื่นเริงสังสรรค์ ไม่ว่าจะในเวลาว่างหรือทำงานจะพบเห็นความสนุกสนานแฝงอยู่ในกิจกรรมต่างๆ เสมอ (สุพัตรา สุภาพ, 2543: 17) เมื่อเป็นเช่นนี้ยิ่งก่อให้เกิดการบริโภคสิ่งเหล่านี้ได้ทุกโอกาสและเกือบทุกสถานที่ จึงไม่น่าแปลกที่ในปัจจุบันร้านขายสุรา/ยาสูบ หรือสถานเบียร์ต่างๆ เกิดขึ้นมากมายเพื่อสนองความต้องการของผู้บริโภคทุกระดับชั้น

**ตารางที่ 17** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและรายได้

รายได้ (บาท)	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
ไม่มีรายได้	64.7	19.0	9.6	6.7	100.0 (7,013)
1 – 9,999	35.2	22.2	20.1	22.5	100.0 (15,309)
10,000 ขึ้นไป	43.3	19.4	18.4	18.9	100.0 (5,081)
รวม	44.3	20.8	17.1	17.8	100.0 (27,403)

$\chi^2 = 1970.58$       P – value = 0.00

จากการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ที่มีรายได้ พบว่าประชากรที่มีรายได้ 1-9,999 บาท ต่อเดือน มีการบริโภคสิ่งเสพติดในสัดส่วนที่มากกว่าประชากรที่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป เล็ก

น้อย (ร้อยละ 22.2 เปรียบเทียบกับร้อยละ 19.4, ร้อยละ 20.1 เปรียบเทียบกับร้อยละ 18.4 และร้อยละ 22.5 เปรียบเทียบกับร้อยละ 18.9) ไม่เพียงเท่านั้นในด้านจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดก็พบว่า ประชากรที่มีรายได้ 1-9,999 บาทต่อเดือน มีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไปด้วย ในทางกลับกันก็พบว่าประชากรที่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป ไม่บริโภคสิ่งเสพติดในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรที่มีรายได้ 1-9,999 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 43.3 เปรียบเทียบกับร้อยละ 35.2) ซึ่งเหตุผลที่ทำให้ประชากรที่มีรายได้ต่ำมีการบริโภคในสัดส่วนที่สูง และจำนวนสิ่งเสพติดที่มากกว่าประชากรที่มีรายได้สูง ก็อาจเนื่องมาจากการประชาสัมพันธ์และกลยุทธ์ด้านการตลาดของสิ่งเสพติดต่างๆ ที่มุ่งเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร รวมไปถึงประชากรในเขตชนบท โดยพบว่าการโฆษณาทางโทรทัศน์ เช่น เครื่องดื่มชูกำลังมีการนำเสนอตัวแสดง ข้อความที่ต่างต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลกลุ่มดังกล่าว อันได้แก่ “คนไทย หัวใจ ลูกทุ่ง” “สิ่งห้ละนอนนา” “คุณคือ โคมบาล” เป็นต้น สำหรับเบียร์ก็มีการนำผู้แสดงที่เป็นชาวไร่ชาวนา ผู้ที่อยู่ในเขตชนบทมาร่วมกันดื่มเบียร์ นอกจากนี้ในด้านราคาก็เอื้อต่อประชากรที่มีรายได้ต่ำ เช่น การลดราคาเหลือ 7 บาท สำหรับเครื่องดื่มชูกำลัง หรือมีการนำฟลาขวดมาแลกของสมนาคุณต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเสื้อยืด ชัน แก้วน้ำ หรือเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ และการร่วมส่งฟลาขวดชิงรางวัล เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นราคาของสุรา/ยาตองบางยี่ห้อที่มีราคาถูกเพียง 199 บาท แต่มักจะโฆษณาประชาสัมพันธ์ว่ามีรสชาติเหมือนได้ลิ้มลองสุราจากเมืองนอกในราคาหลายพันบาท (เหล้านอก ราคาไทยๆ) น่าจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่านิยมบริโภคสิ่งเสพติดเหล่านี้

จากการตรวจสอบด้วยค่าสถิติไคสแคว์ในระดับ 2 ตัวแปร พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของประชากรกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอาจกล่าวได้ว่า รายได้ของประชากรมีความสัมพันธ์กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด โดยความสัมพันธ์ดังกล่าว เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรที่มีรายได้ต่ำน่าจะมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีรายได้สูง

เมื่อวิเคราะห์ในระดับ 3 ตัวแปร (ตารางที่ 18) โดยนำความแตกต่างระหว่างเพศของประชากรมาร่วมพิจารณา ผลปรากฏว่า ประชากรในกลุ่มเพศชายมีแบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเล็กน้อย โดยประชากรชายที่ไม่มีรายได้กลับมีสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิดสูงสุด ส่วนแบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิดและสิ่งเสพติด 3 ชนิดขึ้นไปยังคงเดิม สำหรับประชากรหญิงพบแบบแผนที่ชัดเจนคือประชากรหญิงที่มีรายได้ 1-9,999 บาทต่อเดือนมีสัดส่วนการบริโภคในทุกจำนวนสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไปและประชากรที่ไม่มีรายได้ จากการตรวจสอบด้วยค่าไคสแคว์ พบว่า ความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่ารายได้ของประชากรมีความสัมพันธ์กับการบริโภคสิ่งเสพติด ซึ่งมีรูปแบบใกล้เคียงกับก่อนนำตัวแปรเพศเข้ามาควบคุม

ตารางที่ 18 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด รายได้และเพศ

รายได้และเพศ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
<b>ชาย</b>					
ไม่มีรายได้	38.7	25.7	19.1	16.5	100.0 (2,144)
1 – 9,999	10.9	21.5	28.0	39.6	100.0 (7,884)
10,000 ขึ้นไป	14.9	20.4	27.9	36.8	100.0 (2,398)
รวม	16.5	22.0	26.4	35.1	100.0 (12,426)
	$\chi^2 = 1120.71$		P – value = 0.00		
<b>หญิง</b>					
ไม่มีรายได้	76.2	16.1	5.4	2.4	100.0 (4,869)
1 – 9,999	61.1	22.9	11.8	4.3	100.0 (7,425)
10,000 ขึ้นไป	68.8	18.4	10.0	2.8	100.0 (2,683)
รวม	67.3	19.9	9.4	3.4	100.0 (14,977)
	$\chi^2 = 337.09$		P – value = 0.00		

**2.3 การศึกษา** การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการบริโภคของประชากรทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาทำให้เกิดทักษะการเรียนรู้ ก่อให้เกิดปัญญา มีความคิดและมีเหตุผล จึงสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองและฐานะทางสังคม ปัจจัยนี้จึงมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากต่อการกำหนดพฤติกรรมต่างๆ ของประชากรรวมไปถึงการบริโภคสิ่งเสพติด

จากตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด พบว่ามีแบบแผนเกิดขึ้น 2 ลักษณะ คือ การศึกษาของประชากรแปรผกผันกับการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด โดยประชากรที่มีการศึกษาเพิ่มขึ้นมีสัดส่วนการบริโภคลดลง (ประชากรที่ไม่ได้รับการศึกษามีสัดส่วนสูงที่สุด คือร้อยละ 32.5 รองลงมาคือ ประชากรที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 คิดเป็นร้อยละ 20.1 ประชากรที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และประชากรที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 15.9 และร้อยละ 14.0 ตามลำดับ) ในทางกลับกันพบว่า การศึกษาของประชากรแปรผันตามการไม่บริโภคสิ่งเสพติดด้วย โดยประชากรที่มีการศึกษาเพิ่มขึ้นมีสัดส่วนการไม่บริโภคที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย สำหรับลักษณะที่ 2 คือแบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติดเป็นลักษณะโค้งสำหรับกลุ่มที่บริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิด และ 3 ชนิดขึ้นไป กล่าวคือ ประชากรที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 บริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิดและ 3

ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 17.9 และร้อยละ 20.9 สัดส่วนนี้ต่ำลงในกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาและการศึกษามากกว่า

โดยรวมแล้วอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มประชากรที่มีการศึกษาน่าจะมีสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติดที่มากกว่ากลุ่มประชากรที่มีการศึกษาสูง ข้อสรุปนี้เช่นเดียวกับงานศึกษาอีกหลายชิ้น (พงศ์เทพ จาริกจรยานาม และคนอื่นๆ, 2533: 24; กัญญา ศรีนวล, 2536: 126-128; ศิริมา องอาจ มณีรัตน์, 2541: 64) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาสูงเป็นผู้ที่มีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง และตระหนักถึงพิษภัยของสิ่งเสพติด อีกทั้งการอยู่ในช่วงการศึกษาเป็นระยะเวลานาน มีส่วนทำให้ไม่สามารถเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสิ่งเสพติดทั้งหลายได้ เพราะมีการควบคุมพฤติกรรมจากหลายฝ่าย เช่น โรงเรียน บ้าน เป็นต้น หรืออาจเป็นเพราะประชากรที่มีการศึกษามีความคิดและความสนใจในด้านอื่น จึงไม่นิยมเสียเงินไปกับการบริโภคสิ่งเหล่านี้ แตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยซึ่งขาดความรู้ มีความเชื่อและความเข้าใจผิดในเรื่องการบริโภค ส่วนใหญ่เป็นผู้ทำงานหาเช้ากินค่ำจึงไม่มีเวลาใส่ใจต่อสุขภาพหรือแสวงหาความรู้เพิ่มเติม จึงนำไปสู่การบริโภคได้ง่าย

**ตารางที่ 19** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและการศึกษา

การศึกษา	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา	39.2	32.5	16.4	11.9	100.0 (4,525)
ป. 1 – ป. 6	41.1	20.1	17.9	20.9	100.0 (15,612)
ม. 1 – ม. 6	51.7	15.9	16.3	16.1	100.0 (6,497)
อุดมศึกษาขึ้นไป	60.8	14.0	15.4	9.7	100.0 (1,232)
รวม	44.1	20.9	17.2	17.8	100.0 (27,866))

$\chi^2 = 864.21$       P – value = 0.00

จากการตรวจสอบด้วยค่าสถิติไคสแควร์ในระดับ 2 ตัวแปรพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอาจสรุปได้ว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการบริโภคสิ่งเสพติด ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์นี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรที่มีการศึกษาน่าจะมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีการศึกษาสูง

เมื่อนำตัวแปรเพศของประชากรมาร่วมพิจารณา (ตารางที่ 20) พบความชัดเจนของข้อสรุปที่ว่า ประชากรที่มีการศึกษาน่าจะมีสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีการศึกษาสูงกว่าในกลุ่มประชากรหญิง แต่ในกลุ่มประชากรชายกลับพบว่ามีแบบแผนที่แตกต่างกันไป

จากเดิมเล็กน้อย โดยประชากรชายที่มีการศึกษาในกลุ่มอุดมศึกษาขึ้นไปมีส่วนการบริโภค 2 ชนิด สูงที่สุด ในขณะที่ประชากรชายในกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา กลุ่มที่มีการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1-6 และประชากรชายที่มีการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 1-6 มีส่วนการบริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิด แตกไม่แตกต่างกัน แสดงว่าเพศของประชากรมีผลทำให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งเมื่อตรวจสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติจึงกล่าวได้ว่าการศึกษาของประชากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด ส่วนแบบแผนที่เกิดขึ้นมีลักษณะใกล้เคียงกับแบบแผนเดิมคือก่อนที่จะนำปัจจัยด้านเพศเข้ามาควบคุม และมีสิ่งที่น่าสังเกตอย่างหนึ่งคือ ประชากรชายทุกระดับการศึกษาบริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิดขึ้นไปสูงกว่าประชากรหญิงหลายเท่า

ตารางที่ 20 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด การศึกษา และเพศ

การศึกษาและเพศ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
<b>ชาย</b>					
ไม่ได้รับการศึกษา	13.3	35.3	26.6	24.7	100.0 (1,509)
ป. 1 – ป. 6	11.9	20.3	26.6	41.1	100.0 (7,143)
ม. 1 – ม. 6	25.4	20.1	25.7	28.8	100.0 (3,514)
อุดมศึกษาขึ้นไป	25.8	19.7	30.1	24.4	100.0 ( 488)
รวม	16.4	22.0	26.5	35.1	100.0 (12,654))
	$\chi^2 = 612.35$		P – value = 0.00		
<b>หญิง</b>					
ไม่ได้รับการศึกษา	52.2	31.1	11.3	5.4	100.0 (3,016)
ป. 1 – ป. 6	65.7	20.0	10.6	3.8	100.0 (8,469)
ม. 1 – ม. 6	82.8	10.8	5.2	1.2	100.0 (2,983)
อุดมศึกษาขึ้นไป	83.7	10.3	5.8	0.1	100.0 ( 744)
รวม	67.2	19.9	9.4	3.5	100.0 (15,212)
	$\chi^2 = 784.25$		P – value = 0.00		

**2.4 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน** จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่คาดว่าจะมีผลต่อการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร เนื่องจากจำนวนสมาชิกในครัวเรือนนั้นเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรับผิดชอบของสมาชิกในครัวเรือนเดียวกันและมีส่วนผลักดันให้ประชากร

หันมาบริโภคสิ่งเสพติดแตกต่างกันไป

**ตารางที่ 21** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิก ในครัวเรือน	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
1 – 3 คน	43.4	20.7	18.1	17.9	100.0 (10,449)
4 – 5 คน	43.9	21.0	16.6	18.5	100.0 (11,431)
6 คนขึ้นไป	45.7	21.0	16.8	16.5	100.0 (6,016)
รวม	44.1	20.9	17.2	17.8	100.0 (27,896)

$\chi^2 = 22.99$       P – value = 0.05

ผลการศึกษา (ตารางที่ 21) พบว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกแตกต่างกัน มีสัดส่วนแทบไม่แตกต่างกันในทุกๆ จำนวนของการบริโภคสิ่งเสพติด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์และรณรงค์เรื่องพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งเสพติดทั้งหลาย โดยผ่านสื่อประเภทต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ได้แผ่ขยายครอบคลุมในทุกส่วนของประเทศ ประชากรส่วนใหญ่จึงได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งเสพติด ถึงแม้ว่าประชากรจะอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกที่แตกต่างกัน แต่ก็ยังคงได้รับความรู้ทัศนคติด้านการบริโภคที่พอๆ กัน ส่งผลให้มีการบริโภคสิ่งเสพติดแทบไม่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดด้วยค่าสถิติไคสแควร์พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่อาจสรุปได้ว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความเกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด ข้อค้นพบดังกล่าวไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรที่อาศัยในครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่าน่าจะบริโภคสิ่งเสพติดสูงกว่าประชากรที่อาศัยในครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยกว่า

จากการนำระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพของประชากรเข้ามาร่วมพิจารณา (ตารางที่ 22) พบว่าแบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติดไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยทั้งกลุ่มประชากรที่มีการรับข่าวสารในแต่ละระดับและที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนแตกต่างกันยังคงบริโภคสิ่งเสพติดไม่แตกต่างกัน และเมื่อตรวจสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าความสัมพันธ์ของกลุ่มประชากรที่ไม่เคยรับข่าวสารด้านสุขภาพเลยและกลุ่มประชากรที่มีการรับข่าวสารในระดับปานกลางนั้น ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 22 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด จำนวนสมาชิกในครัวเรือนและระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ

จำนวนสมาชิกและ ระดับการรับข่าวสาร	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
<b>ไม่ได้รับ</b>					
1 – 3 คน	38.1	27.9	17.2	16.2	100.0 (1,362)
4 – 5 คน	37.2	30.4	16.1	16.2	100.0 (1,327)
6 คนขึ้นไป	38.7	28.3	16.6	16.3	100.0 (759)
รวม	37.9	29.0	16.6	16.5	100.0 (3,448)
	$\chi^2 = 2.56$		P – value = 0.86		
<b>ระดับต่ำ</b>					
1 – 3 คน	42.3	22.2	18.8	16.6	100.0 (2,650)
4 – 5 คน	39.8	23.8	17.9	18.5	100.0 (2,742)
6 คนขึ้นไป	43.9	24.7	17.1	14.4	100.0 (1,464)
รวม	41.7	23.4	18.1	16.9	100.0 (6,856)
	$\chi^2 = 18.29$		P – value = 0.00		
<b>ระดับปานกลาง</b>					
1 – 3 คน	43.3	20.2	18.3	18.3	100.0 (3,139)
4 – 5 คน	42.8	20.7	17.4	19.1	100.0 (3,445)
6 คนขึ้นไป	45.4	19.4	18.1	17.1	100.0 (1,790)
รวม	43.5	20.2	17.9	18.4	100.0 (8,374)
	$\chi^2 = 6.08$		P – value = 0.41		
<b>ระดับสูง</b>					
1 – 3 คน	46.5	16.9	17.8	18.9	100.0 (3,298)
4 – 5 คน	50.0	16.2	15.1	18.8	100.0 (3,917)
6 คนขึ้นไป	51.1	16.9	15.5	17.5	100.0 (2,003)
รวม	48.8	16.6	16.1	18.5	100.0 (9,218)
	$\chi^2 = 16.76$		P – value = 0.01		

2.5 เขตที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยหนึ่งที่คาดว่าจะมีผลต่อการบริโภคสิ่งเสพติด เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันย่อมจะมีความคิดและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาในตารางที่ 23 พบว่า จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร จะมีความสัมพันธ์ในเชิงปฏิภาคกับระดับความเป็นเมือง โดยประชากรในเขตเมือง/กึ่งเมืองมีการบริโภคสิ่งเสพติดคิดเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับเขตที่อยู่อาศัยอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 15.9 ร้อยละ 15.8 และร้อยละ 15.0 ขณะเดียวกันก็พบว่าในกลุ่มที่ไม่บริโภคนั้น ประชากรเขตเมือง/กึ่งเมืองมีสัดส่วนไม่บริโภคสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 สอดคล้องกับงานศึกษาที่ผ่านมาของ สุदारรณ ชันชมิตร (2538: 76) และสมหมาย สุพรรณภพ (2541: 73) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในเขตเมือง/กึ่งเมืองมีระดับความเป็นเมืองสูงที่สุด ส่วนใหญ่ประชากรที่อาศัยในเขตนี้มักเป็นผู้ที่มีรายได้สูงกว่า มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า มีอาชีพที่หลากหลายกว่าและมีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคงกว่า ประชากรในเขตพื้นที่อื่นๆ จึงส่งผลให้ประชากรที่อาศัยในเขตเมือง/กึ่งเมืองได้รับทั้งข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสิ่งเสพติดจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ อย่างรวดเร็วและง่ายต่อการเข้าถึงมากกว่า ในพื้นที่อื่น ทำให้ประชากรมีความคิดในเรื่องสิ่งเสพติดรวมถึงค่านิยมด้านการบริโภคที่ถูกต้อง และเหมาะสม จึงทำให้ประชากรในเขตเมือง/กึ่งเมืองมีการบริโภคสิ่งเสพติดต่ำกว่าในเขตพื้นที่อื่นๆ

**ตารางที่ 23** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและเขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัย	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
เมือง/กึ่งเมือง	53.3	15.9	15.8	15.0	100.0 (6,352)
ปลูกข้าว	43.6	18.7	17.4	20.3	100.0 (4,816)
พืชไร่	41.8	20.7	18.8	18.7	100.0 (4,379)
ที่สูง	34.5	28.7	17.8	19.1	100.0 (6,551)
ผสมผสาน	47.1	19.4	16.7	16.8	100.0 (5,803)
รวม	44.1	20.9	17.2	17.8	100.0 (27,901)

$\chi^2 = 631.38$       P – value = 0.00

จากการทดสอบด้วยค่าสถิติไคสแควร์ในระดับ 2 ตัวแปร พบว่า เขตที่อยู่อาศัยของประชากรกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า เขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันของประชากรมีความสัมพันธ์กับการบริโภคสิ่งเสพติด โดยประชากรที่อาศัยในเขตเมือง/กึ่งเมืองมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดน้อยกว่าประชากรที่อาศัยในเขตพื้นที่อื่นๆ ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง/กึ่งเมืองน่าจะมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่แบบอื่นๆ

ตารางที่ 24 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด  
เขตที่อยู่อาศัยและระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ

เขตที่อยู่อาศัยและ การรับข่าวสารฯ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
<b>ไม่ได้รับ</b>					
เมือง/กึ่งเมือง	48.2	19.2	15.4	17.1	100.0 (473)
ปลูกข้าว	48.3	18.8	14.1	18.8	100.0 (489)
พืชไร่	40.8	23.1	18.6	17.5	100.0 (429)
ที่สูง	30.5	38.1	16.4	15.0	100.0 (1,611)
ผสมผสาน	39.5	23.3	19.7	17.5	100.0 (446)
รวม	37.9	29.0	16.6	16.5	100.0 (3,448)
	$\chi^2 = 150.43$		P – value = 0.00		
<b>ระดับต่ำ</b>					
เมือง/กึ่งเมือง	51.2	16.5	17.6	14.7	100.0 (1,248)
ปลูกข้าว	43.2	19.0	19.2	18.6	100.0 (1,234)
พืชไร่	41.9	21.1	18.4	18.6	100.0 (1,178)
ที่สูง	31.1	33.1	18.2	17.6	100.0 (1,844)
ผสมผสาน	45.7	22.3	16.9	15.0	100.0 (1,352)
รวม	41.7	23.4	18.1	16.9	100.0 (6,856)
	$\chi^2 = 210.06$		P – value = 0.00		
<b>ระดับปานกลาง</b>					
เมือง/กึ่งเมือง	50.9	16.7	15.8	16.6	100.0 (2,010)
ปลูกข้าว	41.6	18.8	17.9	21.7	100.0 (1,525)
พืชไร่	39.5	22.7	20.3	17.5	100.0 (1,483)
ที่สูง	36.0	23.7	18.6	21.7	100.0 (1,471)
ผสมผสาน	46.4	20.4	17.5	15.7	100.0 (1,887)
รวม	43.5	20.2	17.9	18.4	100.0 (8,376)
	$\chi^2 = 121.82$		P – value = 0.00		

เขตที่อยู่อาศัยและ การรับข่าวสารฯ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
ระดับสูง					
เมือง/กึ่งเมือง	57.0	14.5	14.9	13.6	100.0 (2,621)
ปลูกข้าว	44.4	18.2	16.6	20.8	100.0 (1,568)
พืชไร่	44.8	17.1	17.5	20.6	100.0 (1,289)
ที่สูง	40.9	18.8	18.0	22.4	100.0 (1,625)
ผสมผสาน	50.3	15.9	15.1	18.7	100.0 (2,118)
รวม	48.8	16.6	16.1	18.5	100.0 (9,221)
		$\chi^2 = 147.48$		P – value = 0.00	

เมื่อนำตัวแปรระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพมาร่วมพิจารณา (ตารางที่ 24) พบว่า ในกลุ่มประชากรที่ไม่เคยได้รับข่าวสารด้านสุขภาพเลยมีแบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติดเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเล็กน้อย โดยประชากรที่ไม่เคยรับข่าวสารด้านสุขภาพที่อาศัยในเขตที่สูงมีสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติด 3 ชนิดขึ้นไปน้อยกว่าเขตที่อยู่อาศัยแบบอื่นๆ ส่วนประชากรที่ไม่เคยรับข่าวสารด้านสุขภาพที่อาศัยในเขตปลูกข้าวมีสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิดและ 2 ชนิดน้อยกว่าเขตที่อยู่อาศัยแบบอื่นๆ ในกรณีของประชากรกลุ่มที่มีระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูงพบว่าแบบแผนการบริโภคไม่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ประชากรที่มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพที่อาศัยในเขตเมือง/กึ่งเมืองมีการบริโภคสิ่งเสพติดในทุกจำนวนน้อยกว่าประชากรที่มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพที่อาศัยในเขตพื้นที่อื่น ยกเว้นในกรณีของประชากรที่ไม่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีผลในความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคสิ่งเสพติดในพื้นที่ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อย

### 3. ปัจจัยทางสุขภาพ

3.1 ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ จากตารางที่ 25 พบว่าระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพของประชากรส่งผลต่อการไม่บริโภคสิ่งเสพติดและการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด กล่าวคือ ประชากรที่มีการรับข่าวสารมากขึ้นไม่บริโภคสิ่งเสพติดในสัดส่วนที่สูงกว่า (ประชากรที่ไม่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีสัดส่วนไม่บริโภคสิ่งเสพติดร้อยละ 37.9, ประชากรที่มีการรับข่าวสารในระดับต่ำไม่บริโภคร้อยละ 41.7, ประชากรที่มีการรับข่าวสารในระดับปานกลางไม่บริโภคร้อยละ 43.5 และประชากรที่มีการรับข่าวสารในระดับสูงไม่บริโภคร้อยละ 48.8) ขณะเดียวกันประชากรที่รับข่าวสารมากขึ้นบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด ลดลงตามลำดับ โดยประชากรที่ไม่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิดในสัดส่วนสูงที่สุดคือ ร้อยละ

29.0 รองลงมาคือประชากรที่มีการรับข่าวสารในระดับต่ำมีสัดส่วนร้อยละ 23.4 ประชากรที่มีการรับข่าวสารในระดับปานกลางและระดับสูงมีสัดส่วนร้อยละ 20.2 และร้อยละ 16.6 ตามลำดับ ซึ่งก็ทำให้ทราบแน่ชัดว่าการรับรู้ต่างๆ ของประชากรมีผลต่อการบริโภคที่ลดลง แต่เป็นเพียงการบริโภคสิ่งเสพติดคืออย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น สำหรับการบริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิดนั้น โดยรวมแล้วประชากรที่ไม่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพและประชากรที่รับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับต่ำมีส่วนในการบริโภคสิ่งเสพติดใกล้เคียงกับประชากรที่รับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับปานกลางและรับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับสูง แต่การบริโภคสิ่งเสพติด 3 ชนิดขึ้นไป พบว่าประชากรที่ไม่มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพและประชากรที่มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับต่ำมีส่วนในการบริโภคสิ่งเสพติดต่ำกว่าประชากรที่มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับปานกลางและประชากรที่มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับสูง

**ตารางที่ 25** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ

ระดับการรับ ข่าวสารฯ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
ไม่ได้รับ	37.9	29.0	16.6	16.5	100.0 (3,448)
ระดับต่ำ	41.7	23.4	18.1	16.9	100.0 (6,856)
ระดับปานกลาง	43.5	20.2	17.9	18.4	100.0 (8,376)
ระดับสูง	48.8	16.6	16.1	18.5	100.0 (9,221)
รวม	44.1	20.9	17.2	17.8	100.0 (27,901)

$\chi^2 = 302.08$                       P – value = 0.00

เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติไคสแควร์จากการวิเคราะห์ในระดับ 2 ตัวแปร พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการรับข่าวสารด้านสุขภาพของประชากรมีความสัมพันธ์กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีบางส่วนที่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรที่มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพต่ำกว่าน่าจะมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพสูงกว่า

สำหรับในการศึกษาระดับ 3 ตัวแปร (ปัจจัย) ผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 26 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับข่าวสารด้านสุขภาพและจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมีแบบแผนแทบไม่แตกต่างจากเดิมในกลุ่มประชากรชาย ส่วนในกลุ่มประชากรหญิงมีแบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติดที่ชัดเจนว่า ประชากรหญิงที่มีระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับต่ำมีส่วนในการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรหญิงที่มีระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพสูงกว่า ทั้งนี้เมื่อ

ตรวจสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่าระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพของประชากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติด ซึ่งมีแบบแผนใกล้เคียงแบบแผนก่อนที่จะนำปัจจัยเพศของประชากรเข้ามาควบคุม

**ตารางที่ 26** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด  
ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพและเพศ

ระดับการรับ ข่าวสารฯและเพศ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
<b>ชาย</b>					
ไม่ได้รับ	12.8	30.1	25.9	31.3	100.0 (1,516)
ระดับต่ำ	15.4	22.8	28.3	33.5	100.0 (2,960)
ระดับปานกลาง	16.2	22.1	26.3	35.4	100.0 (3,904)
ระดับสูง	18.5	18.5	25.7	37.3	100.0 (4,293)
รวม	16.4	22.0	26.5	35.1	100.0 (12,673)
		$\chi^2 = 114.51$		$P - \text{value} = 0.00$	
<b>หญิง</b>					
ไม่ได้รับ	57.6	28.1	9.4	4.9	100.0 (1,932)
ระดับต่ำ	61.6	23.8	10.3	4.3	100.0 (3,896)
ระดับปานกลาง	67.4	18.6	10.5	3.5	100.0 (4,472)
ระดับสูง	75.2	14.9	7.8	2.1	100.0 (4,928)
รวม	67.2	19.9	9.4	3.4	100.0 (15,228)
		$\chi^2 = 319.22$		$P - \text{value} = 0.00$	

**3.2 การมีหลักประกันสุขภาพ** ผลการศึกษา (ตารางที่ 27) พบว่าประชากรทั้งที่ไม่มีและมีหลักประกันสุขภาพบริโภคสิ่งเสพติดในทุกกลุ่มจำนวนคิดเป็นสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันเลย ขณะเดียวกันประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพยังคงบริโภคเท่ากับผู้ไม่มีหลักประกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีหลักประกันสุขภาพถือเป็นสิ่งที่เสริมความมั่นใจว่าถ้าบริโภคแล้วเกิดเจ็บป่วยสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลหรือค่ายาได้ ทำให้ประชากรที่มีหลักประกันไม่คำนึงถึงการเจ็บป่วยที่ตามมาภายหลังจากการบริโภคสิ่งเสพติดทั้งหลาย อีกทั้งประชากรทั้ง 2 กลุ่มนี้ อาจมีความเชื่อที่ผิดของที่คิดว่า สุรา/ยาตองมีสรรพคุณรักษาโรคบางชนิดได้ ส่วนเบียร์มีแอลกอฮอล์น้อย ช่วยทำให้เลือดลมดี กระจ่างและแข็งแรง ในกรณีของเครื่องดื่มชูกำลังก็ยังคงเป็นสิ่งที่ประชากร

ส่วนใหญ่เข้าใจว่าไม่ก่อให้เกิดอันตรายใดๆ ถ้าหากต้องการให้ทำงานได้นานขึ้นสิ่งนี้สามารถช่วยได้ (พงศ์เทพ จาริกจรยานาม, 2533: 2) เป็นต้น

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีหลักประกันสุขภาพของประชากรกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่อาจสรุปได้ว่าการมีหลักประกันสุขภาพของประชากรมีความสัมพันธ์กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด และจากข้อมูลข้างต้นพบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพน่าจะมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพ

**ตารางที่ 27** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและการมีหลักประกันสุขภาพ

การมีหลักประกันสุขภาพ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
ไม่มี	43.8	21.0	17.4	17.8	100.0 (20,200)
มี	45.0	20.5	16.8	17.8	100.0 ( 7,701)
รวม	44.1	20.9	17.2	17.8	100.0 (27,901)
		$\chi^2 = 3.98$		P – value = 0.26	

**ตารางที่ 28** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดและการมีหลักประกันสุขภาพและเพศ

การมีหลักประกันสุขภาพและเพศ	จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร				รวม
	ไม่บริโภค	1 ชนิด	2 ชนิด	3 ชนิดขึ้นไป	
<b>ชาย</b>					
ไม่มี	16.2	22.2	26.6	35.0	100.0 (9,163)
มี	16.8	21.6	26.4	35.3	100.0 (3,510)
รวม	16.4	22.0	26.5	35.1	100.0 (12,673)
		$\chi^2 = 1.05$		P – value = 0.78	
<b>หญิง</b>					
ไม่มี	66.6	20.1	9.7	3.6	100.0 (11,037)
มี	68.6	19.5	8.7	3.1	100.0 ( 4,191)
รวม	67.2	19.9	9.4	3.4	100.0 (15,228)
		$\chi^2 = 7.30$		P – value = 0.06	

เมื่อนำตัวแปรเพศของประชากรมาร่วมพิจารณา (ตารางที่ 28) พบว่า แบบแผนความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะเดิมทั้งในกลุ่มประชากรชายและประชากรหญิง กล่าวคือในกลุ่มประชากรชายทั้งที่ไม่มีและมีหลักประกันสุขภาพมีการบริโภคสิ่งเสพติดทุกกลุ่มจำนวนไม่แตกต่างกัน แบบแผนลักษณะนี้เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรหญิงที่ไม่มีและมีหลักประกันสุขภาพเช่นกัน และจากการตรวจสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่าความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่อาจสรุปได้ว่าการมีหลักประกันสุขภาพของประชากรมีความสัมพันธ์กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางไขว้ ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและอื่นๆ กับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร โดยมีตัวแปรควบคุมตามความเหมาะสมนั้น มีสิ่งที่น่าสนใจซึ่งเกิดจากการนำเพศของประชากรมาเป็นตัวแปรควบคุม นั่นคือแบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติดระหว่างประชากรเพศชายและเพศหญิงมีรายละเอียดที่แตกต่างกันเล็กน้อย เมื่อนำไปร่วมพิจารณากับปัจจัยสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ ถึงแม้ว่าแบบแผนการบริโภคทั้ง 2 กลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมบ้างแต่จากการตรวจสอบด้วยค่าไคสแควร์ก็ยังคงพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทำให้ทราบว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ยังคงมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรบริโภคสิ่งเสพติด ทั้งนี้แบบแผนการบริโภคที่เกิดขึ้นหลังจากนำตัวแปรเพศเข้ามาควบคุมแล้วก็น่าจะเป็นข้อมูลหนึ่งซึ่งจะนำไปใช้ในการวางแผนและปรับกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/ยาสูบ ดื่มเบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลังต่อไป เพื่อให้เข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงได้มากที่สุด

กล่าวโดยสรุป ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรีด้วยตารางไขว้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา และระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยเขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการบริโภคสิ่งเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ทิศทางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สำหรับปัจจัยจำนวนสมาชิกในครัวเรือนและการมีหลักประกันสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและทิศทางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้



## บทที่ 5

### สรุปและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สองประการคือ ประการแรกเพื่อศึกษาการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี ประการที่สองเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี ข้อมูลในการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลโครงการกาญจนบุรี (พ.ศ. 2543) ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยตัวอย่างที่ศึกษาเป็นประชากรทั้งหมดในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 27,901 ราย

สำหรับตัวแปรตามคือชนิดของสิ่งเสพติดและจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด ส่วนตัวแปรอิสระแบ่งเป็นปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อาชีพ รายได้ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ การมีหลักประกันสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สัดส่วนร้อยละแสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร โดยใช้ตารางไขว้และใช้ตัวแปรควบคุมตามความเหมาะสม สรุปผลการวิเคราะห์ได้ 2 ส่วน ดังนี้คือ

#### 1. การบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี

จากการศึกษา พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของประชากร ดื่มเบียร์และสูบบุหรี่ ร้อยละ 27.1 ดื่มสุรา/ขาดอง ชนิดของสิ่งเสพติดที่มีสัดส่วนการบริโภคต่ำที่สุดคือ เครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 23.0) และเมื่อนับแต่ละจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติด พบว่าสัดส่วนของประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติดหลายชนิดลดลง กล่าวคือ ประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด มีสัดส่วนร้อยละ 20.9 รองลงมาคือประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิด มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 17.2 ประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 3 ชนิด และประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 11.9 และร้อยละ 5.9 ตามลำดับ

สำหรับจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มนั้น พบว่าประชากรที่ไม่บริโภคสิ่งเสพติดเลยคิดเป็นร้อยละ 44.1 และมีประชากรตัวอย่างถึง 1 ใน 5 ที่บริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด ส่วนประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิดคิดเป็นร้อยละ 17.2 ในขณะที่ประชากรที่บริโภคสิ่งเสพติด 3 ชนิดขึ้นไปมีสัดส่วนสูงกว่าเล็กน้อย คือร้อยละ 17.8

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากร จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ตารางไขว้ มีข้อค้นพบโดยสรุปดังนี้

เพศของประชากร ผลการศึกษาพบว่าประชากรเพศชายมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรเพศหญิง โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

อายุของประชากร พบว่า ประชากรที่อายุน้อยกว่ามีสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิด น้อยกว่าประชากรที่มีอายุมากกว่า และประชากรในกลุ่มอายุ 30-44ปี และ 45-59ปี มีการบริโภคสิ่งเสพติด 2 ชนิดและ 3 ชนิดขึ้นไปสูงที่สุด คือประมาณ 1 ใน 5 สัดส่วนนี้ต่ำลงในอายุที่มากกว่าและน้อยกว่า โดยมีลักษณะเป็นรูปโค้ง ความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำความแตกต่างระหว่างเพศมาร่วมพิจารณาพบว่า ทิศทางความสัมพันธ์ยังคงเดิมเหมือนก่อนที่จะนำปัจจัยเพศเข้ามาเป็นตัวแปรควบคุม

สถานภาพสมรส พบว่า ประชากรที่มีสถานภาพกำลังสมรสจะมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อนำปัจจัยด้านเพศของประชากรมาร่วมพิจารณาพบว่า แบบแผนที่เกิดขึ้นมีลักษณะใกล้เคียงแบบแผนเดิมคือก่อนที่จะนำเพศมาเป็นตัวแปรควบคุม

อาชีพของประชากร พบว่าประชากรที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่าประชากรที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมและประชากรที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติและตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำปัจจัยด้านเพศของประชากรมาร่วมพิจารณาพบว่า เกิดความแตกต่างเพียงเล็กน้อยของการบริโภคสิ่งเสพติดเฉพาะในกลุ่มประชากรชายเท่านั้น

รายได้ของประชากรพบว่า ประชากรที่มีรายได้ 1-9,999 บาทต่อเดือน มีสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติดทุกกลุ่มจำนวนมากกว่ากลุ่มรายได้อื่นๆ โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำความแตกต่างระหว่างเพศมาร่วมพิจารณาผลปรากฏว่าประชากรในกลุ่มเพศชายมีแบบแผนการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือก่อนนำตัวแปรเพศมาควบคุมเล็กน้อย

การศึกษา พบว่า โดยรวมแล้วประชากรที่มีการศึกษาค่ำกว่ามีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมากกว่ากลุ่มประชากรที่มีการศึกษาสูงกว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์นี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำปัจจัยด้านเพศของประชากรมาร่วมพิจารณาพบว่า มีลักษณะใกล้เคียงกับก่อนที่จะนำตัวแปรเพศเข้ามาควบคุม

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกแตกต่างกัน มีสัดส่วนไม่แตกต่างกันในทุกๆ กลุ่มจำนวนของการบริโภคสิ่งเสพติด ความสัมพันธ์เป็นไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทิศทางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำความแตกต่างระหว่างการรับข่าวสารด้านสุขภาพมาร่วมพิจารณา พบว่า ทิศทางความสัมพันธ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

เขตที่อยู่อาศัย พบว่า จำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดมีความสัมพันธ์ในเชิงปฏิภาคกับระดับความเป็นเมือง โดยประชากรที่อาศัยในเขตเมือง/กึ่งเมืองจะมีจำนวนการบริโภคสิ่งเสพติดน้อยกว่าประชากรที่อยู่ในเขตพื้นที่อื่นๆ โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำปัจจัยด้านการรับข่าวสารด้านสุขภาพของประชากรมาร่วมพิจารณา พบว่าประชากรที่ไม่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีแบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติดที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า สัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติด 1 ชนิดแปรผกผันกับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ โดยสรุปแล้ว พบว่าระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพของประชากรมีผลต่อการบริโภคสิ่งเสพติดที่ลดลง ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ข้างต้น สำหรับการศึกษาระดับ 3 ตัวแปร พบว่ามีแบบแผนการบริโภคที่ชัดเจนว่าประชากรที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพในระดับต่ำกว่ามีสัดส่วนการบริโภคสิ่งเสพติดที่มากกว่าประชากรที่ได้รับข่าวสารในระดับสูงกว่า

การมีหลักประกันสุขภาพ พบว่า ประชากรทั้งที่ไม่มีและมีหลักประกันสุขภาพบริโภคสิ่งเสพติดในทุกกลุ่มจำนวนคิดเป็นสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันเลย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้และเมื่อพิจารณาค่าไคสแควร์ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำตัวแปรเพศของประชากรมาร่วมพิจารณาพบว่า แบบแผนความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะเดิมทั้งในกลุ่มประชากรชายและประชากรหญิง

การศึกษารุ่นนี้ ได้สะท้อนให้เห็น สถานะการณ์และการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรในขณะนี้ที่นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาอยู่ในต่างจังหวัด ซึ่งมีการศึกษา รายได้เฉลี่ยค่อนข้างต่ำ อีกทั้งเป็นแหล่งรวมของวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิม ซึ่งนิยมบริโภคสิ่งเสพติดในงานรื่นเริงหรือเพื่อประกอบพิธีกรรม จึงทำให้สิ่งเหล่านี้ ยังคงพบเห็นได้ในสังคมไทย

**ตารางที่ 29** สรุปลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการบริโภคสิ่งเสพติดของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี

ปัจจัยต่าง ๆ	$\chi^2$ - test	
	สมมติฐาน	มีนัยสำคัญ
1. เพศ	✓	มี
2. อายุ	✓	มี
3. สถานภาพสมรส	✓	มี
4. อาชีพ	✓	มี
5. รายได้	✓	มี
6. การศึกษา	✓	มี
7. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	✗	ไม่มี
8. เขตที่อยู่อาศัย	✗	มี
9. ระดับการรับข่าวสารด้านสุขภาพ	✓	มี
10. การมีหลักประกันสุขภาพ	✗	ไม่มี

✓ เป็นไปตามสมมติฐาน ✗ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปปฏิบัติ**

1. ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ประชากรยังคงมีการบริโภคสิ่งเสพติด ได้แก่ บุหรี่ สุรา/ชาดอง เบียร์ และเครื่องดื่มชูกำลังในสัดส่วนค่อนข้างสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเหล่านี้ก็ล้วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการด้วยกัน ที่สำคัญคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัยและการรับข่าวสารด้านสุขภาพ ดังนั้นข้อมูลในการศึกษานี้จึงสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนนโยบายแก้ปัญหาต่อไป

2. ความแตกต่างของแบบแผนการบริโภคสิ่งเสพติดระหว่างเพศชายและเพศหญิง เป็นสิ่งหนึ่งที่ต้องได้รับการพิจารณาและใส่ใจในการนำมาเป็นกลยุทธ์ที่จะเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงให้มากที่สุด จากการศึกษ พบว่าประชากรชายมีการบริโภคสิ่งเสพติดที่สูงกว่าประชากรหญิง ไม่เพียงเท่านั้นข้อมูลการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่าประชากรชายในช่วงอายุ 30-44 ปี ที่มีสถานภาพกำลังสมรส ประกอบอาชีพ มีรายได้ในกลุ่ม 1-9,999 บาทต่อเดือน มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 และอาศัยในเขตปลูกข้าว มีการบริโภคสิ่งเสพติดสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น ดังนั้นจึงควรมีการรณรงค์ เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิ่งเสพติดให้โทษ หรือมีการนำเสนอให้เห็นถึงพิษภัยของสิ่งเสพติดแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้ให้มากขึ้น

3. จากผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ความรู้ในด้านสุขภาพที่ประชากรได้รับเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถลดพฤติกรรมนี้ลงได้ แต่การให้ความรู้ควรคำนึงถึงความถูกต้องและเป็นประโยชน์ ในบางครั้งการกระจายความรู้ในด้านนี้แก่ประชากรอาจแค่เพียงผิวเผินอาจไม่สามารถต้านทานแรงโฆษณาจากสื่อต่างๆ ที่ออกมาช่วยยื้อให้ประชากรเกิดความสนใจอยากลิ้มลองสิ่งเสพติดทั้งหลายได้ และในขณะนี่สิ่งเสพติดบางประเภท เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง จัดได้ว่ากำลังเป็นเครื่องดื่มที่มีการขยายตลาด โดยในอดีตนั้นกลุ่มผู้ที่บริโภคสิ่งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงาน แต่จากการโฆษณาประชาสัมพันธ์และกลยุทธ์ทางการตลาดมากมาย เช่น การนำนักวิ่งขวัญใจวัยรุ่นมาโฆษณา จึงอาจทำให้กลุ่มเยาวชนคนรุ่นใหม่ซึ่งจะเป็นกำลังของชาติในอนาคตหันมาบริโภคสิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น เมื่อเป็นเช่นนี้ เป้าหมายหลักอย่างหนึ่งจึงควรสร้างความรู้ความเข้าใจแก่เด็กและเยาวชน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงจึงควรเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ โดยเน้นเรื่องการบริโภคเป็นหลัก และให้ประชากรมีความรู้ว่าสิ่งใดที่เป็นสารเสพติดให้โทษและไม่สมควรบริโภค เป็นต้น

การบริโภคสิ่งเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุรา/ยาสูบ บุหรี่นั้น เป็นที่ยอมรับกันว่า อยู่คู่กับสังคมไทยมาช้านานแล้ว สาเหตุบางประการของการบริโภคอาจมาจาก รสนิยมส่วนตัวและสังคมประเพณีอีกด้วย ดังนั้นด้านมาตรการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพดี ถ้วนหน้ากับประชากรในประเทศจึงต้องอาศัยระยะเวลา ความต่อเนื่อง ความเข้าใจและต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทั้งภาครัฐและเอกชน ในการวางนโยบายแก้ปัญหา โดยอาจเริ่มจากในระดับครอบครัวและชุมชน เช่น การรณรงค์ จัดอบรม ประชาสัมพันธ์ ปรับความเชื่อทัศนคติต่างๆ ที่ถูกต้องแก่ประชากร เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสิ่งเสพติดโดยอาศัยข้อมูลจากโครงการกาญจนบุรี ซึ่งเป็นเพียงระยะแรกเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาคั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับข้อมูลในระยะต่อไป เพื่อศึกษาแนวโน้มที่เกิดขึ้น
2. คำถามที่ควรที่จะเพิ่มเติม คือ คำถามเกี่ยวกับ “ปริมาณ” “ความถี่” และ “ระยะเวลา” ในการบริโภคสิ่งเสพติดแต่ละชนิด เพื่อนำมาใช้เปรียบเทียบการบริโภคสิ่งเสพติดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียด “การบริโภค” และ “ไม่บริโภค” อย่างแท้จริง จึงควรมีการศึกษาถึงประวัติการบริโภคสิ่งเสพติดชนิดต่างๆ ของประชากร เช่น ในอดีตเคยมีการบริโภคสิ่งเสพติดหรือไม่ หรือมีการบริโภคครั้งแรกเมื่อใด เป็นต้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. 2542. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนอาชีวศึกษาชายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิติกร มีทรัพย์. 2541. พฤติกรรมความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กุหลาบ รัตนสังฆธรรม, วิไล สถิตเสถียร, ถิรพงษ์ ถิรมนัส และพัชนี สุวรรณศรี. 2541. รายงานการวิจัยเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวกับปัญหาเสพติดและพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในภาคตะวันออก. โครงการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สำนักงานนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.
- กัญญา ศรีนวล. 2536. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกื้อ วงศ์บุญสินและคนอื่นๆ. 2539. ปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างในเขตเทศบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี: ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. 2537. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- คู่แข่งดาต้าแบงก์. 2540. 20 อันดับที่ใช้บโฆษณาสูงสุด ในเดือน ม.ค. 2540. วารสาร AAT NEWS สารโฆษณา 2540 ; 1 (9): 8.
- คณะกรรมการอาหารและยา, สำนักงาน. 2537. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. 2543. สังคมไทย 2542. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- ควบคุมการบริโภคยาสูบ, สถาบัน. 2543. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่รัฐบาลต้องทำและผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ควบคุมการบริโภคยาสูบ, สถาบัน. 2544. บุหรี่หรือสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:

บริษัท ไรไทยเพรส จำกัด.

ควบคุมการบริโภคยาสูบ, สถาบัน. มปป. มลพิษจากควันบุหรี่. กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

จิระศักดิ์ แจ่มจำรัส. 2542. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชน อำเภอบางคนที

จังหวัดสมุทรสงคราม. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราภรณ์ เทพหนู. 2540. ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยม

ศึกษาตอนปลายสายสามัญศึกษา ในจังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา

วิชาเอกอนามัยครอบครัวบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชลธิชา สงวนวงษ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมกรมการ

บริโภคอาหารของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์

ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชาญณรงค์ จันทร์เต็ม. 2529. การศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภคชั้นสุดท้ายที่มีต่อผงชูรสใน

เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการตลาด บัณฑิตวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชามี อัฐกิจ. มปป.. เสพติคมาหาภัย. กรุงเทพมหานคร: ชาวประเสริฐ.

ชัยยุทธ ดาผา. 2534. ปัจจัยของการขัดเกลากายทางสังคมของพ่อแม่ที่กระทบต่อพฤติกรรมกรดื่

แอลกอฮอล์ของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เทพพนม เมืองแมนและคนอื่นๆ. 2528. อิทธิพลภูมิหลังของครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมกรเสพ

สารระเหยของเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ทวีศักดิ์ จันทร์เต็ม. มปป.. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัตถุเสพติด. กรุงเทพมหานคร: พญาไทการพิมพ์.

เทพินทร์ พิชราณรงค์. 2541. พฤติกรรมกรบริโภคสุรา: ทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 1.

นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ธงชัย กาล้อม. 2542. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของสตรีในชุมชนเขตตำบลแม่

อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธงชัย สันติวงษ์. 2535. พฤติกรรมกรบริโภคทางการตลาด. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ไทย

วัฒนาพานิช.

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์. 2535. การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ การวางแผนและประเมินผลงาน.

(ม.ป.ท.).

- นภคล ขันการนาวิ. 2536. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตจังหวัดอุทัยธานี. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภคล กัทรากิจ. 2541. ทัศนะของผู้บริโภคอาหารริมบาทวิถีในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น โนเคล และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2533. ประชากรผู้สูงอายุไทย: ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนัก. 2538. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2538. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- นโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนัก. 2539. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- นโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนัก. 2540. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- นโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนัก. 2541. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- นโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนัก. 2542. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2542. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- นิรมล เปลี่ยนจรูญ. 2530. การใช้กัญชาและสารระเหยของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร: การเรียนรู้ทางสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิธิยา รัตนปนนท์. 2533. คาเฟอีน. วารสารวิทยาศาสตร์ 34 (4): 4-5.
- นิภารัตน์ จำสมบูรณ์. 2540. ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย: กรณีศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรุจน์ อุทธา, ชุมพล พลนรา และอุดม สุวรรณรงค์. 2541. หนึ่งทศวรรษกับการพัฒนางานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสู่แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคปลาดิบของคนไทยอีสาน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดขอนแก่น.
- นุจริย ชื่อภักดี. 2541. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนการเลี้ยงดูและ



- การรับรู้ภาวะสุขภาพจากการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมปฏิเสธการใช้สารเสพติดของนักเรียนประถมศึกษาในเขตเมืองจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้ำเพชร ชาญภิญโญและคนอื่นๆ. 2533. ปัญหาการคิดสารระเหยของเด็กและเยาวชนในเขตคูสิต. มุลินีวิจัยทางแพทย์ วชิรพยาบาล.
- บุญสม มาร์ติน และเทพนม เมืองแมน. 2542. หนังสือเรียนพลาณามัยศึกษาระดับพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์.
- เบญจา ยอดดำเนิน – แอ๊ดติ๊ก และคนอื่นๆ. 2542. พฤติกรรมสุขภาพ: ปัญหาตัวกำหนดและทิศทาง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประมะ สตะเวทิน. 2527. เทคนิคการสื่อสารเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกิน. ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องพฤติกรรมการกินของคนไทย, 50-62. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประมะ สตะเวทิน. 2538. หลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกิต โพธิอาสน์. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประดิษฐ์ ดันสุรต. 2544. การดำเนินชีวิตหลังเกษียณ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและคนอื่นๆ. 2541. การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเทือง สุนทรวิภาต. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูชายสังกัดสำนักงานประถมศึกษา อำเภอกอฉก จังหวัดสุพรรณบุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์ศักดิ์ เผือกสม. 2540. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายชาย โรงเรียนกนทราพิหาร อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงศ์เทพ จาริกจรรยานาม และคนอื่นๆ. 2533. การศึกษาตลาดเครื่องดื่มชูกำลังในเขตกรุงเทพมหานคร. ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัฒนาชุมชน, กรม. 2539. สรุปรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทยปี 2535-2538. กรุงเทพมหานคร: เสริมกิจ.
- พิทักษ์ เอ็มสวัสดิ์. 2538. ปัญหาทางสังคมและสุขภาพอนามัยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

ต่อภาวะการเจ็บป่วยของกรรกรก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานครชั้นใน. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

ภรณ์ วิวัฒนสมบูรณ์, ยุวลักษณ์ ชันอาสา, วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ บังอร ฤทธิภักดี. 2542.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา  
ตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขศึกษา 22  
(พฤษภาคม – สิงหาคม): 38 – 52.

ภัทรา บุญญเมฆานันท์ และคนอื่นๆ. 2536. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเนื้อดิบ: กรณีศึกษา  
ต. แม่ขาม อ. แม่สะเรียง จ. แม่ฮ่องสอน. แม่ฮ่องสอน: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด  
แม่ฮ่องสอน.

มณฑารพ จักกะพาก. 2543. การผลิตอาหารเพื่อโภชนาการ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1.

มาลิน แก้วมูณี. 2539. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ  
อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

เมธาพงษ์ บุญศรี. 2544. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสพติดฝิ่น (ยาบ้า)  
ของนักศึกษาวิชาชีพเพศชายในเขตอำเภอเมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาสังคมวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

มาลินี คิ้วทอง. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้น  
มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดโป่ง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญา  
บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุวลักษณ์ ชันอาสา. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียน  
หญิงในมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพเขตกรุงเทพมหานคร.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุ่งวิทย์ มาสงามเมืองและคนอื่นๆ. 2543. การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนไทย :  
สาเหตุและการป้องกัน. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลิขิต ศรีธาวิรัตน์. 2535. ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของกำนันผู้ใหญ่บ้านผู้ช่วยผู้ใหญ่  
บ้านต่อการดื่มสุรา ในเขตอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต คณะ  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง. 2528. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วรชัย ทองไทย และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ. 2537. ความรู้ การรับรู้ข่าวสารและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์: โครงการสำรวจประสิทธิผลของสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ต่อพฤติกรรมและค่านิยม พ.ศ. 2536. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรพันธ์ ลิ้มสินชะโรภาส และคนอื่นๆ. 2538. รายงานวิชาสัมมนาปัญหาสาธารณสุข (PHID 595) เรื่องพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจัยประชากรและสังคม, สถาบัน. 2544. รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานรอบที่ 1 (2543). นครปฐม: โครงการกาญจนบุรี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์, สถาบัน. 2539. รายงานผลการวิจัยความรู้และทัศนคติต่อการติดสารเสพติดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของเด็กและเยาวชนที่ด้อยไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจัยโภชนาการ, สถาบัน. 2532. รายงานการสัมมนาวิชาการ การปรับพฤติกรรมการกินของคนไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย โปษยะจินดา และคนอื่นๆ. 2537. การดื่มสุราและทัศนคติต่อการดื่ม: ผลการสำรวจชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร “ชุมชนบางซื่อและเขరుชาเล็ม”, สุรากับสังคมไทย\_10-17. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัฐวดี ปั้นศิริ. 2537. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจ ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีน้อย มาศเกษม และคนอื่นๆ. 2532. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุในชนบทอีสานศึกษา ณ หมู่บ้านตำบลยอดแกลง กิ่งอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริมา งามงามนิรัตน์. 2541. พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริโภคเครื่องดื่มชูกำลังของพนักงานขายในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเอกโภชนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์ข้อมูลคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อสาธารณสุขมูลฐาน. 2534. เหล่าปัญหาที่ยังไม่มีทางออก. จุลสารจากศูนย์ข้อมูล คปอส. ปีที่ 1 ฉบับ 2 (มกราคม-มีนาคม): 5-9
- ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2541. ข้อมูลและสถิติการสูบบุหรี่ของคนไทย. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 6 (มกราคม – ธันวาคม): 82 – 90.
- สมภพ ห่วงทอง. 2538. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเอกโภชนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมหมาย สุพรรณภพ. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

- ปีที่ 6 ในจังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัย สาขาประชากร บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมชัย ชื่นตา. 2528. การศึกษาถึงพฤติกรรมและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนชายระดับต่ำกว่าอุดมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิทยาการระบอบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชัย บวรกิตติ, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ และ กฤษฎา ศรีสำราญ. 2542. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. นครปฐม: ศูนย์เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).
- สมชาย แดงปาน. 2542. ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มชูกำลังของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตน้ำตาลในเขตจังหวัดราชบุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมัย อภาภิรม. 2540. จากความป่วยไข้ถึงแนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สนิท สมัครการ และคนอื่นๆ. 2530. รายงานวิจัยพฤติกรรมและทัศนคติเกี่ยวกับยาเสพติดของคนหนุ่มสาวไทย. สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สถิตีแห่งชาติ, สำนักงาน. 2539. รายงานเบื้องต้นผลการสำรวจข้อมูลอนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. 2539. เอกสารโรเนียว.
- สถิตีแห่งชาติ, สำนักงาน. 2543. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจครัวเรือน. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สถิตีแห่งชาติ, สำนักงาน. ม.ป.ป. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้น การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สรรพสามิต, กรม. 2539. การสัมมนาการพัฒนาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่มีแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: กรมสรรพสามิต.
- สรรพสามิต, กรม. 2542. รายงานประจำปี 2542. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการคลัง.
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2539. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) เรื่องระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สาคร พุทธปาน, ชลอสรี แดงเปี่ยม และจ่านงค์ พุทธปาน. 2535. การปรับปรุงพฤติกรรมการรับประทานลาบดิบของชาวบ้าน กรณีศึกษาหมู่บ้านอ่องกอก ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมืองจังหวัดลำพูน. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริวรรณ เคนผาพงศ์. 2543. การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ใน

- จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาประชากรศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาวรรณ ชันชมิตร. 2538. พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6  
สังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ ในภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท  
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพจน์ จักขุทิพย์. 2521. ปัจจัยบางประการที่มีต่อการประพฤติที่ไม่สมควรแก่สถานภาพนัก  
เรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรัชย์ อ้วนพี. 2536. ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชน ในเขตอำเภอ  
อินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรศักดิ์ พุกโสภา. 2542. การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจับขี้รถจักรยานยนต์  
ของผู้ประสบอุบัติเหตุในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ รุ่งวิสัย. 2535. สุรากับปัญหาสังคม. มปท.
- สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. 2536. ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทย  
วัฒนาพานิช.
- สุพัฒน์ สาเพิ่มทรัพย์. 2533. ความรู้ ทัศนคติ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน  
ชายในเขตอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา สุภาพ. 2543. สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. พิมพ์ครั้งที่  
11. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วิณา ศิริสุข และ มัลลิกา มัติโก. 2542. รายงานการวิจัยเรื่อง  
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแล  
ตนเองด้านสุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. พิมพ์ครั้งที่ 1.  
กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิชาการพิมพ์.
- สุมณฑา วัฒนสิทธิ์. 2543. ความปลอดภัยของอาหาร (การใช้ระบบ HACCP). พิมพ์ครั้งที่ 1.  
กรุงเทพมหานคร: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- สุวัฒนา วงษ์กะพันธ์. 2531. เอกสารการสอนชุดวิชาธุรกิจการโฆษณา หน่วยที่ 1-5. พิมพ์  
ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- โสรัตน์ กลับวิลา. 2541. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดของนักเรียน  
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรรถัย ลิ่มตระกูล. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิรักษ์ รัตนสุวัจน์. 2538. การเปรียบเทียบบริโภคนิสัยความคาดหวังในผลของการหยุดสูบบุหรี่และความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการหยุดสูบบุหรี่ของคณงานชายในโรงงานแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา วิชาเอกโภชนวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อดิศวร์ หลายชูไทยและคนอื่นๆ. 2545. สุราในสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อดุลย์ จาตุรงค์กุล. 2533. พฤติกรรมผู้บริโภคร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. 2537. การผลิตและการดื่มสุราในประเทศไทย, สุรากับสังคมไทย: ข้อสนเทศและผลงานวิจัย. มปท.
- อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา และกอบกุล สามัคคี. 2543. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารี ปัญญากรณ์. 2535. ความตระหนักถึงปัญหาพลาสติกเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของแม่บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉราวรรณ สร้อยทอง. 2542. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำนาจ กาจันะ และคนอื่นๆ. มปป. การศึกษาอนาคตสาธารณสุข: โรคและการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในปี 2020 (ฉบับร่าง). นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- อุษณีย์ พึ่งปาน, วิชัย โปษยะจินดา และ วิภา ด้านธำรงกุล. 2544. มองอนาคต: การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเสพติดในประเทศไทย. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2544, 213-230. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ภาษาอังกฤษ

- David S. Gochman. 1988. Health Behavior Emerging Research Perspectives. New York: Plenum Press.
- East – West center. 2002. The future of Population in Asia. United States of America by Hagadone Printing Hawaii.
- Freedman, R., Hawley, A. H. , Landecker, W.S. , and Miner, H. M. 1952. Principle of Sociology. New York. Henry and Company, Inc.
- Kasl and Cobb. 1966. Health behavior, illness behavior and sick-role behavior: I. Health and illness behavior. Archives of Environmental Health 12: 246-266 and 531-541.
- Maddox, G. L. and B. C. McCall. 1964. Drinking Among Teenagers. New Jersey: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Pender, N. J. 1993. Health Promotion in Nursing Practice. 2 nd ed. Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange.
- Strate, L. 1992. Beer Commercials: A manual on masculinity. In S. Cralg(ed.), Men, masculinity, and the media, pp. 78-92. Newbery Park: sage.

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ตารางที่ 30** เปรียบเทียบข้อมูลต่างๆ ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไประหว่างสามะโนประชากร  
จังหวัดกาญจนบุรี พ.ศ. 2543 และข้อมูลโครงการกาญจนบุรี รอบที่ 1 พ.ศ. 2543

ลักษณะของข้อมูล	การเปรียบเทียบ	
	สามะโนประชากร	โครงการกาญจนบุรี
1. สัดส่วนประชากรชาย (ร้อยละ)	48.8	45.4
2. สัดส่วนประชากรหญิง (ร้อยละ)	51.1	54.6
3. อัตราส่วนเพศ (ชาย : หญิง)	95.5	83.2
4. ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ย	3.8	4.2

**ตารางที่ 31** การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามประเภทสิ่งเสพติด

	เครื่องดื่มชูกำลัง	เบียร์	สุรา/ยาแดง	บุหรี่
เครื่องดื่มชูกำลัง	100.0 (6,417)			
เบียร์	58.7 (3,763)	100.0 (9,115)		
สุรา/ยาแดง	46.2 (2,966)	60.3 (5,494)	100.0 (7,558)	
บุหรี่	54.7 (3,509)	48.0 (4,371)	60.2 (4,553)	100.0 (8,893)

จากตารางที่ 31 แสดงให้เห็นว่าประชากรมีการบริโภคสิ่งเสพติดจำนวน 2 ประเภทแต่ละคู่เป็นเช่นไรบ้าง โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีการดื่มสุรา/ยาแดงถึงร้อยละ 60.2 ทั้งนี้ผู้ที่ดื่มสุรา/ยาแดงก็จะมีการดื่มเบียร์ ร้อยละ 60.3

**ตารางที่ 32** งบประมาณที่ใช้ในการโฆษณาทางสื่อต่างๆ ของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ระหว่าง  
เดือนมกราคม – เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2533 (หน่วย: ล้านบาท)

	โทรทัศน์	หนังสือพิมพ์	นิตยสาร	โรงภาพยนตร์	รวม
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	163.2	898.9	5.3	0.8	307.3

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อสาธารณสุขมูลฐาน, 2534: 5

ตารางที่ 33 แสดงงบประมาณที่ใช้ในการโฆษณาทางสื่อต่างๆ ของเครื่องดื่มชูกำลังทั้งหมด ในช่วงเดือน มกราคม 2540 (หน่วย: พันล้านบาท)

	โทรทัศน์	หนังสือพิมพ์	นิตยสาร	โปสเตอร์	รวม
เครื่องดื่มชูกำลัง	49.56	0.34	1.65	1.29	52.83

ที่มา : คู่แข่งดาต้าแบงก์, 2540: 8

ตารางที่ 34 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามรายได้ อาชีพ และการศึกษา

อาชีพและการศึกษา	รายได้ของประชากร (บาทต่อเดือน)			
	ไม่มีรายได้	1-9,999	10,000 ขึ้นไป	รวม
<b>ไม่ได้รับการศึกษา</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	100.0	0.0	0.0	100.0 (1,407)
ในภาคเกษตรกรรม	0.0	82.9	17.1	100.0 (2,427)
นอกภาคเกษตรกรรม	0.0	86.0	14.0	100.0 (643)
<b>ประถมศึกษาปีที่ 1-6</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	100.0	0.0	0.0	100.0 (2,976)
ในภาคเกษตรกรรม	0.0	76.5	23.5	100.0 (8,398)
นอกภาคเกษตรกรรม	0.0	80.9	19.1	100.0 (3,907)
<b>มัธยมศึกษาปีที่ 1-6</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	100.0	0.0	0.0	100.0 (2,452)
ในภาคเกษตรกรรม	0.0	68.0	32.0	100.0 (1,418)
นอกภาคเกษตรกรรม	0.0	69.6	30.4	100.0 (2524)
<b>อุดมศึกษาขึ้นไป</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	100.0	0.0	0.0	100.0 (172)
ในภาคเกษตรกรรม	0.0	72.7	27.3	100.0 (55)
นอกภาคเกษตรกรรม	0.0	37.9	62.1	100.0 (989)

ตารางที่ 35 สหสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ของประชากร

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. MALE									
2. SINGLE	.058**								
3. MARRIE	.049**	-.763**							
4. MIX	-.151**	-.169**	-.508**						
5. NO_OCC	-.173**	.185**	-.245**	.128**					
6. AGRI	.093**	-.166**	.196**	-.079**	-.517**				
7. OUT_AGRI	.060**	.011**	.013**	-.035**	-.370**	-.570**			
8. URBAN	-.026**	.092**	-.100**	.030**	.055**	-.343**	.339**		
9. EDUCATION	.049**	.192**	-.124**	-.067**	.071**	-.108**	.054**	.101**	
10. INCOM	.017**	-.011	.016**	-.010	-.048**	.011	.035**	.022**	.002

\*\* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.01

ตารางที่ 36 การกระจายร้อยละของประชากรจำแนกตามแหล่งที่รับข่าวสารด้านสุขภาพ

การรับข่าวสารด้านสุขภาพ	ร้อยละ (จำนวน)
ไม่เคยรับข่าวสารเลย	12.4 (3,448)
เพื่อนร่วมงาน	11.1 (3,109)
วิทยุ	13.4 (3,747)
โทรทัศน์	16.9 (4,708)
โปสเตอร์/แผ่นพับ/ใบปลิว	14.5 (4,045)
หนังสือพิมพ์	15.7 (4,380)
บุคลากรทางการแพทย์	16.0 (4,464)
รวม	100.0 (27,901)

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ ศิวีไล กุศลรัตนมณีพร

เกิด วันที่ 17 มกราคม 2519

การศึกษา      ระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนสตรีศรีสุริโยทัย  
 ระดับปริญญาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยา-มานุษยวิทยา  
 จากคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ทุนที่ได้รับ      ทุนผู้ช่วยสอนจากบัณฑิตวิทยาลัย  
 ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์จาก ทุนมูลนิธิศาสตราจารย์ดร. วิศิษฐ์  
 ประจวบเหมาะ



สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย