

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยองค์ความรู้ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 แอลกอฮอล์กับสังคมไทย ความเชื่อและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป
- 2.2 ความรู้และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์
- 2.3 วิวัฒนาการกฎหมายมาตรการ และแนวทางในการควบคุมและแก้ไขการบริโภคแอลกอฮอล์

ในประเทศไทย

- 2.4 พัฒนาการของวัยรุ่นกับการดื่มแอลกอฮอล์
- 2.5 การเสริมสร้างทักษะชีวิต เกราะป้องกันแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น
- 2.6 แรงสนับสนุนจากสังคม กระบวนการมีส่วนร่วมที่สำคัญ
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แอลกอฮอล์กับสังคมไทย ความเชื่อและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป

มนุษย์รู้จักการทำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาช้านาน มีประวัติสืบค้นได้จากการวิจัยว่า นักโบราณคดีได้ขุดพบภาชนะเก่าคล้ายหม้อมีอายุประมาณ 7,000 ปีที่โบราณสถานวิหารโกดินของชนเผ่าซูเมอร์เรียนส์ (Sumerians) ที่มีเศษผงเป็นเศษเหล้าไวน์ติดอยู่ (สมาน พุตระกูล, 2548) สมัยก่อนมีการผลิตในครัวเรือนเพื่อการบริโภคเอง ไร่ต้นรับแขก แต่การดื่มสุราเพื่อจำหน่ายเริ่มเกิดขึ้นในเมืองไทยโดยชาวจีนที่อพยพมาตั้งรกราก เรียกว่า “เหล้าโรง” (พระไพศาล วิสาโล, 2537 อ้างถึงในนิรุทธิ์ อุทธาและคณะ, 2548) โดยมีมาตั้งแต่สมัยอยุธยาจนถึงสมัยรัตนโกสินทร์ เมื่อรัฐเก็บภาษีอากรสุรา ชาวจีนก็เป็นผู้ประมูลผูกขาด ชาวจีนจึงมีอิทธิพลต่อแบบแผนการบริโภคสุรา เช่น มีการตวงสุราโดยใช้คำว่า “ก๊ง” และ “ก๊ก”(อดีตวร หลายชูไทยและคณะ, 2544)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปรากฏการณ์และเป็นสิ่งเชื่อมโยงสังคมและวัฒนธรรมไทยมานาน ในสมัยก่อน แสดงให้เห็นถึงการมีงานบุญ การเฉลิมฉลองงานสงกรานต์ ปีใหม่ การสังสรรค์พบปะเพื่อนฝูง การต้อนรับญาติสนิทที่เคารพนับถือหรือใช้ต้องยาสมุนไพร โดยมีการใช้ภูมิปัญญาในการผลิต เช่น สาโท กระแช่สุรากลั่น และบางมุมมองยังกลายเป็นสื่อที่เร้าเร้าวิถีชีวิต พิธีกรรมของชุมชนอย่างไม่เสื่อมคลาย (อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2548) แต่อีกมุมมองหนึ่งถ้าดื่มจนไม่มึนสติ กลายเป็นคน “ซี้เหล้า” ก็จะถูกมองอย่างไร้ศักดิ์ศรีหรือถูก รังเกียจ ในไตรภูมิพระร่วงกล่าวว่า การดื่มเหล้าเป็นบาป ตกนรก เกิดเป็นผีเสื้อ 500 ขาติ สุนัขบ้า 500 ขาติ เกิดเป็นคนก็เป็นบ้า (อ้างถึงในนิรุทธิ์ อุทธาและคณะ, 2548) หรือพระพุทธองค์ทรงบัญญัติไว้ในอภัยมุข 6 ถึงศีลข้อ 5 ว่า “เว้นจากการดื่มสุรา เมรัยและสิ่งเสพติด” เพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้ชาวพุทธยึดถือปฏิบัติ ให้เกิดความปลอดภัย และสุขสงบ

ต่อมาเมื่อโลกมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามพลวัตของสังคม มีการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อปรับปรุงการผลิตทั้งรูปแบบและรสชาติให้หลากหลายชนิด การดื่มในงานประเพณีได้ลดบทบาทลง แต่การดื่มเพื่อสังสรรค์มีมากขึ้นตามสภาวะเศรษฐกิจที่เติบโต (อดีตวร หลายชูไทยและคณะ, 2544) การเชื่อมถึงกันของการสื่อสารและเทคโนโลยี ทำให้แอลกอฮอล์กลายเป็นค่านิยมที่แสดงให้เห็นถึงฐานะของผู้บริโภค การมีสังคม การปิดบังความเขินอาย คลายเหนื่อย หรือความโศกเศร้าและสังคมได้ยอมรับการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้หญิงมากขึ้น จะพบเห็นหญิงวัยกลางคนหรือวัยรุ่นถือขวดเหล้า เบียร์ เดินประกอบเพลงเร้าใจในวันสงกรานต์ ปีใหม่หรือ

งานสมโภชน์รื่นเริงต่างๆ ได้ทั่วไป ข้อมูลจากการสำรวจ พบว่าร้อยละ 23.3 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของ ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี ยังไม่เลิกดื่มแอลกอฮอล์ โดยร้อยละ 7.6 ยังดื่มประจำ ร้อยละ 10.4 ดื่มนานๆ ครั้ง อยู่ในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท และยังมีความเชื่อเกี่ยวกับสรรพคุณในการรักษาโรค เช่น ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด บำรุงสมอง ทำให้เจริญอาหาร ฆ่าพยาธิหรือแม้แต่การเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) จึงได้มีการศึกษาวิจัยมากมายเพื่อสนับสนุนแนวคิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพอประมาณจะมีผลดีต่อสุขภาพหลายประการ โดยเฉพาะผลต่อหลอดเลือดหัวใจ ทำให้อายุยืนขึ้น ได้กล่าวว่า เหล้าช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้เลือดสูบฉีดแรงขึ้น และระยะแรกของการดื่มทำให้กดสมองบางส่วน ทำให้คิดคึก สนุกสนาน จึงทำให้เข้าใจว่าบำรุงหัวใจ นายแพทย์ศรีรังสรรค์ หะวานนท์ได้ศึกษาและพบว่า การไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลยไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ จึงยังเป็นข้อสงสัยของนักวิชาการและแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแล รักษาและส่งเสริมสุขภาพ เพราะมีปัจจัยภายนอกบริบทมากมาย เช่น อายุ เพศ สภาพร่างกาย วิถีชีวิต ธรรมเนียม ฯลฯ ที่มีผลกระทบต่อข้อมูลดังกล่าว จึงมีการศึกษาวิจัยเพื่ออธิบายเรื่อยมา เช่น ในยุโรปและสหรัฐอเมริกาที่ระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยกับการไม่ดื่มเลย ไม่มีผลแตกต่างกันทางด้านสุขภาพที่เด่นชัด สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการควบคุมปัจจัยภายนอกพบว่า ไม่ปรากฏว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพอประมาณ จะมีผลต่อสุขภาพหรืออายุขัยใดๆ ชัดเจน รวมทั้งไม่มีหลักฐานว่า การไม่ดื่มแอลกอฮอล์เลย จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ แต่ยังมีงานวิจัยที่น่าสนใจของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1997 ที่ใช้เวลาศึกษา 15 ปีได้ข้อสรุปว่า ผู้ชายที่ดื่มแอลกอฮอล์มีอัตราการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าผู้ชายที่ไม่ดื่ม แต่การวิจัยดังกล่าวก็ไม่สามารถสรุปว่าแอลกอฮอล์มีผลต่ออัตราการเกิดโรคลดลง เพราะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย และอาจยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับ มะเร็ง หัวใจและโรคอื่นๆ อีกมากมาย (สมาคมป้องกันปัญหาสุรา, 2548)

2.2 ความรู้และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ได้ให้ความหมายว่า แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่มีฤทธิ์กล่อมประสาทคล้ายบาร์บิทูเรต พิษทำให้เมาหรือตายได้ถ้าดื่มปริมาณมาก ออกฤทธิ์รบกวนจิตประสาท คนที่ดื่มนานๆ จะต้องเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ สุขภาพทรุดโทรม หากหยุดทันทีอาจมีอาการกระสับกระส่าย เพ้อคลั่ง ประสาทหลอน แสดงอาการถอนยาเหมือนยาเสพติดชนิดอื่น

แอลกอฮอล์ เป็นสารอินทรีย์ชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเป็นของเหลว กลิ่นฉุน ระเหยง่าย มีจุดเดือด 78.5 องศาเซลเซียส เกิดจากการหมักแป้งหรือน้ำตาลผสมยีสต์ (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) เรียกว่าเอธิลแอลกอฮอล์หรือเอทานอล (Ethanol) ประกอบด้วยคาร์บอน 2 อะตอม ไฮโดรเจน 6 อะตอม และออกซิเจน 1 อะตอม (เดวิด รูเบน, 2538) สามารถดื่มกินได้ ทำให้มีเมตามตามความแรงของดีกรี ตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ควรมีเอธิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่เกิน 60 % ซึ่งเหมือนกับข้อกำหนดสากลทั่วไป แต่ในปัจจุบันประเทศไทยกำหนดได้ถึง 80 % (เครือข่ายองค์กรงดเหล้า, 2547) ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดมีความแรงแตกต่างกันออกไปตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่ผสมอยู่ โดย 1 ดีกรี จะมีปริมาณแอลกอฮอล์ผสมอยู่ 0.8 % หรือ 8 กรัมต่อเครื่องดื่ม 1 ลิตร (อ้างถึงใน นิรุจน์ อุทธา, 2548)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลายประเภท ตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม มอก. 2516 แบ่งได้ดังนี้ (อ้างถึงใน นิรุจน์ อุทธา, 2548)

1) เหล้าแช่ (Fermented Liquors) หมายถึง สุราที่ยังไม่ได้กลั่น รวมถึงสุราแช่ที่ผสมกับสุราซึ่งกลั่นแล้ว แต่ยังมีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 15 ดีกรี โดยการนำวัตถุดิบที่เป็นแหล่งน้ำตาล เช่น

จากพืช ข้าว ข้าวโพด องุ่น และผลไม้ต่าง ๆ มาผสมกับตัวยีสต์ หรือตัวลำหมัก โดยปิดฝาไม่ให้อากาศเข้า เมื่อหมักแล้วจะได้สารเอธานอลหรือแอลกอฮอล์และมีก๊าซผสมมาด้วย เมื่อทิ้งไว้ปริมาณของแอลกอฮอล์จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อสูงขึ้นจนถึง 14 เปอร์เซ็นต์ ตัวยีสต์จะเมาแอลกอฮอล์จนตายไป กระบวนการหมักก็จะหยุดลงเพียงเท่านั้น เช่น สาโท กระแช่ อุ (ความแรงของแอลกอฮอล์ 8-10 ดีกรี) เบียร์ (ความแรง 4-6 ดีกรี ได้จากเมล็ดพืช ข้าวมอลต์ ข้าวบาร์เลย์งอก หรือดอกฮอป จะมีคุณค่าทางอาหารต่ำแต่มีแคลอรีสูง) ไวน์ (ไวน์หวาน 15 ดีกรี ไวน์ขาว 15 ดีกรี ไวน์แดง 6-14 ดีกรีและ ไวน์อย่างแรง 20 ดีกรี) ถ้ารวมทั้งสองชนิด เรียก เวอร์มูก ชนิดสุดท้าย รวมกันทั้งสองชนิดผสมกับสุรากลั่นเรียกว่า เซอร์รี่

2) สุรากลั่น (Distilled Liquors) ได้มาจากการหมักแล้วกลั่นแยกแอลกอฮอล์จากสำ โดยอาศัยความร้อนจากไอน้ำ เพื่อแยกเอาแอลกอฮอล์ ซึ่งมีจุดเดือดต่ำกว่าน้ำให้ระเหยกลายเป็นไอ แล้วจึงนำไอแอลกอฮอล์ที่ได้ ส่งเข้าเครื่องควบแน่น ทำให้ไอกลายเป็นของเหลว (จุดเดือดของแอลกอฮอล์อยู่ที่ 78.5 องศาเซลเซียส ส่วนจุดเดือดของน้ำ อยู่ที่ 100 องศาเซลเซียส) การให้ความร้อนแก่น้ำด้วยไอน้ำ ทำให้แอลกอฮอล์ในน้ำระเหยกลายเป็นไอ แต่ก็จะมีน้ำระเหยปนขึ้นมากับไอแอลกอฮอล์ด้วย ซึ่งความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในไอจะเข้มข้นกว่าในของเหลว ถ้าต้องการแอลกอฮอล์เปอร์เซ็นต์สูง ๆ นั้น ต้องควบแน่นหลาย ๆ ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งความเข้มข้นของแอลกอฮอล์จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ แต่ก็ไม่สามารถกลั่นให้ได้ความเข้มข้นถึง 100 % เพราะเมื่อกลั่นจนมีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณ 96 % ความเข้มข้นของไอแอลกอฮอล์ที่ระเหยออกมาจากของเหลวจะเท่ากับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในของเหลว เช่น สุราขาวหรือเหล้าโรง (สุรากลั่นที่ปราศจากเครื่องย้อมหรือสิ่งผสมปรุงแต่ง มีความแรงของแอลกอฮอล์ 35-40 ดีกรี) ได้มาจากการกลั่นโดยตรง ถ้าปรุงแต่งสี กลิ่น ความแรง เช่น สุราจีนหรือเชียงซุน (มีความแรง 30 ดีกรีใช้แช่กับผลไม้) และสุราปรุงพิเศษ เช่น แม้โขง แสงโสม กวางทอง พงษ์ทอง และกรรมวิธีปรุงแต่งเพื่อให้สามารถเก็บไว้ได้นาน เช่น ขมเปญ (16 ดีกรี) วิสกี้ฝรั่ง (42-53 ดีกรี ถ้าเป็นวิสกี้ไทย มีความแรง 40 ดีกรี) ยิน (44 ดีกรี) บรันดี (45 ดีกรี) วอดก้า ริเคอร์ (35-60 ดีกรี) และมีความแรงสูงสุดคือ รัม (60 ดีกรี)

2.2.2 ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

2.2.2.1 การออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์

เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ จะถูกส่งลงไปตามหลอดอาหาร และถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหาร ประมาณร้อยละ 20-30 ของแอลกอฮอล์ที่ดื่มทั้งหมด ที่เหลือจะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กตอนต้นหรือเรียกว่า ดูโอเดนิม (Duodenum) แต่ถ้ามีอาหารอยู่ในกระเพาะอาหาร จะทำให้เกิดการดูดซึมช้าลง โดยร้อยละ 1 ของแอลกอฮอล์ไม่ถูกย่อย แต่ถูกขับออกทางปัสสาวะและลมหายใจ ที่เหลือจะถูกทำลายที่ตับ โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาทีจึงจะมีการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดและสามารถตรวจระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดได้ และใช้เวลา 20-30 นาทีจึงจะกระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อทั้งหมด ผลการออกฤทธิ์ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ผู้หญิงจะมีการดูดซึมแอลกอฮอล์สู่กระแสเลือดสูงกว่าผู้ชายถึง 1 ใน 3 เท่าถ้าดื่มเหล้าในปริมาณเท่ากันกับผู้ชายที่มีน้ำหนักตัวเท่ากัน เนื่องจากผู้หญิงย่อยแอลกอฮอล์ในกระเพาะได้น้อยกว่าผู้ชาย เมื่อแอลกอฮอล์ดูดซึมที่ตับทำให้เกิดผลในตับทันที ผลต่อระบบประสาทและสายตานั้นแม้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะลดลงจนถึงศูนย์ แต่อาการยังคงอยู่ เช่น อาการเวียนศีรษะ ตาลาย อ่อนเพลียเพลียแรง จนอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ แต่ขึ้นกับบุคคลที่มีความทนทานต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์หรือขึ้นกับปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป จะมีอาการแสดงต่างกันดังนี้

ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	อาการ	อาการแสดง
30	เริ่มเมา	สนุกสนาน ร่าเริง หน้าแดง ครี้มอกครี้มใจ
50-150	เมาน้อย	กตส่วนยังคิด การมองเห็นเสียเล็กน้อย การทำงานร่วมกันของ กล้ามเนื้อเสียเล็กน้อย ระยะตัดสินใจเริ่มช้าลง (ถือว่าผิด กฎหมาย ไม่ควรขับรถ ผู้ฝ่าฝืนตาม พรบ.จราจรทางบกปี 2535 มีโทษจำคุกไม่เกิน 3 เดือน ปรับตั้งแต่ 2,000 ถึง 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ)
150-300	เมาปาน กลาง	การมองเห็นเสียชัดเจนประสาทรับรู้เสีย กล้ามเนื้อ ทำงานไม่สัมพันธ์กัน ระยะตัดสินใจช้าลง พูดอ้อแอ้
300-500	เมามาก	กล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กันมากขึ้น ตาพร่าหรืออาจเห็นเป็น 2 ภาพ ชิม น้ำตาลในเลือดต่ำ อุณหภูมิร่างกายต่ำ ตาเหล่เข้ากัน แขนขาเกร็ง ในเด็กอาจพบอาการชักเกร็งมากกว่าผู้ใหญ่ แอลกอฮอล์ระดับนี้อาจตายได้เนื่องจากกดศูนย์ควบคุมการ หายใจ

ภาพที่ 1 ผลของแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อสมอง (บันทึก นราภิรมย์, มปป.; 2547; วรุณี เจริญศิริ, 2548)

2.2.2.2 ผลของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย

พบว่าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยในอันดับที่ 3 ของคนไทย รองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการสูบบุหรี่ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ดื่มประจำทุกวัน ในปริมาณ 20.0-39.9 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ หรือเทียบได้กับเบียร์ 1-2 ขวดต่อวัน จะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ (Gutjahr et al., 2001 ; Ridolfo & Stevenson, 2001 อ้างจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548)

- แท้ง ผู้ดื่มเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่ดื่ม 1.76 เท่า
- มารดาคลอดทารกน้ำหนักต่ำ เสี่ยง 1.40 เท่า
- มะเร็งปากและช่องปาก เสี่ยง 1.85 เท่า
- มะเร็งหลอดอาหาร เสี่ยง 2.38 เท่า
- มะเร็งตับ เสี่ยง 3.03 เท่า
- มะเร็งเต้านม ถ้าอายุน้อยกว่า 45 ปีเสี่ยง 1.41 เท่า แต่ถ้ามากกว่า 45 ปีเสี่ยง 1.38 เท่า
- มะเร็งอื่นๆ เสี่ยง 1.30 เท่า
- ความดันโลหิตสูง เสี่ยง 2 เท่า
- ตับแข็ง เสี่ยง 9.50 เท่า
- หัวใจเต้นผิดปกติ เสี่ยง 2.23 เท่า

ซึ่งผลกระทบต่อระบบและการทำงานของร่างกาย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวมีดังนี้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548)

1) ต่อหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง การไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 10 ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาหลอดเลือดแข็งตัว เกิดอาการหลอดเลือดแตกและเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะถ้าเป็นบริเวณที่สำคัญ เช่น สมองหรือกล้ามเนื้อหัวใจ

2) ต่อระบบประสาท ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ที่ดื่มจัด จะเกิดอาการชา ปวด หรือเจ็บตามปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง ซึ่งเป็นผลโดยตรงของแอลกอฮอล์ และภาวะพร่องวิตามินที่มีต่อระบบประสาท ในบางคนอาจมีอาการลักษณะนี้อย่างถาวรได้ แม้จะหยุดดื่มไปแล้วก็ตาม

3) ต่อเพศสัมพันธ์ อาจทำให้สูญเสียการยับยั้งชั่งใจและเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาพบว่า การเริ่มต้นการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กหญิงเริ่มจากการดื่มไวน์ชนิดอ่อนๆ ส่วนเด็กผู้ชายเริ่มจากการดื่มเบียร์ (ยูทธ แก้วควรซุ่ม, 2548) ถ้าดื่มมากจะลดการผลิตฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) มากขึ้น ทำให้ลูกอัณฑะและท่อนำเชื้อฝ่อ ปริมาณน้ำอสุจิและตัวอสุจิลดลง ถ้ายังดื่มต่อไปเรื่อย ๆ จะสูญเสียความสามารถทางเพศไปชั่วคราว โดยจะยับยั้งสัญญาณประสาท ทำให้อวัยวะเพศชายไม่สามารถแข็งตัวได้ การดื่มปริมาณมาก ๆ อาจทำให้ผู้ชายเป็นหมันหรือกล้ามเนื้อหมดแรงได้ ส่วนในผู้หญิงการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นประจำอาจส่งผลให้ไม่มีประจำเดือน รังไข่มีขนาดเล็กลง เยื่อบุโพรงมดลูกผิดปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มีบุตรยาก นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดการแท้งบุตรในขณะตั้งครรภ์ได้

4) ต่อกระดูก ในคนหนุ่มสาวจะทำให้โครงกระดูกไม่สามารถยืดจนสุดตัวได้ และกระดูกกร่อนลง ทำให้สูญเสียมวลกระดูกตามธรรมชาติอย่างรุนแรง

5) ต่อการนอนหลับ หลายคนอาจเชื่อว่าแอลกอฮอล์ช่วยให้หลับสบาย จึงดื่มเพื่อช่วยให้ตนเองหลับได้ดีขึ้น แต่ความจริงคือ แอลกอฮอล์ ทำให้เกิดความรู้สึกง่วงได้ในช่วงแรกๆ หลังจากนั้นเมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายจะถูกเผาผลาญโดยตับ จะทำให้เกิดสารเคมีที่มีผลกระทบต่อนอน ทำให้เกิดการตื่นตัว จึงมีผลต่อการหลับช่วงแรกเท่านั้น บางคนจึงติดแอลกอฮอล์เพราะถ้าไม่ดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลง จะทำให้นอนไม่หลับ ฝันร้าย และกระสับกระส่ายได้

6) ต่อสมอง การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้วิตามินบี 1 ในร่างกายลดลง และมีพิษต่อเซลล์สมองโดยตรง ทำให้ผู้ติดแอลกอฮอล์เกิดอาการสมองเสื่อมและสมองบวมได้ (ในบางรายหากได้รับการรักษาไม่ทัน อาจทำให้กลายเป็นโรคสมองเสื่อมอย่างถาวรได้) จากการสำรวจเอแบคโพลล์ พบว่าร้อยละ 33.9 ของคนที่ดื่มเบียร์คิดว่าตนเองยังสามารถขับชี่รดได้อย่างปลอดภัยหลังจากดื่มเบียร์ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป และร้อยละ 51.8 ของคนที่ดื่มเหล้า (สุรากลั่น) คิดว่าตนเองยังสามารถขับชี่รดได้อย่างปลอดภัยหลังจากดื่ม 1 แบนขึ้นไป (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย: อ้างจากสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุมากมาย โดยแอลกอฮอล์จะทำลายความสามารถในการขับชี่ ทำให้การมองเห็นแคบลง มองเห็นภาพซ้อน รับรู้การเคลื่อนไหวน้อยลง และสมองมีการสั่งการไปยังกล้ามเนื้อลดลง ในสภาวะคับขัน อาจทำให้ตะเบรกได้ช้าและหักรถหลบได้ช้ากว่าปกติ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังทำให้สมองส่วนเล็กที่เรียกว่า ซีรีเบลลัม (cerebellum) เสื่อมลง ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการทรงตัว ทำให้การยืนและการเดินไม่มั่นคง

7) ต่อทารกในครรภ์ ได้พบความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ในขณะตั้งครรภ์ (แม้ปริมาณเพียงเล็กน้อย เช่น การดื่มเหล้ายาดอง) กับความผิดปกติของทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์สามารถผ่านรกไปสู่เด็กในครรภ์ได้ง่าย ซึ่งอาจมีผลทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาและเกิดการแท้งได้ นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติเหล่านี้ได้ เช่น ภาวะปัญญาอ่อน กะโหลกศีรษะเล็ก น้ำหนักแรกคลอดต่ำ และน้ำหนักตัวในช่วงพัฒนาการน้อยกว่าปกติ ร่างกายเล็ก มีความผิดปกติของใบหน้า และในขณะที่ยังโตขึ้น สามารถพบปัญหาทางพฤติกรรมต่างๆ เช่น สมาธิสั้น มีความบกพร่องในการใช้สติปัญญา เกิดความผิดปกติของหัวใจโดยกำเนิดได้ และเนื่องจากข้อมูลในปัจจุบันนี้ยัง

ไม่สามารถบอกได้ว่า ปริมาณแอลกอฮอล์ในระดับปลอดภัยจะไม่ทำให้เกิดผลต่างๆต่อทารกในครรภ์คือ ปริมาณเท่าไร ดังนั้นการดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างการตั้งครรภ์จึงควรหลีกเลี่ยงเป็นอย่างยิ่ง

8) ต่อดับ เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นสารพิษ จึงถูกทำลายและกำจัดสารพิษที่ตับ ฉะนั้นเมื่อดื่มปริมาณมากเป็นประจำและติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เซลล์ตับถูกทำลายและมีไขมันเข้าไปแทนที่ เกิดอาการตับอักเสบเรื้อรังและตับแข็ง ทำให้ตับวาย และเสียชีวิตในที่สุด

9) ต่อกะเพาะอาหารและลำไส้ จะกระตุ้นน้ำย่อยในกระเพาะอาหารให้หลั่งออกมามากขึ้น อาจเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ และมีอาการปวดแสบร้อน ท้องอืดท้องเฟ้อได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรค มักไม่รับประทานอาหารเช้าหรือรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ยังเป็นการกระตุ้นให้เกิดแผลในกระเพาะได้มากขึ้น จนถึงขั้นกระเพาะทะลุ และมีเลือดออก ถ้ามีอาการรุนแรงอาจเกิดอาการช็อคและเสียชีวิตได้

10) ต่อดไต ทำให้กระตุ้นการทำงานของไตให้มีการขับแอลกอฮอล์ออกมาทางปัสสาวะบ่อย และมาก อาจมีผลให้เป็นโรคไตวายได้

11) ต่ोजิตประสาทและอารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในปริมาณที่มากจะทำให้เกิด “การติด” ขึ้น โดยการติดนั้นแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ติดทางกาย และติดทางใจ ลักษณะของการติดทางกาย จะสังเกตได้เมื่อมีการหยุดดื่ม หรือลดปริมาณการดื่มลงภายใน 24 ชั่วโมง โดยแสดงอาการแปรปรวนทางจิตได้หลายอย่างดังนี้ (วีระ ไชยศรีสุข, 2533)

(1) Acute Alcohol Intoxication มีอาการง่วง เดินโซเซ พูดไม่ชัด ขณะที่เมากจะขาดสติยับยั้ง ความสนใจเสียไปและอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ขึ้นกับโครงสร้างของบุคลิกภาพ อาจมีอาการซึมเศร้า สนุกสนานครื้นเครง พูดมาก

(2) Alcohol Deterioration เป็นกลุ่มอาการชนิดเรื้อรัง มีอาการสูญเสียความจำ การตัดสินใจรวมทั้งวันเวลา สถานที่ บุคคล และระลึกถึงพฤติกรรมไม่ได้ ทั้งๆที่ดูเป็นปกติ

(3) Pathological Intoxication อาการจะเกิดขึ้นชัดเจนและเฉียบพลัน คือ มีอาการมึนงงสับสน จำเวลา สถานที่ บุคคลไม่ได้ มีอาการประสาทหลอน สับสน หลงผิดชั่วคราว ขาดการควบคุมตัวเอง อาจเกิดการทำร้ายตัวเองและผู้อื่น และมีอาการประสาทหลอนทางตาโดยมีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ

(4) Delirium Tremens มักเกิดขึ้นหลังจากดื่มมาเป็นเวลานานและจำนวนมากแล้วหยุดหรือลดทันที แต่ไม่เป็นทุกราย จะมีอาการงุนงง กระวนกระวายใจ เบื่อหรือไม่อยากรับประทานอาหาร มีอสุ้น นอนไม่หลับและฝันร้าย มีอาการประสาทหลอน สับสน มึนงง

(5) Alcoholic Hallucinosi s จะมีอาการหูแว่ว ทำให้หวาดกลัว โกรธหรือเศร้าใจ และอาจทำร้ายตนเองได้

(6) Alcohol Paranoid stage จะมีอาการหลงผิดเกี่ยวกับการอิจฉาริษยา ความหึงหวงและไม่เชื่อสัตย์ทางเพศ

(7) Wernicke’s Korsacoff Syndrome เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดวิตามิน Thiamine Niacin และอาหารที่จำเป็นบางอย่าง ทำให้สูญเสียความจำ เฉยเมย หรือหวาดกลัว ง่วง สับสน เดินสะเปะสะปะ บางครั้งหมดสติ

จะเห็นได้ว่าอาการแปรปรวนทางจิต เกิดจากการดื่มติดต่อกันเป็นระยะเวลาในปริมาณมากและมีการหยุดดื่มทันที ซึ่งถ้ามีอาการภายใน 1-3 วัน จะเป็นตัวบ่งบอกว่า สมองได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ถึงระดับที่รุนแรงแล้ว ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 10 ส่วนลักษณะของการติดทางใจนั้น จะสังเกตได้ว่า มีอาการอยากอยู่เรื่อยๆ ต้องพยายามหาดื่มให้ได้ และเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังในที่สุด มีการศึกษาหนึ่งที่

พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้น (อายุ 12 ปี) จะพบความสัมพันธ์กับปัญหาทางพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่ วัยหนุ่มสาว เช่น การก่อความรุนแรง การบาดเจ็บ การเมาแล้วขับ การขาดงานขาดเรียนหรือการใช้ยาเสพติด (Gruber et al. 1996) และยังพบอีกว่า คนที่เริ่มดื่มก่อนอายุ 15 ปีและมากกว่าวันละ 4 ครั้งจะทำให้ “ติด” แอลกอฮอล์ในช่วงชีวิตมากกว่าคนที่เริ่มดื่มเมื่ออายุ 21 ปี ฉะนั้นเป้าหมายของการแก้ปัญหาสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการชะลอระยะเวลาการดื่มของวัยรุ่นให้ช้าที่สุด เพื่อประโยชน์ในปัจจุบันและในอนาคต (Grant and Dawson, 1997)

2.2.2.3 ผลของแอลกอฮอล์ต่อสังคม มักจะเกิดผลกระทบในวงกว้าง และสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพย์สิน เวลาหรือคุณภาพชีวิตเป็นจำนวนปี (Disability-adjusted Life years) และรัฐต้องจัดสรรงบประมาณในการป้องกัน รักษาฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพเป็นจำนวนมหาศาลในแต่ละปี เฉลี่ยรายละประมาณ 3,000-10,000 บาทต่อราย (ซึ่งถ้าไม่เกิดอุบัติเหตุจนเจ็บหนักหรือตายจะช่วยรัฐประหยัดงบประมาณถึง 13,975 ล้านบาท ; สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย: อ้างจากสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548) โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยไม่ว่าจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 90 ของผู้บาดเจ็บที่มารับการรักษา เกิดจากการดื่ม แอลกอฮอล์) หรืออาชญากรรมที่ตนเองหรือผู้อื่นเป็นผู้กระทำก็ตาม (คิดเป็นร้อยละ 7 ของคดีอาญาทั้งหมด โดยก่อคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน ร้อยละ 59 คดีเกี่ยวกับเพศร้อยละ 35 และความผิดต่อร่างกาย ร้อยละ 20) มักจะ อยู่ในวัยรุ่นหรือวัยทำงานซึ่งเป็นหลักหรืออนาคตของครอบครัว แต่กลับสร้างภาระให้ครอบครัว สังคมจาก ความพิการทางร่างกาย ซึ่งมีการคาดคะเนว่า ประเทศไทยจะมีคนพิการจากอุบัติเหตุทางจราจรเพิ่มขึ้นปีละ กว่า 4,000 คน (สำนักงานเครือข่าย องค์กรงดเหล้า, 2547) ทำให้เป็นภาระดูแลและค่าใช้จ่าย และใน ระดับครอบครัว พบว่าร้อยละ 80 ของเพศชายที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีประสบการณ์ใช้ความ รุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก เช่น การทำร้ายทุบตี หรือข่มขืนกระทำชำเราคนในครอบครัว นอกจากนั้นการดื่มยัง ส่งผลต่อเยาวชนเรื่องการเลียนแบบพฤติกรรมการดื่ม และทำให้เยาวชนมีทัศนคติต่อเรื่องการดื่มว่าเป็นเรื่อง ปกติ (มูลนิธิเพื่อนหญิง, 2545)

2.3 กฎหมาย มาตรการ และแนวทางในการควบคุม และแก้ไขการบริโภคแอลกอฮอล์

2.3.1 แนวคิดการป้องกันและแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ของรัฐบาลในต่างประเทศ

ได้ถูกปรับเปลี่ยนจาก “การควบคุมปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์” มาเป็น “การลดความเสียหายที่เกิด จากการดื่ม” เนื่องจากแนวคิดเดิมไม่ได้คำนึงถึงพฤติกรรมของคน ไม่แยกแยะการบริโภคที่ก่อและไม่ก่อความเสียหาย ไม่คำนึงถึงวัฒนธรรมและสิทธิในการเลือก ทำให้เกิดปัญหาการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และบางครั้ง เหมือนเป็นการกระตุ้นให้เด็กหันมาสนใจและทดลองดื่ม เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีนักดื่มหน้าใหม่อายุน้อยลง และจะมีอัตราการดื่มอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 10-13 ปี ซึ่งมีมากกว่าร้อยละ 50 และจะลดลงในช่วงเวลาต่อมา (Kosterman et al. , 2000) โดยวัยรุ่นหนุ่มสาวถือว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติเช่น จากการสำรวจในปี ค.ศ. 1999 วัยรุ่นอายุ 13-14 ปี ร้อยละ 52 เคยดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงชีวิตและร้อยละ 25 ยังคงดื่มอยู่ ซึ่งอัตราที่สูงกว่าการสูบบุหรี่หรือยาเสพติดชนิดอื่น (Johnston et al., 2000) ฉะนั้นการควบคุม หรือความพยายามในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องใช้เวลาและต้องดำเนินการในหลายด้าน หลายกลยุทธ์ ได้มีการวิเคราะห์ประสิทธิผลของมาตรการลดความสูญเสียจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าแต่ละ มาตรการมีประสิทธิผลแตกต่างกัน (World Bank Paper on Alcohol, อ้างใน ยงยุทธ ขจรธรรม, 2547) โดยพบว่ามาตรการที่มีประสิทธิภาพมากคือ 1) ควบคุมการจำหน่าย เช่น การกำหนดอายุผู้ซื้อ จัดให้รัฐผูกขาด การขาย การจำกัดร้านขายและการขึ้นทะเบียนผู้ขาย 2) การขึ้นภาษีและราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การควบคุมการเมา เช่น การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นที่ 0 มก. และ การกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดให้ต่ำลงได้ผลดี แต่การยึดใบขับขี่ได้ผลปานกลาง ส่วนบริการขับรถส่งคน

เมาไม่มีผลในด้านประสิทธิภาพ 4) ให้อำนาจไม่บริการคนเมาได้ผลดี ส่วนกิจกรรมที่ไม่มีผลต่อการลดการดื่ม คือ การจัดเซตปลอดแอลกอฮอล์ การควบคุมโฆษณา การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ใน โรงเรียน/มหาวิทยาลัยและการติดฉลากคำเตือน

การที่จะพัฒนาโปรแกรมการป้องกันแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหนุ่มสาวให้มีประสิทธิผลนั้น ต้องค้นหาสาเหตุของการดื่ม ฉะนั้นกลยุทธ์หรือการทดลองโปรแกรมต่างๆควรคำนึงถึงหลัก 3 ประการคือ 1) พื้นฐานประชากร (Population-base) 2) ทิศทางของปัญหา (Problem-oriented) และ 3) ต้องใช้กับนักดื่มแต่ละบุคคลโดยตรง (Godfrey C & Maynard A, 1995) นอกจากนั้นการป้องกันหรือแก้ไขต้องผสมผสานทั้งทฤษฎีและผลการวิจัย โดยการอธิบายพฤติกรรมมนุษย์ ต้องมีการผสมผสานทฤษฎีเหมือนเป็น "mega-theory" เช่น The theory of triadic influence (TTI) ที่มีรากฐานพฤติกรรมมนุษย์ต้องมี 3 องค์ประกอบคือ ลักษณะส่วนบุคคล(ความรู้ ทักษะคิด, การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม) สถานการณ์ของสังคม (การดื่มแอลกอฮอล์ของพ่อแม่) และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม เช่น กฎหมาย นโยบายที่จำกัดการเข้าถึงแอลกอฮอล์ (Flay and Petraitis, 1994)

ในขณะเดียวกัน ศูนย์ป้องกันการใช้สารเสพติด ประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for substance Abuse Prevention: CSAP) ได้ให้ข้อเสนอแนะพื้นฐานในการเข้าถึงการป้องกันในศตวรรษที่ 21 ว่ารูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดควรคำนึงถึง

- 1) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด
- 2) การให้ความรู้เพื่อป้องกัน ควรเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคล การมีทักษะทางสังคมที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะที่ดีให้แก่เยาวชน เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด
- 3) ลดการเข้าถึง ซึ่งมีหลากหลายวิธี และเด็กวัยรุ่นที่ไม่ใช้สารเสพติด จะเป็นกำลังสำคัญในการนำเสนอกิจกรรม ที่จะสนับสนุนการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เกิดจากการใช้สารเสพติดได้
- 4) การแยกแยะปัญหา เป็นกระบวนการสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐบาลกลาง ให้ความช่วยเหลือในเรื่องการบำบัดรักษาแก่เด็กวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด
- 5) กระบวนการชุมชน จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการป้องกันการใช้สารเสพติด เช่น การให้ความรู้ และการป้องกันแก่ตัวแทนชุมชน
- 6) การสร้างบรรยากาศสภาพแวดล้อม การพยายามผลักดันให้เกิดนโยบายในการลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด

จากแนวคิดดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การป้องกันยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในวัยรุ่น ต้องคำนึงถึงตัวบุคคล โดยใช้องค์ความรู้ กระบวนการมีส่วนร่วมทั้งเด็กและชุมชน การพัฒนาทักษะทางสังคม รวมทั้งสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมให้เป็นปัจจัยเอื้อในการป้องกัน

2.3.2 พัฒนาการของนโยบายการควบคุมปัญหาสุราในประเทศไทย โดยมีแนวคิดใหญ่ๆ 3 แนวคิด (อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, บัณฑิต ศรีไพศาล, นิตยา ไควสุวรรณ, 2548)

2.3.1.1 แนวคิดการกำหนดนโยบายสุราเพื่อประโยชน์ของรัฐ (ต้นกรุงรัตนโกสินทร์จนถึงปัจจุบัน)

1) สมัยรัชกาลที่ 1 พ.ศ. 2339 มีการออกกฎหมายห้ามราษฎรดื่มกลั่นสุราโดยไม่ได้รับอนุญาต เพื่อการจัดเก็บรายได้เข้ารัฐและการปราบปรามสุราเถื่อน โดยให้เอกชนประมูลสิทธิในการผูกขาดการผลิต จำหน่ายและเก็บอากรสุรา รวมทั้งการปราบปรามสุราเถื่อนแทนรัฐ มีการสร้างโรงต้มกลั่นสุราของรัฐบาลแห่งแรกขึ้น

2) อากรสุราเป็นรายได้หลักที่สำคัญแหล่งหนึ่งของประเทศตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 2

3) รัฐปรับวิธีดำเนินการเพื่อควบคุมการผลิต การจำหน่ายและการเก็บภาษีรายได้ของรัฐ เรื่อยมา โดยสลับไปมาระหว่างรัฐและการประมูลจำเหมายโดยเอกชน ตามความเหมาะสมของสถานการณ์

4) ปัจจุบันรัฐใช้กฎหมาย พ.ร.บ. ศุลกากร พ.ศ. 2469 และพ.ร.บ. สุรา พ.ศ. 2493 ซึ่ง มีการปรับปรุงอัตราภาษีตามสภาพเศรษฐกิจในแต่ละยุคสมัย เพื่อการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตสำหรับสุราทุก ประเภท

5) ปี พ.ศ. 2543 รัฐเปิดเสรีการผลิตสุราเพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน

6) ปี พ.ศ. 2546 รัฐปรับลดภาษีสุราเพื่อเศรษฐกิจชุมชน สนับสนุนการดำเนินการสินค้า หนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ และจัดให้กรมสรรพสามิตให้บริการในจุดเดียวในการอนุญาตการผลิตและจำหน่าย สุราพื้นบ้าน

2.3.2.2 แนวคิดการกำหนดนโยบายควบคุมปัญหาสุราเบื้องต้น (พ.ศ. 2504-2543) ได้แก่

1) รัฐได้มีนโยบายจำกัดอุปทานสุราครั้งแรก พ.ศ. 2493 โดยการจำกัดเวลาจำหน่ายปลีก สุรา(ครั้งละน้อยกว่า 10 ลิตร) ที่ไม่ใช่จำหน่ายเพื่อดื่มในสถานที่ขาย จำหน่ายได้ในเวลา 11.00-14.00 น.และ 17.00-02.00 น.ของวันถัดไป

2) ต่อมาได้มีการจำกัดเพิ่มขึ้น โดยกำหนดให้ผู้รับใบอนุญาตจำหน่ายปลีกสุราทั้งที่ จำหน่ายเพื่อดื่ม ณ สถานที่ขายและไม่ใช่จำหน่ายเพื่อดื่ม ณ สถานที่ขาย ให้จำหน่ายได้เฉพาะเวลา 11.00- 14.00 น. และ 17.00-24.00 น. ตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับ 253 พ.ศ. 2515

3) ห้ามจำหน่ายสุราแก่ผู้ที่เมามาสุราจนประพฤดิ์วุ่นวายหรือครองสติไม่ได้หรือห้ามเข้า ไปอยู่ในสถานบริการระหว่างเวลาทำการ (พ.ร.บ. สถานบริการ พ.ศ. 2509)

4) พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 มาตรา 43 กำหนดไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดขับ ชีรรถขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น” โดยมีโทษทั้งจำทั้งปรับ และกระทรวงมหาดไทยได้พิจารณาออก กฎกระทรวงมาบังคับใช้กับผู้เสพสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ที่มีอาการเมามาแล้วขับชีรรถ โดยกำหนดให้ มีการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับชีร หากตรวจพบเกิน 50 มิลลิกรัม% (เปรียบได้กับการดื่ม เหล้าสมโชดา 2 แก้ว หรือดื่มเบียร์ 3 แก้ว) ก็จะต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับตั้งแต่ 2,000- 10,000 บาท

2.3.2.3 แนวคิดการกำหนดนโยบายควบคุมปัญหาสุรา เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพของ ประชาชนและสังคมโดยรวม (พ.ศ. 2544-ปัจจุบัน) ได้มีปรากฏการณ์ทางสังคมหลายประการได้แก่ การมี รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ทำให้เกิดการปฏิรูปการเมืองที่มี เสถียรภาพ เกิดความสะดวกรวดเร็ว และได้ก่อตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ใน ปี พ.ศ. 2544 โดยนำงบประมาณของภาษีบุหรืและแอลกอฮอล์ 2 % มาใช้ในการสนับสนุนเครือข่ายในการ ดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้มีการผลักดันกฎหมายและนโยบายดังนี้

1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 272) พ.ศ. 2546 เรื่องการแสดงฉลากให้เห็น ปริมาณแอลกอฮอล์ มีคำเตือนเป็นภาษาไทยที่มองเห็นง่าย โดยใช้อักษรเส้นที่ขนาดความสูงไม่น้อยกว่า 5 มิลลิเมตร ในกรอบสี่เหลี่ยมที่ติดกับสีพื้น โดยมีข้อความแสดง 3 แบบคือ

- ห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี
- การดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับชีลดลง
- เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่ควรดื่มสุรา

2) พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ในมาตรา 26 (10) ระบุว่า “ห้ามมิให้ผู้ใด จำหน่ายหรือแลกเปลี่ยน หรือให้สุราแก่เด็ก เว้นแต่การปฏิบัติทางการแพทย์ ถ้าผู้ใดฝ่าฝืน ต้องระวางโทษจำคุก

ไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ” และมาตรา 45 “ ห้ามมิให้เด็กซื้อ เสพสุรา หรือบุหรี่ หากฝ่าฝืน ให้เจ้าหน้าที่สอบถามข้อมูล และเรียกผู้ปกครองมาปรึกษาหารือ หรือว่ากล่าวตักเตือน ทำทัณฑ์บน หรือจัดให้เด็กทำงานบริการสังคมหรือทำงานสาธารณประโยชน์ ”

3) ประกาศกรมประชาสัมพันธ์ พ.ศ. 2546 เรื่องการจำกัดโฆษณาทางสื่อวิทยุและโทรทัศน์ โดยกำหนดว่า “ ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 0.5 เปอร์เซ็นต์ ของน้ำหนัก ตั้งแต่เวลา 05.00-22.00 น.และให้โฆษณาได้เฉพาะภาพลักษณ์ขององค์กรโดยไม่ชักชวนให้ซื้อในช่วงเวลา 22.00-05.00 น. และกำหนดให้โฆษณาป้ายกลางแจ้ง ต้องระบุค่าเตือน (ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2548) ประกาศในขณะเดียวกันกับมติคณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 กำหนดให้ “สถาบันการศึกษาและการแข่งขันกีฬาแห่งชาติ ไม่ให้การสนับสนุนใด ๆ จากผู้ผลิตและผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และห้ามติดตั้งป้ายโฆษณาในรัศมี 500 เมตรจากสถานศึกษา ”

ส่วนบทลงโทษผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย เช่น การสั่งพักใบอนุญาต โฆษจำคุกและปรับอาจถูกคุมความประพฤติ ฯลฯ และบทลงโทษผู้บริโภค โดยกระบวนการยุติธรรมมีทางเลือกในการคุมความประพฤติ ผู้ที่ทำผิดกฎหมาย ตามประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2522 มาตรา 56 กล่าวไว้ว่า “ ความผิดที่ศาลลงโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี ถ้าไม่เคยต้องโทษจำคุกมาก่อนและพิจารณาจากประวัติภูมิหลัง การประกอบอาชีพ ฯ ศาลอาจกำหนดเงื่อนไขการคุมประพฤติไม่เกิน 5 ปี ”จากนโยบายของรัฐในการเปิดเสรีตลาดในการผลิตสุราของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543 เพื่อส่งเสริมให้เกิดระบบเศรษฐกิจชุมชนและปรับโครงสร้างสร้างรายได้ในระดับฐานราก และได้มีการปรับลดภาษีสุราเพื่อสนับสนุนการค้าสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) ในปี พ.ศ.2546 และจัดให้กรมสรรพสามิตให้บริการในจุดเดียว (One stop Service)ในการออกใบอนุญาตการผลิตและจำหน่ายสุราพื้นบ้าน เพื่อการพัฒนาเชิงเศรษฐกิจ และการจัดเก็บรายได้จากภาษีเข้ารัฐสูงสุด (อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2548) ทำให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อศึกษาสถานการณ์อุปทานสุราในประเทศไทย (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์และอุษณีย์ พึ่งปาน, 2545) ระบุว่า ทำให้เกิดผลกระทบโดยทำให้โอกาสในการควบคุมผู้ผลิตสุราเป็นไปได้ยาก เนื่องจากแหล่งผลิตกระจายมากขึ้น มีการแบ่งขายและเพิ่มจำนวนร้านขายในเส้นทางคมนาคมทำให้ง่ายต่อการเข้าถึง (ทัศนัย วงศ์จักร, 2548) และมาตรการขึ้นภาษี อาจทำให้มีการบริโภคเหล้าเถื่อนทดแทน รวมทั้งการนำเข้าจากประเทศแถบอาเซียน อาจอาศัยช่องทางภาษีจากข้อตกลงอาฟต้า ที่เก็บภาษีไม่เกินร้อยละ 5 ทำให้สุราต่างประเทศราคาถูกลง แต่ในตลาดขณะนี้ เหล้าขาวมีส่วนแบ่งการตลาดถึงร้อยละ 72 จากภาษีที่ต่ำแต่ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์มีปริมาณสูง ทำให้ผู้บริโภคที่มีรายได้น้อยหันมาบริโภคมากขึ้น และในบางพื้นที่ของประเทศ เหล้าป่ากลายเป็นประเพณี วัฒนธรรมในการเคารพญาติผู้ใหญ่ การประกอบพิธีกรรมหรือการพึ่งพาอาศัยกัน โดยไม่หวังผลกำไรมากมายทำให้เกิดการเรียนรู้การผลิต การดื่มและถ่ายทอดแก่คนรุ่นหลัง (อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2548)

แต่ในทางปฏิบัติ การใช้กฎหมายเพื่อควบคุม แก้ไข และป้องกันอันตรายจากการบริโภคแอลกอฮอล์ยังไม่ได้ผลเต็มที่ เนื่องจากผู้คนยังไม่ตระหนักและทัศนคติในการดื่มแอลกอฮอล์ของคนทั่วไป แม้ว่าเกือบครึ่งรู้สึกว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันตรายต่อบุคคลและสังคม แต่กว่าร้อยละ 30 ยังถือว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคล และเป็นเรื่องธรรมดา เพราะเป็นการสังสรรค์ ถ้ายังรู้สึกดี ก็ไม่เกิดปัญหา (มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2544) รวมทั้งผู้ถือกฎหมายไม่จริงจังในการปรับโทษ ระดับนโยบายยังไม่ชัดเจนและไม่ให้ความสำคัญมากนัก และแอลกอฮอล์เสมือนเป็นยาเสพติดที่ถูกกฎหมาย จึงซื้อดื่มได้ตลอดเวลา ทุกอาชีพ มีความสะดวกและรสชาติหลากหลายน่าลอง ได้มีการศึกษาวิจัยผลของการดำเนินโครงการที่ไม่ได้ผลเป็นเต็มที่เพราะมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ รายได้ของประชาชนที่เพิ่มขึ้นทำให้มีความสามารถในการซื้อ การดื่มเหล้าขาวทดแทนเหล้าสี

เนื่องจากมีราคาถูกกว่า นโยบายการปราบปรามยาเสพติดของรัฐบาลทำให้มีอุปสงค์ในการดื่มมากขึ้นเพื่อใช้ทดแทนกัน ความสะดวกในการซื้อ โดยมีให้บริการมากมายทั่วไป บางแห่งเปิดตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะคนอีสานใช้เวลาอย่างน้อยที่สุดเพียง 5.8 นาที หรือความถี่ในการดื่ม ผู้มีการศึกษาสูงที่ดื่มเบียร์และไวน์จะดื่มบ่อยครั้งกว่าผู้ที่ดื่มสุรา/สุราขาวที่ผลิตในประเทศ ส่วนรายได้ไม่ใช้ตัวกำหนดความถี่ในการดื่มที่น่าสนใจ คือหากอยู่ใกล้ร้านจำหน่าย หรือร้านอาหาร บาร์ ความถี่จะสูงขึ้น ฉะนั้นจุดเน้นของมาตรการการควบคุมการดื่มสุรา ควรมุ่งเป้าลดความเสียหายต่อสังคมเนื่องจากไทยมีกฎหมายและมาตรการอยู่แล้ว การดำเนินนโยบายจึงควรเลือกบังคับใช้กฎหมาย การผลักดันให้มีการออกกฎหมายและมาตรการใหม่ๆ เช่น การใช้ทั้งมาตรการด้านราคาและมาตรการด้านสังคมไปพร้อม ๆ กัน ทั้งนี้ต้องดำเนินนโยบายด้วยตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพราะมาตรการบางอย่างกว่าจะเริ่มส่งผลต้องใช้เวลานาน เช่น การรณรงค์และการควบคุมโฆษณาต้องมีการประเมินผลและปรับเปลี่ยนมาตรการต่างๆ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ กำหนดนโยบายแบบมีส่วนร่วม เพราะการดื่มสุรามีทั้งผลกระทบต่อผู้ผลิต ผู้จำหน่าย ผู้บริโภค รัฐบาลและสังคมโดยรวม (นิพนธ์ พัวพงศกรและคณะ, 2547) หรือการศึกษาเพื่อทดลองใช้มาตรการเพิ่มภาษีแอลกอฮอล์ทุกชนิดให้มากขึ้นเพื่อลดอุปสงค์ของผู้ดื่ม และลดการบริโภคสุราที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2548) แต่ยังเป็นข้อถกเถียงของนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาโดยใช้มาตรการเดียวกันว่า เป็นการเปิดช่องทางให้นักดื่มหันไปบริโภคเหล้าเถื่อนมากขึ้นหรือไม่ และต้องทบทวนเจตนารมณ์ของรัฐบาลว่าต้องการเฉพาะเม็ดเงินที่ได้จากการจัดเก็บภาษีเพิ่มขึ้น หรือมองปัญหาที่จะเกิดขึ้นแบบองค์รวม เพราะปัญหามีความซับซ้อนและคนดื่มมากทุกระดับ ดังนั้นกลวิธีในการแก้ไขปัญหาต้องมีการวิจัยและพัฒนา การนำไปปฏิบัติและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (Godfrey C & Maynard A, 1995) เช่น การลดอายุขั้นต่ำในการซื้อและบริโภค การออกใบอนุญาตขับขี่หรือการยึดใบขับขี่ควรตรวจระดับแอลกอฮอล์ด้วย และเพิ่มความเข้มงวดในการใช้มาตรการทางกฎหมาย

ยุทธวิธีในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ (รวมทั้งยาสูบ) ของประเทศไทยมีหลายกลุ่มมาตรการที่เกิดจากความพยายามของผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แต่ต้องอาศัยแรงผลักดันทั้งพลังประชาชน องค์ความรู้รับรองชัดเจน โดยมีข้อสรุปจากการประชุมดังนี้ (สมาน พุตระกูล, 2548)

- 1) การขึ้นภาษี(ราคา) สุรารวมถึงปรับเพดานภาษีและค่าธรรมเนียมที่เกี่ยวข้อง
- 2) การควบคุมการเข้าถึง (Accessibility) หรือจำกัดพื้นที่จำหน่าย (Zoning) เช่น ห้ามขายในระยะ 500 เมตรของวัด สถานศึกษา ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันพระ วันสำคัญทางประเพณี วันสำคัญเกี่ยวกับพระมหากษัตริย์ และวันอาทิตย์ที่กำหนดให้เป็นวันครอบครัวแข็งแรง (ตามมติกรม.) ให้สถานบันเทิงทั้งในร่มและกลางแจ้ง เช่น ผับ คาราโอเกะ ดิสโก้เทค หมอลำซิ่ง ร้องเงี้ยว ให้หยุดดำเนินการในวันพระ เป็นต้น
- 3) การควบคุมพฤติกรรมของผู้บริโภคและคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่บริโภค เช่น ประกาศพื้นที่เพิ่มเติมในการห้ามบริโภคแอลกอฮอล์ เช่น วัด สถานศึกษา สวนสาธารณะ บนถนน เป็นต้น
- 4) การควบคุมการโฆษณา เช่น การจำกัดพื้นที่โฆษณาทางสื่อต่างๆ เพิ่มค่าเดือนในฉลากสุราหรือเป็นภาพค่าเดือน
- 5) มาตรการการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ โดยให้ความรู้สาธารณสุข พัฒนาภาคีเครือข่าย และเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริโภคสุรา เช่น การใช้กระบวนการทางสังคม โดยการสร้างค่านิยมใหม่ในสังคมเช่น การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญต่างๆ
- 6) การบำบัดรักษาผู้ดื่มสุรา โดยมีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การบำบัด สนับสนุนทรัพยากรพัฒนาระบบส่งต่อและการศึกษาวิจัยร่วมกันทั้งในและนอกประเทศ และ

7) เข้มงวดมาตรการดื่มและขับรถ เช่นการเฝ้าระวังตรวจสอบการละเมิดกฎหมายโดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นภาคี การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเรื่องการเพิ่มอำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่ให้สามารถจับกุมและเปรียบเทียบปรับได้

นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือในภาครัฐเอกชนอื่น ที่ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหแอลกอฮอล์ เช่นโครงการรณรงค์เพื่อการลด ละเลิกสุรา เครือข่ายงดเหล้าที่ได้ดำเนินงานสืบเนื่องมา ส่วนใหญ่ได้เข้าไปร่วมในคณะกรรมการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ ของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์แห่งชาติ และได้สานงานรณรงค์ต่อเนื่องมา โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)ได้สนับสนุนจัดตั้งองค์กรหลักที่ดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุม ป้องกันปัญหาจากแอลกอฮอล์ 3 องค์กรคือ

1) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ทำหน้าที่วิจัยและจัดการความรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหสุรา

2) แผนงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ทำหน้าที่จัดกระบวนการสื่อสารนโยบายสาธารณะต่อสาธารณชน สื่อมวลชนและฝ่ายการเมือง ผ่านเวทีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และ

3) เครือข่ายองค์กรงดเหล้า ทำหน้าที่รณรงค์เพื่อลดปัญหาการบริโภคสุราและสร้างแนวร่วมในการรณรงค์ และเป็นศูนย์ประสานงาน รวมทั้งขยายเครือข่ายการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ เกิดการเคลื่อนไหว อย่างมีระบบ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการกลางที่จัดทำร่วมกัน และโครงการย่อยๆ ของแต่ละภาคี และได้จัดทำสปอร์ตเผยแพร่ทางสื่อมวลชนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมหลักๆของเครือข่ายด้วย เช่น การรณรงค์งดเหล้าปีใหม่ การรณรงค์ลดสุราเพื่อป้องกันอุบัติเหตุสังกรานต์ การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา การรณรงค์เรื่องผลกระทบสุราต่อความรุนแรงในครอบครัว โดยมีมูลนิธิเพื่อนหญิงเป็นแกนนำ การรณรงค์ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ได้มีการพัฒนาการสื่อสารในสื่อมวลชน ร่วมกับกิจกรรมของภาคีต่างๆ เช่น จากกลุ่ม No NA Club (No Alcohol and Nicotine Club) ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชนจาก 16 สถาบันอุดมศึกษารวมตัวกันรณรงค์เพื่อการลด ละ เลิกสุราและบุหรี่ในสถาบันศึกษา รวมทั้งกิจกรรม จากกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ ศูนย์พัฒนาคุณธรรมเป็นต้น

2.4 พัฒนาการของวัยรุ่นกับการดื่มแอลกอฮอล์

โลกของวัยรุ่นในปัจจุบัน มีสิ่งที่น่าเป็นห่วงมากมาย ทั้งการติดยาเสพติด อาชญากรรม การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและก่อนวัยอันควรและความเครียดจากการแข่งขันในการเรียน ฯลฯ หลายคนไม่สนใจและถือเป็นเรื่องไกลตัว(เพชรรัตน์ ศิริวงศ์, 2545) แต่ความจริงเป็นสิ่งที่หลายคนเผชิญและก่อให้เกิดปัญหามากมาย เพราะพฤติกรรมวัยรุ่นเป็นผลจากการพัฒนาการทั้งร่างกายและจิตใจตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก ถ้าผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจและมีการดูแล ตอบสนองที่ถูกต้อง พอดี จะทำให้เด็กมีความพร้อมต่อการเผชิญชีวิตหรือจัดการปัญหาเมื่อเติบโตได้อย่างเหมาะสม

2.4.1 พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต (Turning Point) ระหว่างความเป็นเด็ก และความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างและต้องมีการปรับตัวพอสมควร ดังนี้

2.4.1.1 พัฒนาการด้านร่างกาย จากวัยเด็กสู่วัยรุ่นหนุ่มสาว จะมีการเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆทั้งในแง่ขนาดและรูปร่าง เช่น ด้านสรีระร่างกาย ส่วนสูง น้ำหนัก สัดส่วนที่สามารถมองเห็นได้จากภายนอกร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ เช่น ต่อมไร้ท่อที่มีอิทธิพลต่อลักษณะพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่น มีการหลั่งฮอร์โมนในการควบคุมการเจริญเติบโตต่างๆ (สุชา จันทรเฒ, 2536) โดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นตอนต้นที่มีอัตรา

การเจริญเติบโตเร็วมาก มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่ขึ้นกับความสมบูรณ์ของแต่ละบุคคล (คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545)

2.4.1.2 พัฒนาการด้านอารมณ์ ต้องการอิสระ มีเอกลักษณ์ของตนเองหรือสับสน ไม่เข้าใจตนเอง (Identity vs. role confusion) มีความกลัวในการปรับตัวในสังคม กังวลใจในทุกเรื่องที่เข้ามากระทบ แสดงออกอย่างรวดเร็วและรุนแรงเมื่อโกรธ อิจฉาริษยาต่อผู้อื่น หรือทู่แท้ในความรักจนอาจเป็นอันตรายต่ออนาคตได้ (สุชา จันทรเฒ, 2536) จะเริ่มสนใจเรื่องเพศ บทบาทชาย-หญิง ค้นหาความสามารถและความต้องการของตนเอง ต้องการการยอมรับและให้ความสำคัญจากเพื่อน จึงอาจเลียนแบบบุคคลที่ศรัทธา ยกย่อง แต่ถ้าเด็กไม่เข้าใจตนเอง อาจเกิดความขัดแย้งและประสบความล้มเหลวในชีวิตได้ (Erickson's Developmental Theory, 1964)

2.4.1.3 พัฒนาการด้านสังคม จะมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมที่ชอบ มีความผูกพันต่อกัน เห็นใจกัน แบ่งปันทุกสิ่งร่วมกัน เพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นเพื่อให้เกิดการยอมรับในกลุ่ม การคบเพื่อนจึงเหมือนเป็นการทำนายอนาคตของวัยรุ่น และหากเปรียบชีวิตเหมือนการเดินทาง ช่วงวัยรุ่นจะเป็นช่วงการเดินทางที่ย่างยากมากเป็นพิเศษ เพราะมีความสับสนวุ่นวายใจอยู่ตลอดเวลา ถ้ามีพัฒนาการที่เหมาะสม มีผู้ใหญ่แนะแนวทางที่ถูกต้องและเข้าใจ สังคมรอบข้างมีการสร้างเสริมที่พึงประสงค์ จะมีผลต่อพัฒนาการในขั้นต่อไปของชีวิต แต่ถ้าเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม ก็จะเป็นวัยวิกฤติ ที่จะสร้างและประสบกับปัญหามากมาย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

2.4.1.4 พัฒนาการด้านความคิด จะมีความคิดความเชื่อเป็นของตนเอง แต่จะประเมินตนเองจากความคิดเห็นของบุคคลอื่น ซึ่งธรรมชาติความคิดของวัยรุ่นมี 3 ลักษณะคือ 1) คิดตามแบบอย่าง (Abiding Self) จะมีการเปลี่ยนแปลงโดยสังเกตจากภายนอก เช่น เสื้อผ้า รองเท้า ทรงผม ฯลฯ 2) คิดตามเป็นครั้งคราว (Transient Self) เป็นการคิดในโลกส่วนตัวที่ไม่อยากให้คนอื่นรู้ 3) คิดแบบเพ้อฝัน (Personal Fable) มีโลกส่วนตัว คิดฝันจินตนาการเกินความจริง มักจะเขียนสมุดบันทึกหรือเล่าให้เพื่อนสนิทฟัง เพื่อถ่ายทอดความคิด/จินตนาการเหล่านั้น

พฤติกรรมใด ๆ ของวัยรุ่นจึงเป็นผลมาจากพัฒนาการด้านความคิดที่เป็นตรรกะ มีเหตุผลขั้นตอนเป็นระบบ เป็นนามธรรม สามารถผสมผสานความคิดแล้วสรุปขยายออก โดยแสดงความเป็นตัวของตัวเองมากที่สุด ซึ่งถ้าผู้ใหญ่ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมที่เหมาะสม อยู่ในขอบเขตตามวัฒนธรรมประเพณี จะทำให้วัยรุ่นมีความมั่นใจ และกระตุ้นให้มีการคิดวิจารณ์ญาณในข้อมูล/สถานการณ์ที่ซับซ้อนและเป็นเหตุผลมากขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ พัฒนาสู่ความเป็นผู้ใหญ่อย่างสมบูรณ์

2.4.1.5 พัฒนาการด้านศีลธรรมจรรยา เกิดจากการค้นหาบุคลิกภาพของพ่อแม่ วิธีการปฏิบัติตน และค่านิยมของคนในครอบครัว หรือการเลียนแบบบุคคลที่นับถือ (Peers) การปลูกฝังความคิด เหตุผลให้แก่บุตรหลานตั้งแต่วัยเด็ก การเป็นแบบอย่างที่ดีและให้ความสนใจต่อการคบเพื่อน บุคคลที่ศรัทธา จะมีผลต่อบุคลิกภาพและการกระทำอย่างมีศีลธรรม

จากพัฒนาการดังกล่าว จึงทำให้มีการแบ่งช่วงอายุของเด็กวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) วัยรุ่นตอนต้น (อายุ 11-14 ปี) มีอัตราการพัฒนาการของร่างกายเร็วมากจากการทำงานของต่อมไร้ท่อ คือ ต่อมใต้สมองและต่อมเพศ ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ทำให้มีการเจริญเติบโตของร่างกายและคุณลักษณะทางเพศ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์และสังคม มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของแต่ละคน มีการรวมกลุ่มคนที่สนใจเหมือนกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน

2) วัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 15-18 ปี) เป็นช่วงที่จิตใจยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงได้ แต่จะมีลักษณะของอารมณ์ที่เข้มข้นขึ้น ทั้งอารมณ์รัก โกรธ เกลียด อ่อนไหว หลงใหลเป็นต้น จะเน้นความสัมพันธ์มากกว่าการทำกิจกรรมร่วมกัน

3) วัยรุ่นตอนปลาย (18-21 ปี) ระยะนี้จะมีสภาพอารมณ์ที่มั่นคงขึ้น มีวุฒิภาวะมากขึ้น เข้าใจความแตกต่างระหว่างคน ผู้หญิงจะอาศัยความจริงใจ ไว้วางใจกันส่วนผู้ชายจะใช้การทำกิจกรรมเป็นสื่อในการคบหากัน การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครอง การมีตัวแบบที่ดีจะมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการมาก โดยเฉพาะด้านอารมณ์ (EQ) สังคม (AQ) ด้านภาษา เชาว์ปัญญา (IQ) ตลอดจนความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม การรับรู้ ตลอดจนการมองโลกที่เป็นอยู่ ทำให้เกิดแนวทางในการเลือกที่จะปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพดี สมบูรณ์และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ยั่วยักทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้

ฉะนั้นผู้ปกครองควรใส่ใจพัฒนาการของวัยรุ่น และส่งเสริม ควบคุม ควบคุม อบรมสั่งสอนให้เหมาะสม มีความอดทน อดกลั้น ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี เพื่อให้วัยรุ่นเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างดี ตามที่ควรจะเป็นเหมาะสมกับยุคสมัย

2.4.2 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น มีสาเหตุจากหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์คือ

2.4.2.1 จากตนเอง โดยการแสวงหาเอกลักษณ์ ความมั่นใจอยากพิสูจน์ความเป็นผู้ใหญ่ อยากลอง (นิรุจน์ อุทธาและคณะ, 2548) อยากรู้ อยากเห็น อยากหาประสบการณ์ และมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ลังเลต่อการตัดสินใจ มีบุคลิกภาพแบบเด็ก รักสนุก (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2544) ทำตามเพื่อนกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้เกิดการยอมรับและนิยมยกย่องในกลุ่มเพื่อน (จิราภรณ์ เทพหนู, 2541; Ladd, & Parkhurst, 1988; อ้างถึงในอรุณญา แพบัญ, 2544) จากค่านิยมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง จะมีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McDermott RJ., 1999) เช่น เหล้าเข้าจากต่างประเทศและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผสมน้ำผลไม้ เช่นไวน์คูลเลอร์ โดยเฉพาะในผู้หญิง เชื่อว่าดื่มแล้วไม่เมา ในต่างประเทศได้วิจัยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ผสมน้ำผลไม้ หรือ RTD (Ready to Drink) พบว่า เป็นสาเหตุสำคัญในการทำให้เยาวชนในประเทศนั้นกลายเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในที่สุด ประเทศไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ผลิตภัณฑ์สุราผสมที่เข้าสู่ตลาด เช่น Barcardi Breezer, Vodka Cruiser, Nite จะมุ่งเจาะกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะผู้หญิง (อ้างใน นิรุจน์ อุทธาและคณะ, 2548) ส่วนความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่ม เมื่อได้ศึกษาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มดื่มและไม่ดื่ม แต่การรับรู้ผลกระทบจะมีผลต่อการดื่ม โดยเฉพาะในคนที่ดื่มจะคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัว ไม่สร้างความเดือดร้อนให้ใคร (ประสิทธิ์ โพธิอาสน์, 2541)

2.4.2.2 จากสภาพแวดล้อม

1) ครอบครัว เช่น การเห็นแบบอย่างของครอบครัวที่ดื่ม การสนับสนุนหรือการควบคุม การดื่มของบิดา มารดา (จิราภรณ์ เทพหนู, 2541; ประสิทธิ์ โพธิอาสน์, 2541) และที่สำคัญจำนวนสมาชิกที่ดื่มสุราในครอบครัว มีอิทธิพลมากในการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในอนาคต (Grant and Dawson, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวหรือลักษณะของครอบครัวที่มีบทบาทไม่เหมาะสม เช่น การเลี้ยงดู ความผูกพัน ความสนใจบุตร การตอบสนองทางอารมณ์และการสนับสนุนในทางที่ดีมีผลต่อการปรับตัวทางจิตสังคม และมีความสัมพันธ์กับขนาดและความถี่ของการใช้สารเสพติดประเภทสุราและกัญชาของเด็ก (Mckay et al., 1991; อ้างถึงในอรุณญา แพบัญ, 2544) และพบว่า ถ้าเยาวชนรับรู้ว่ามีมารดาชอบใช้ความรุนแรงในการจัดการปัญหาจะมีความเสี่ยงสูงในการติดสุรา (Fergusson, Horwood, 1998; อ้างถึงในอรุณญา แพบัญ, 2544) และยังพบว่าสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เช่น การไม่ได้พักกับบิดามารดา จะมีอิทธิพล

ต่อการอบรมเลี้ยงดู ความอบอุ่น การเฝ้าระวังไม่ให้มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์ได้ (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2541; ภาวณี อยู่ประเสริฐ, 2540; ประสิทธิ์ โพธิ์อาสน์, 2541)

2) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Peer group influence) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการ ใช้สารเสพติดหรือการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะวัยรุ่นส่วนใหญ่เลือกคบเพื่อนที่ความพอใจมากกว่าการใช้เหตุผล โดยเฉพาะคนที่ขาดความมั่นคงทางจิตใจหรือมีความภูมิใจในตนเองต่ำ เมื่อมีเพื่อนมาสนใจและช่วยแก้ปัญหา ก็จะคบหาแม้จะรู้ว่าอาจเกิดปัญหาในภายหลัง (ปรีชา เกตุทัต, 2538; อ้างถึงในอรุณญา แพจัย, 2544) หรือ ถ้ามีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับครอบครัวมักจะทำให้ความสำคัญกับเพื่อนมาก และมีพฤติกรรมเลียนแบบ แม้จะรู้ว่า เป็นสิ่งไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดชนิดอื่น (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540)

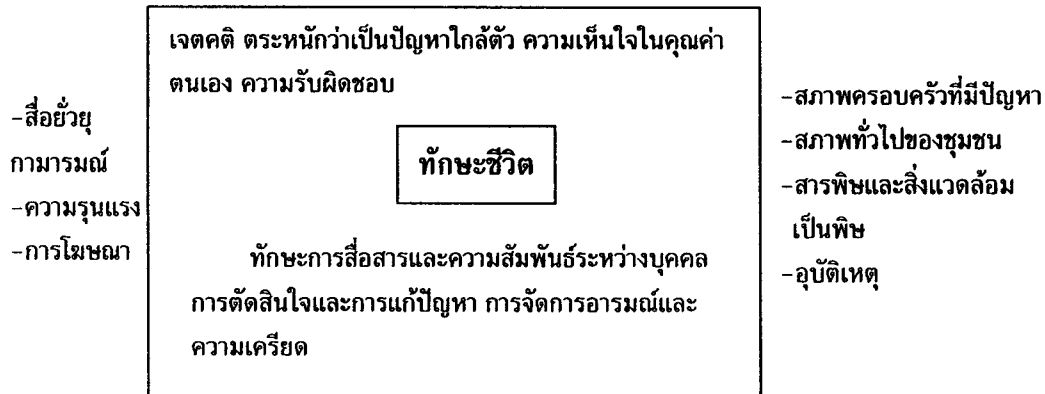
3) จากปัจจัยอื่นๆ เช่น สื่อชนิดต่างๆ มีงานวิจัยในประเทศไทยหลายชิ้นที่ชี้ให้เห็นว่า “โฆษณา” เป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ชักนำเยาวชนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเชื่อว่าสื่อที่มีอิทธิพลอย่างสูงในการสร้างอิทธิพลให้เยาวชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โทรทัศน์ ภาพยนตร์ นิตยสาร การสนับสนุนการโฆษณาเบียร์ในกีฬาหรือเพลง (Phyllis L. Ellickson et al., 2005; อ้างถึงในอรุณญา แพจัย, 2544) สอดคล้องกับการวิจัยของ ดร.เลสลี บี สไนเดอร์ แห่งมหาวิทยาลัยคอนเนตทิกันกับคณะ ได้สำรวจด้วยการ สัมภาษณ์คนหนุ่มสาว ที่อยู่ในวัย 15-26 ปี จำนวน 1,872 คน จำนวน 4 ครั้ง พบว่า อิทธิพลของการโฆษณา เหล้าเบียร์ มีผลทำให้หนุ่มสาวดื่มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเดือนละ 1% เมื่อได้เห็นโฆษณาเหล้านั้นบ่อยขึ้น 1 ครั้ง(อ้างจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549) และสอดคล้องกับการศึกษาของคณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2541) พบว่า โฆษณาเป็น 1 ใน 5 ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราของ เยาวชนวัย 15-24 ปี ในกรุงเทพฯ ประสิทธิ์ โพธิ์อาสน์ (2541) เชื่อว่าสื่อที่มีอิทธิพลอย่างสูงให้เยาวชนดื่มสุรา ได้แก่ โทรทัศน์ (รวมทั้งการโฆษณา) และภาพยนตร์ แต่รายได้ที่ได้รับไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว หรือหา รายได้เองไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากมีการเข้าถึงได้ง่าย ถูกกฎหมาย ราคาไม่แพง ดื่ม เฉพาะกลุ่มและสามารถเฉลี่ยรายจ่ายได้ (ประสิทธิ์ โพธิ์อาสน์, 2541) แต่ยาเสพติดมีความสัมพันธ์สูง เพราะ ยากต่อการเข้าถึงกว่า (ภาวณี อยู่ประเสริฐ, 2540)

จะเห็นว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์นั้นซับซ้อนและมีมากมาย ทั้งทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อในตัวเอง และพัฒนาการตามวัย นอกจากนั้นปัจจัยแวดล้อมรอบตัวตั้งแต่ใกล้ ตัวที่สุด คือ บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท รวมทั้งสื่อ ตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการดื่ม แอลกอฮอล์อย่างมาก ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหการดื่มแอลกอฮอล์ต้องวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มโดย คำนึงถึงปัจจัยเหตุทั้ง 3 ประการคือ ปัจจัยนำ (ส่วนบุคคล) ปัจจัยเอื้อ (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่ม) และปัจจัย เสริม (ครอบครัว เพื่อน) เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่เป็นคู่ขนาน บูรณาการรูปแบบ และแก้ปัญหาได้อย่าง ครอบคลุม

2.5 การเสริมสร้างทักษะชีวิต เกราะป้องกันแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น

2.5.1 แนวคิดทักษะชีวิต (Life skills)

ในสถานการณ์ปัจจุบัน โลกมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างทางกายภาพและสังคมจากผลการพัฒนา ของมนุษย์ ทำให้มีการสร้างวัตถุเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ให้รวดเร็ว ทันสมัย ผลกระทบจึงมีทั้งดี และไม่ดี บุคคลโดยเฉพาะวัยรุ่นจึงควรได้รับความรู้ ความคิด การวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลที่ได้รับอย่างเป็นเหตุ เป็นผล เป็นระบบ โดยได้รับการฝึกฝนและดูแลจากครอบครัว โรงเรียนและสังคม ให้สามารถป้องกันปัญหาที่ อาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากตนเองและผู้อื่น ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ปัญหารอบตัวเด็กและทักษะชีวิตที่พึงมี (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2540)

การสร้างเสริมสุขภาพในเด็กและเยาวชน มีความสำคัญและถือว่าเป็นการลงทุนด้านสุขภาพที่คุ้มค่า แต่สภาพการณ์การดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า ไม่สามารถสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมได้ สมมติฐานหนึ่งเชื่อว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นผลมาจากการขาดพื้นฐานที่ดีในเรื่องสุขภาพศึกษา (Health Education) อันเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี และสาเหตุที่แท้จริงของการป่วย/ตายด้วยโรคที่ป้องกันได้เหล่านี้ เนื่องจากคนไทยขาดความรู้ที่ถูกต้องทันกาล ขาดทัศนคติที่ดีพอและขาดการพัฒนาทักษะชีวิตที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (กองสุขภาพ, 2544)

ทักษะชีวิตเป็นทักษะที่ถูกนำมาใช้ในการเพิ่มความสามารถทางจิตสังคม ให้สามารถต่อสู้กับความต้องการและสิ่งท้าทายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยจรรโลงสภาวะสุขภาพจิตที่ดี และยังแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวและมีพฤติกรรมไปในแนวทางที่ถูกต้องขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นในวัฒนธรรมหรือสิ่งแวดล้อมเช่นไร อาจกล่าวได้ว่าความสามารถทางจิตสังคมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นด้านกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมให้เกิดความผาสุก โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่สามารถต่อสู้กับความเครียด และความกดดันในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงได้มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาจัดเป็นหลักสูตรการสอนทักษะชีวิตในโรงเรียน เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน (WHO, 1998; อ้างถึงใน ประภาวดี แสนสีลา, 2543)

กรมสุขภาพจิตได้ประยุกต์ทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลกนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2537 โดยร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ โดยนำมาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และยาเสพติดในกลุ่มเยาวชน ซึ่งได้รับความนิยมมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถาบันการศึกษา เนื่องจากเห็นว่าเป็นกระบวนการที่จะส่งเสริมภายในบุคคลให้ตระหนักในความสามารถ/การเรียนรู้ของตนเอง เจตคติและมีทักษะและตัดสินใจในการจัดการเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง กับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมรอบตัว มีเหตุมีผล มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น และสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคคลนั้น สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (WHO, 1994; กรมสุขภาพจิต, 2544; สมบัติ สุวรรณพิทักษ์, 2542; จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) โดยเฉพาะมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมวัยรุ่น (ประวิต เอรารวรรณ์, 2544)

2.5.2 ความหมายและองค์ประกอบของทักษะชีวิต

2.5.2.1 ความหมาย

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่าทักษะชีวิตที่หลากหลายแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสภาพสังคมและวัฒนธรรม แต่มีจุดหมายเดียวกันเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาวะของบุคคล ดังนี้

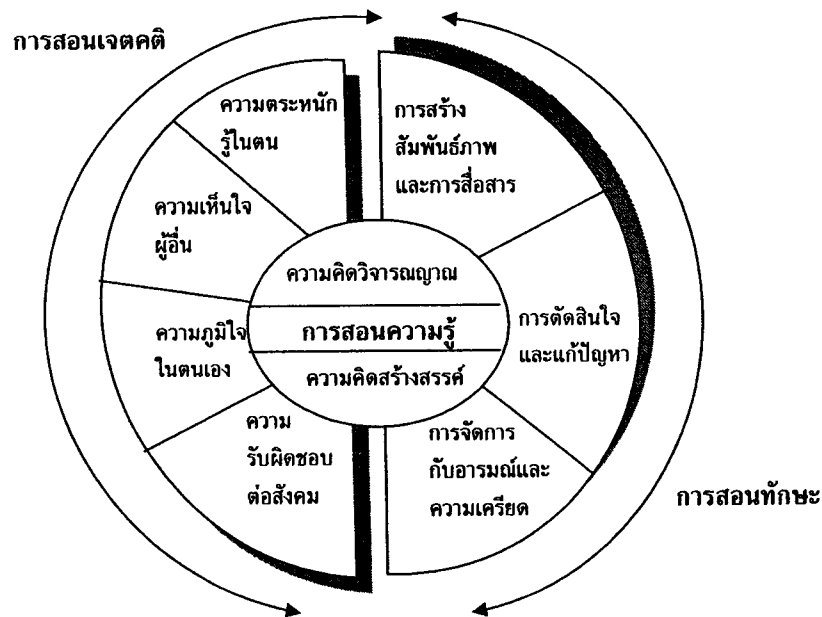
องค์การอนามัยโลก (1997; อ้างถึงในประภาวดี แสนสีลา, 2543) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความสามารถในการปรับตัว และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการที่จะเผชิญกับสิ่งท้าทายต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรมอนามัย (2539) เป็นความสามารถอันประกอบด้วยความรู้ เจตคติและทักษะในการจัดการกับปัญหารอบตัวในสภาพสังคมปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต

จุฬารักษ์ โสตะ (2546) คุณลักษณะหรือความสามารถเชิงสังคม จิตวิทยา เป็นทักษะภายในที่ช่วยให้สามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือเป็นความสามารถพิเศษพื้นฐาน ที่ทุกคนจำเป็นต้องใช้ในการเลือกทางดำเนินชีวิตในสังคมให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องอาศัยการถ่ายทอดประสบการณ์โดยการฝึกอบรม

กล่าวโดยสรุปทักษะชีวิตในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง การให้กระบวนการ/กิจกรรมที่ได้จากการประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ประสบการณ์การเรียนรู้ในการทำงาน ร่วมกับการใช้แรงบันดาลใจทางสังคมของ House เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสามารถ มีเจตคติที่ดี มีการเรียนรู้ และมีทักษะในการจัดการในเรื่องราว และสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ ได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง กับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมรอบตัว มีเหตุ มีผล มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น และสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างสร้างสรรค์ และมีประสิทธิภาพ ไม่สร้างความขัดแย้ง และก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้

2.5.2.2 องค์ประกอบของทักษะชีวิต ขององค์การอนามัยโลกมีทั้งหมด 5 คู่ หรือ 10 องค์ประกอบ คือ การคิดวิจารณ์และความคิดสร้างสรรค์ (Critical thinking and Creative thinking) การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา (Decision making and Problem solving) ความตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจในผู้อื่น (Self-awareness and Empathy) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Effective communication and Interpersonal relationship skills) และการจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Coping with emotions and Coping with stress) และกรมอนามัย (2539) ไทยได้เพิ่มทักษะความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคมอีก 1 คู่ รวมทั้งสิ้น 12 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้



ภาพที่ 3 องค์ประกอบของทักษะชีวิตของกรมอนามัย (2539)

จากแผนภาพ ส่วนที่เป็นแกนกลาง จะเป็นองค์ประกอบด้านความคิด ความรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบร่วมของทักษะชีวิตอื่น ๆ ทั้งหมด ส่วนวงกลมรอบนอกจะเป็นด้านเจตคติและทักษะ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ได้เลือกองค์ประกอบของทักษะชีวิต 5 คู่ ให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ โดยสร้างความคิดวิจารณ์ญาณและความคิดสร้างสรรค์ 2) ด้านเจตคติ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและรับผิดชอบต่อสังคม 3) ด้านทักษะ โดยการสร้างทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา การสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะในการจัดการกับอารมณ์และความเครียด มาสร้างกรอบการวิจัย เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ มีความซับซ้อนและมีตัวแปรเกี่ยวข้องมากมายทั้งตัวบุคคลและสังคม ต้องมีการปรับกลยุทธ์ให้มีความหลากหลายและสอดคล้องกัน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ การทดลองปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงเหตุผลและสรุปขยายต่อความคิดอย่างเป็นระบบ และควรได้รับการกล่อมเกลาคิดด้านจริยธรรม โดยต้องอาศัยการสนับสนุนจากสังคม ในการสร้างปัจจัยนำ(ตัวเด็ก) ปัจจัยเอื้อ (สิ่งแวดล้อม) และปัจจัยเสริม (เพื่อน ผู้ปกครอง ชุมชน) ให้เด็กตั้งใจและตัดสินใจเลือกทางเดินที่ถูกต้อง ไม่หันมาบริโภคแอลกอฮอล์ ส่วนความตระหนักและการเห็นใจคนอื่นนั้นเป็นทักษะที่จำเป็น แต่ด้วยระยะเวลาอันจำกัด และมีความเห็นว่าถ้าเด็กมีจิตใจที่ดี มีน้ำใจ และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ย่อมจะไม่กระทำการใดๆ ที่เสี่ยงต่อชีวิตและทรัพย์สินผู้อื่น เช่น การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการนั่งร่วมวงกับคนดื่ม การเที่ยวกลางคืน การเมาแล้วขับรถ เป็นต้น จึงไม่นำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งรายละเอียดของทักษะชีวิตทั้ง 10 ทักษะมีดังนี้

1) ด้านเจตคติ

(1) ความภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม

ความภูมิใจในตนเอง (Self esteem) เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของชีวิตต่อตนเอง การมองเห็นคุณค่าตนเอง โดยให้ความสำคัญกับคุณค่าภายในตนมากกว่ารูปร่างภายนอก เช่น ความมีน้ำใจ รู้จักให้รู้จักรับ รู้จักรักตนเอง (Self-Love) และประเมินความสามารถของตนเอง (Self of

Competence) ที่จะกระทำสิ่งต่างๆให้มีความสำเร็จมากขึ้นเพียงใด ถ้าประสบความสำเร็จหรือมีการดำเนินไปในด้านดีก็จะมีภาคภูมิใจเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกหมดความสามารถไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าจะลดลง (Taylor, 1982; อ้างถึงในพิสมัย สุขอมรัตน์, 2540) โดยวัยรุ่นชายที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำจะพบปัญหาการปรับตัวในสังคมที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เพื่อแสดงความเป็นผู้ใหญ่ (เสาวรส มีกุล, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของเฮย์ส และฟอร์ส (Hays, & Fors, 1990) ส่วนวัยรุ่นที่เห็นคุณค่าในตนเอง มักเป็นบุคคลที่มีอารมณ์มั่นคงและมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (เจตน์สันต์ แต่งสุวรรณและคณะ, 2541; จงกลนี ตัญเจริญ, 2540; อรพินทร์ ชูชมและอัจฉรา สุชาธณ, 2535; อ้างถึงในอริญา แพทย์, 2544) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) เป็นความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่และรู้สึกกับผิดชอบในความเจริญหรือความเสื่อมของสังคม ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความภาคภูมิใจในตนเอง เพราะเป็นแรงจูงใจที่จะกระทำดีกับผู้อื่นและสังคม (กรมอนามัย, 2539) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความหมายของความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง การแสดงออกถึงความสำนึกในการกระทำใดๆ โดยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ชุมชน คำนึงถึงผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ สามารถสร้างสรรค์สิ่งต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมได้ ไม่สร้างปัญหา ภาระให้กับครอบครัว ชุมชนอันเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์

แนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคม

Mitton, dale (1962; อ้างถึงในประภาวดี แสนลีลา, 2543) ได้เสนอแนะแนวทางในการพัฒนาความรับผิดชอบไว้ดังนี้

- 1) การฝึกความรับผิดชอบต้องเริ่มแต่วัยเด็ก
- 2) เด็กทุกคนควรได้ฝึกความรับผิดชอบ
- 3) จัดประสบการณ์ให้เหมาะสมกับวัยและความสามารถของแต่ละบุคคล
- 4) ควรให้เด็กได้ทราบผู้ใหญ่หวังอะไรจากเขา
- 5) ผู้ใหญ่ต้องยึดหยุ่นไม่เร่งรัดจนเกินไป
- 6) ต้องระลึกเสมอว่า เด็กต้องได้รับคำแนะนำจากผู้ใหญ่

กรมอนามัย ได้เสนอกระบวนการฝึกความรับผิดชอบต่อสังคมจะมีขั้นตอนและกิจกรรมโดย การสร้างความรู้สึกจากการเรียนรู้ประสบการณ์จริง กรณีศึกษา สื่อเอกสารต่างๆและการจัดระบบความคิดความเชื่อ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม การอภิปรายและสรุปความคิดเพื่อนำเสนอกลุ่มใหญ่ (กรมอนามัย, 2539)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้พัฒนาทักษะความรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้สื่อบุคคลที่นำเสนอถึงเรื่องราว บทเรียน และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว และสื่อคอมพิวเตอร์ เอกสารประกอบเพื่อสร้างความรู้ และนำข้อมูลจากการได้ยิน ได้ฟังได้รับรู้จากประสบการณ์จริง แล้วนำมาสรุปวิเคราะห์เพื่อเป็นทางเลือกในการเดินทางชีวิตอย่างมีความรับผิดชอบต่อไป

(2) การสร้างความตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Self Awareness and Empathy) โดยการจัดจุดจุดต่อ ความสามารถและความต้องการของตนเอง และเข้าใจความแตกต่างของคนอื่นในทุกด้าน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้นำมาประยุกต์ใช้

2) ด้านความคิด ความรู้

ความคิดวิเคราะห์วิจารณ์และด้านความคิดสร้างสรรค์ (Critical Thinking and Creative Thinking) เป็นความสามารถของวัยรุ่นที่สามารถที่จะวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ สามารถประเมินปัญหาและสถานการณ์รอบตัวได้อย่างกว้างขวาง ไม่ยึดติดกรอบเดิม เป็นการคิดอย่างมี

จินตนาการ และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม สามารถหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น และหาข้อสรุปของตนเองด้วยข้อมูลที่เชื่อถือได้ (กรมอนามัย, 2539; องค์การอนามัยโลก, 1997; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2541) โดยปกติเด็กทุกคนมีติดตัวมาตั้งแต่เกิด หากได้รับการกระตุ้นและพัฒนาพลังสร้างสรรค์ จะทำให้เด็กมีอิสระทางความคิด ช่างจินตนาการ ค้นหาหนทางใหม่ๆ อยู่เสมอ โดยมีแนวคิดดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความคิดวิจารณ์ญาณ

Siegel (1980 cited in Bandman, 1995; อ้างถึงในประภาวดี แสนสีลา, 2543)

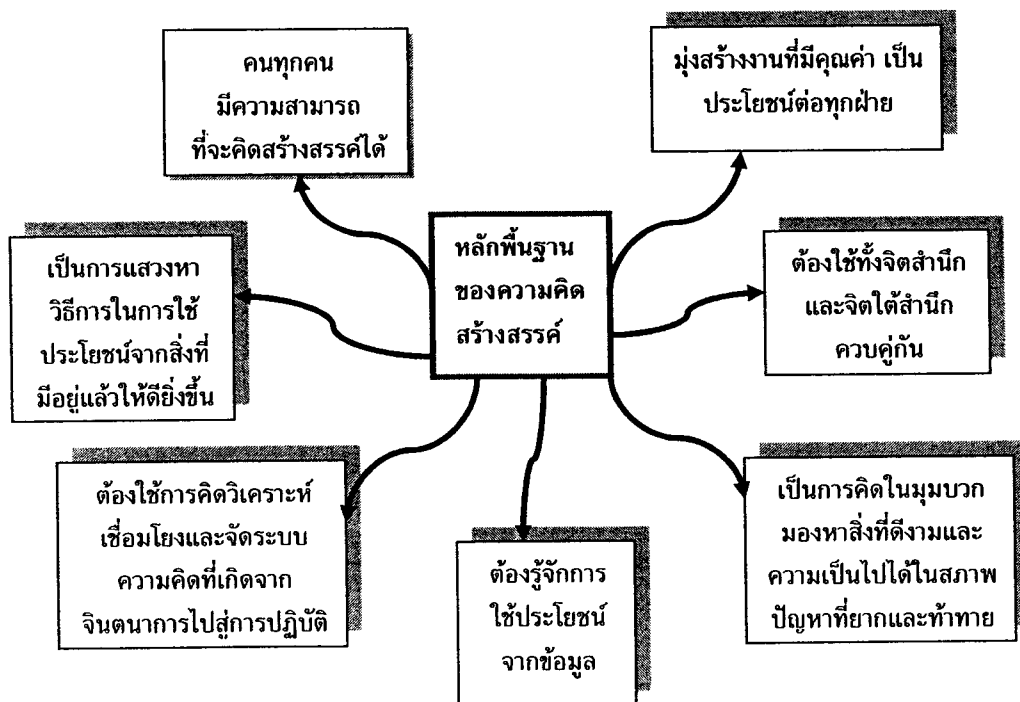
ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการสอนให้นักเรียนมีความคิดวิจารณ์ญาณ 3 ประเด็นคือ

1) ช่วยให้นักเรียนได้กระทำและตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลในการประเมินเหตุการณ์ด้วยตนเอง

2) ช่วยเพิ่มพลังอำนาจ (Empower) มีการกำหนดจุดมุ่งหมายให้กับตนเอง สนับสนุนให้ตั้งคำถามและค้นหาทางเลือกใหม่ๆ

3) เป็นการส่งเสริมให้ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความคิดวิจารณ์ญาณและความคิดสร้างสรรค์ จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบขั้นต้น 3 ประการ (อรรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2538; อ้างถึงในประภาวดี แสนสีลา, 2543) คือ (1) ความพร้อมของผู้เรียน ซึ่งประกอบด้วยความพร้อมทางสติปัญญา ประสบการณ์ชีวิตและแรงจูงใจในการเรียนรู้ (2) ความพร้อมของผู้สอน ประกอบด้วยความรู้ ความสามารถ มีความตั้งใจที่จะพัฒนาผู้เรียนเป็นตัวอย่าง เป็นผู้อำนวยความสะดวกแก่ผู้เรียนและเป็นแหล่งความรู้ (3) กระบวนการเรียนการสอน ที่มีบรรยากาศอบอุ่น ปลอดภัย เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงออก ยอมรับในคุณค่าของความเป็นมนุษย์และสร้างแรงจูงใจในการเรียน

แนวคิดของการคิดอย่างสร้างสรรค์ มีหลักพื้นฐานดังนี้



ภาพที่ 4 หลักในการมีความคิดสร้างสรรค์ (สุวิทย์ มูลคำ, 2547)

กล่าวโดยสรุป จากแนวคิดของการคิดอย่างมีวิจารณญาณและความคิดสร้างสรรค์ นำมาสู่การประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ บทเรียนการฝึกอบรม และนำมาประยุกต์ใช้โดยใช้สื่อเอกสาร คอมพิวเตอร์ เพื่อให้นักเรียนได้รับข้อมูล นำมาวิเคราะห์ แยกแยะผลดีผลเสีย นำมาตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมและสร้างสรรค์กับตนเองและครอบครัวได้

3) ด้านทักษะพิสัย

(1) ความสามารถในการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Communication and Interpersonal relationship) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ด้วยคำพูด ท่าทางหรือน้ำเสียงเพื่อให้อีกฝ่ายรับรู้ เข้าใจและตอบสนองอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการใช้ท่าทางหรือระดับเสียงที่เหมาะสม จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากที่สุด (Barbara Dougan et.al, 1986) ในที่นี้ ผู้วิจัยได้เน้นทักษะในการปฏิเสธ เพื่อบอกความรู้สึกให้อีกฝ่ายรับรู้ ว่า ไม่ชอบ ไม่ต้องการหรือหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมที่เสี่ยงหรือการร่วมวงดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแนวคิดการปฏิเสธนั้นการที่คนเราจะปฏิเสธสิ่งใดนั้น แสดงว่า

- เขามีเจตคติและได้ตัดสินใจอย่างแน่วแน่ว่าจะปฏิเสธ
- จะต้องรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ต้องปฏิเสธ
- เป็นสิทธิส่วนบุคคลอันชอบธรรมที่จะปฏิเสธ

องค์ประกอบของการปฏิเสธ

1. บอกความรู้สึกที่ต้องการ เช่น “ฉันกลัวพ่อกับแม่จะดุเอา ถ้าฉันดื่มเหล้ากับนาย”
2. บอกพฤติกรรมที่ต้องการจะทำ เช่น “ฉันต้องรีบไปกลับบ้าน เพราะพรุ่งนี้ถึงกำหนด

ส่งแล้ว”

3. ถามความเห็น เช่น “นายคงไม่ว่าอะไร ถ้าฉันไปเที่ยวกับนายไม่ได้คืนนี้”

หลักการปฏิเสธที่ดี

1. ปฏิเสธอย่างจริงจังทั้งคำพูด น้ำเสียง สายตาและท่าทาง เพื่อแสดงความชัดเจนในการปฏิเสธ แต่ไม่ก้าวร้าว แสดงอาการสะใจ หรือการไม่ยอ

2. บอกความรู้สึกประกอบเหตุผล เพราะการบอกเหตุผลอย่างเดียวมักถูกโต้แย้งด้วยเหตุผลอื่นอีกอย่างไม่สิ้นสุด เช่น “ฉันขอไม่ดื่มเพราะกลัวพ่อดุ และฉันรู้สึกไม่ค่อยสบายด้วย”

3. การขอความเห็นชอบ และแสดงความขอบคุณเมื่อเขายอมรับ เพื่อรักษาน้ำใจเขา เช่น “ขอบคุณนะที่นึกถึงเรา วันนี้ต้องขอตัวจริง ๆ วันหลังเจอกันใหม่ ไปก่อนนะ”

4. เมื่อถูกเข้ชี้หรือสบประมาท ไม่ควรหวั่นไหวกับคำพูดเหล่านั้น เพราะอาจทำให้เราใจอ่อนและขาดสมาธิ ควรยืนยันทนอย่างจริงจังซ้ำอีก และหาทางออกดังนี้

- ปฏิเสธซ้ำโดยไม่ใช้ข้ออ้างให้ยืดเยื้อ พร้อมตัดบทโดยการบอกลาและเดินออกไปเพื่อหาทางเลี่ยง

- การต่อรอง โดยหากิจกรรมอื่นที่ดีกว่ามาทดแทน เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น “เฮ้ยยังดีดีไหม ไปกินข้าวบ้านเราดีกว่า แม่เราอยากเจอเพื่อนๆ เห็นบ่นตั้งนานแล้ว ไม่ต้องเปลืองเงินด้วย และกลางคืนเดี่ยวอันตราย ถ้าเราจะไปในเมืองกัน” หรือ “เราว่าอย่าไปเลย ไปช่วยแม่เราขนข้าวเข้ายุ้งดีกว่า แม่เราจะให้เงินนะ” และเป็นการออกกำลังกายไปในตัว เห็นแม่เราว่าจะเลี้ยงข้าวอีกด้วย ดีไหมพวกเรา”

- การผลัดผ่อน โดยขอขยี้ระยะเวลาออกไปเพื่อให้ผู้ชวนเปลี่ยนความตั้งใจ เช่น “วันนี้เราติดธุระด่วนจริง ๆ เอาไว้วันหลังว่าง ๆ ก็แล้วกัน ไปก่อนนะเพื่อน ชอบใจนายมาก”

(2) ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Coping with Emotion and Coping with Stress) โดยค้นหาสาเหตุเรียนรู้วิธีการควบคุมระดับของความเครียด วิธีผ่อนคลาย และสามารถเบี่ยงเบนไปในทางที่พึงประสงค์

ความเครียดเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ

- สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาการงาน ปัญหาครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้คนเราเกิดความเครียดขึ้นมาได้
- การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล โดยการมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ใจเย็น นอกจากนั้นคนที่รู้สึกว่าตัวเองมีคนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น มีพ่อแม่ ญาติพี่น้อง มีเพื่อนสนิทที่รักใคร่ และไว้วางใจกันได้ ก็จะมี ความเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง

แนวทางในการจัดการกับความเครียด มีดังนี้

- หมั่นสังเกตความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียด ทั้งนี้ อาจใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองก็ได้
- เมื่อรู้ว่าเครียดจากปัญหาใด ให้พยายามแก้ปัญหานั้นให้ได้โดยเร็ว
- เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดจากแง่ลบให้เป็นแง่บวก
- ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่คุ้นเคย
- ใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับตนเองในการคลายเครียด เช่น การจินตนาการ การทำสมาธิ การวาด การฝึกหายใจ การออกกำลังกาย หรือการหาทางแก้ปัญหที่เกิดขึ้นโดยไม่หลีกเลี่ยงปัญหา เป็นต้น

(3) ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Decision and Problem solving) โดยสามารถค้นหาสาเหตุ หาทางเลือก วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก และตัดสินใจเลือกหนทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา ฮาร์มริคและคณะ (Hamrick et. al.; อ้างในรัตนาดอกแก้ว, 2539) กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจเป็นกระบวนการที่สำคัญทางสุศึกษา สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนได้ เป็นส่วนหนึ่งของทักษะการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ โดยมีทางเลือกที่เหมาะสม โดยอาศัยพื้นฐาน 5 ประการคือ

- 1) ต้องมีการผสมผสานระหว่างความคิด
- 2) ต้องมีการคิด การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจนำไปสู่การประยุกต์ใช้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นจริง
- 3) ต้องส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาหรือเข้าถึงการตัดสินใจ
- 4) เน้นผู้เรียนเป็นจุดศูนย์กลาง
- 5) มีกระบวนการให้เกิดการตัดสินใจ แล้วประเมินผลการตัดสินใจ โดยมี 6 ขั้นตอนคือ
 - การกำหนดปัญหาที่ต้องการให้หาทางเลือก ต้องเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เกี่ยวข้องโดยตรงและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
 - การกำหนดแนวทางที่เป็นไปได้ โดยใช้เทคนิคระดมสมอง การอภิปรายกลุ่มและสรุปยอดความคิด
 - การรวบรวมข้อมูล ความน่าเชื่อถือ ความเป็นไปได้และระบุคุณค่าของแต่ละแนวทาง
 - การตัดสินใจ เป็นขั้นตอนการพิจารณาโดยใช้ความรู้ ทักษะ และค่านิยมจากประสบการณ์ที่มีอยู่มาเป็นเหตุผลในการเลือก
 - ทดลองปฏิบัติตามการตัดสินใจและประเมินผลการตัดสินใจนั้น

- ประเมินผลการตัดสินใจ เป็นขั้นตอนที่สำคัญและใกล้ชิดกับพฤติกรรมมากที่สุด เพราะปฏิกริยาที่ได้รับคือ การเสริมแรง การปฏิเสธหรือการปรับการตัดสินใจเพื่อที่จะได้นำไปปฏิบัติในครั้งต่อไป ดังนั้นการตัดสินใจจึงเป็นกระบวนการสำคัญในการสร้างรูปแบบพฤติกรรมที่ดีหรือไม่ดีได้

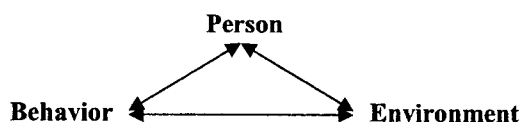
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้นักเรียนหาแนวทางในการแก้ไขปัญาโดยการเชื่อมโยงจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ เพื่อให้มีการคิดวิเคราะห์ โดยใช้การอภิปรายและสรุปยอดความคิด และนำเสนอต่อกลุ่มใหญ่ และให้แต่ละบุคคลได้แสดงเจตนาารมณต่อการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์โดยสมัครใจ และเป็นตัวแบบของกลุ่ม เพื่อเป็นแรงจูงใจต่อเพื่อนในอนาคต

2.5.3 การนำทักษะชีวิตไปใช้ในกระบวนการสอน

2.5.3.1 แนวคิดพื้นฐานในการสอนทักษะชีวิต

การนำทักษะชีวิตไปใช้ในกระบวนการเรียนการสอนเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่อยู่ในระบบโรงเรียน วัฒนธรรมของคนไทยจะเชื่อฟังและเคารพครู จึงควรฝึกทักษะและจัดเข้าสู่ระบบการเรียนการสอนปกติได้และติดตามประเมินผลได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

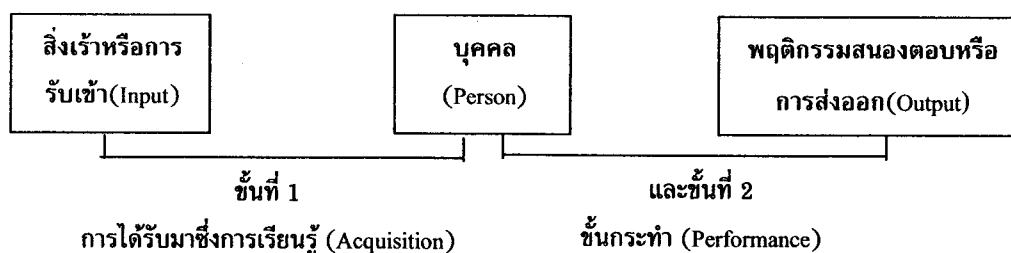
กระบวนการเรียนการสอนทักษะชีวิต เพื่อให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตนเองและผู้อื่น อธิบายได้โดยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977; อ้างถึงในสุรางค์ โค้วตระกูล, 2537) ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของคนเรานั้นส่วนมากจะมีการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) หรือการเรียนรู้แบบจากตัวแบบ (Modeling) Bandura ได้อธิบายกระบวนการเกิดพฤติกรรมมนุษย์ที่มีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องระหว่างบุคคล (Person) สิ่งแวดล้อม (Environment) และพฤติกรรม (Behavior) และเป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกันดังภาพ



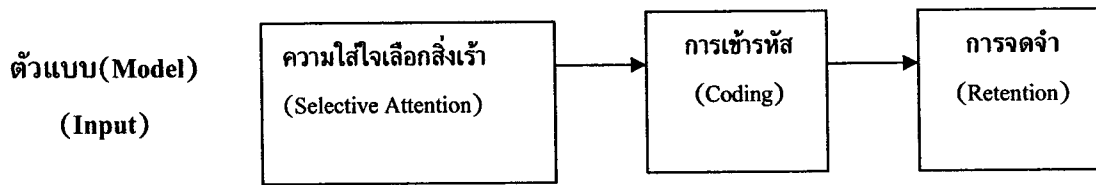
ภาพที่ 5 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม องค์ประกอบส่วนบุคคลและองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม (Bandura, 1977)

2.5.3.2 ขั้นตอนการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเรียนรู้แบบ มี 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นแรก เป็นการได้รับมาซึ่งการเรียนรู้ (Acquisition) ทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ และขั้นที่ 2 ขั้นกระทำ (Performance) ซึ่งอาจจะทำหรือไม่กระทำก็ได้ดังภาพ



ภาพที่ 6 ขั้นตอนการเรียนรู้โดยการสังเกตและเรียนรู้แบบ (Bandura, 1977; อ้างถึงในสุรางค์ โค้วตระกูล, 2537)



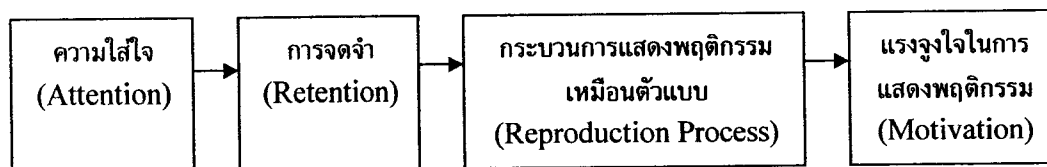
ภาพที่ 7 ส่วนประกอบของการเรียนรู้ขั้นการรับมาซึ่งการเรียนรู้ (Bandura (1977; อ้างถึงในสุรางค์ โค้วตระกูล, 2537)

2.5.3.3 กระบวนการที่สำคัญในการเรียนรู้โดยการสังเกต

Bandura ได้อธิบายกระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ มีทั้งหมด

4 อย่างคือ

- 1) กระบวนการใส่ใจ (Attention) เป็นความสนใจใส่ใจและตั้งใจของผู้เรียนต่อสิ่งนั้น ๆ
- 2) กระบวนการจดจำ (Retention Process) เป็นการบันทึกสิ่งที่ตนสังเกตจากตัวแบบไว้ในความจำระยะยาว ยิ่งถ้าสามารถเก็บไว้เป็นภาพในใจ (Visual Imagery) และสามารถเข้ารหัสเป็นถ้อยคำ (Verbal Coding) จะทำให้สามารถจดจำได้นาน
- 3) กระบวนการแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ (Reproduction Process) เป็นการแปล (Transform) ภาพในใจ (Visual Imagery) หรือรหัสเป็นถ้อยคำ (Verbal Coding) แล้วแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ แต่ขึ้นกับความพร้อมของผู้เรียนทั้งร่างกายและทักษะที่จำเป็น
- 4) กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) จากความคาดหวังว่าการเลียนแบบจะนำประโยชน์มาให้ ซึ่งสรุปได้ ดังภาพ



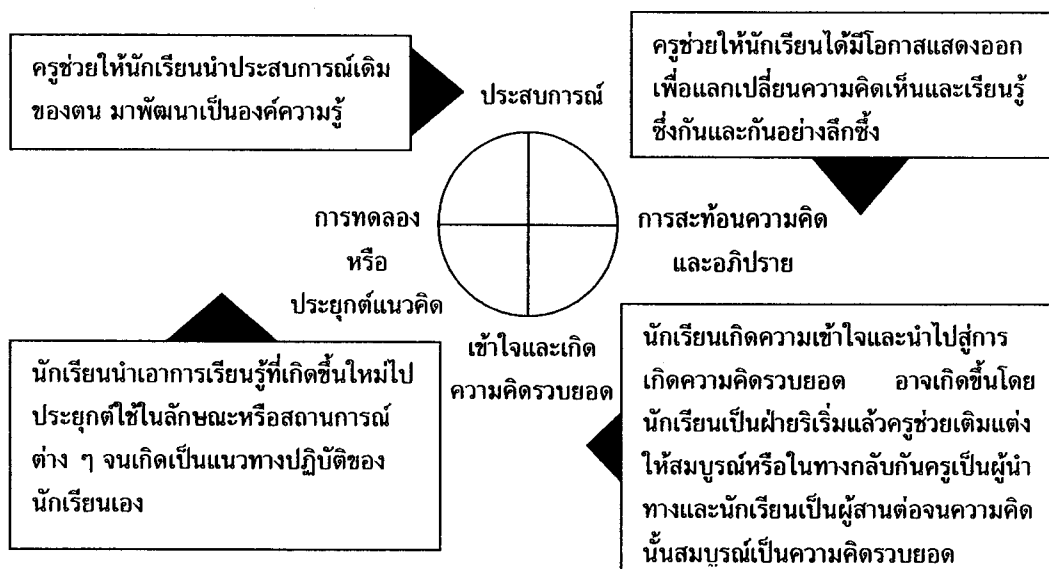
ภาพที่ 8 กระบวนการในการเรียนรู้โดยการสังเกต (Bandura, 1977; อ้างถึงในสุรางค์ โค้วตระกูล, 2537)

2.5.4 กระบวนการเสริมสร้างทักษะชีวิต

การจัดกระบวนการทักษะชีวิต เน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากชีวิตจริงที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัว และมีการผสมผสานองค์ประกอบ ทั้ง 5 คู่ โดยการสอนทักษะต่างๆ ต้องมีความชัดเจน โดยให้ผู้เรียนได้มีการฝึกปฏิบัติในเรื่องที่เป็นสถานการณ์ใกล้เคียงตัว เช่น การจัดโปรแกรมการเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม (Active Learning/ Participatory Learning) และการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experimental Learning) ที่เน้นผู้เรียนเป็นจุดศูนย์กลาง (Student centered; กรมอนามัย, 2539) ทำให้มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและกับครูสอน ทำให้เกิดความกระตือรือร้น เกิดความประทับใจ ฝังใจจดจำมากกว่า โดยมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และกระบวนการเรียน 5 ขั้นตอนคือ

- 1) การจัดการเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์ของนักเรียน
- 2) ร่วมกันสะท้อนความคิด

- 3) อภิปรายในประเด็นนั้น ๆ ให้เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด
- 4) การทดลองปฏิบัติหรือประยุกต์แนวคิด โดยการจัดกระบวนการต้องมีความต่อเนื่อง สร้างความคุ้นเคยโดยการละลายพฤติกรรมผู้เรียน สร้างอารมณ์การมีส่วนร่วมและตั้งกติกาในการเรียนการสอน
- 5) มีการสื่อสารโดยการพูดหรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ สามารถสรุปรวมได้ทั้งภาพ



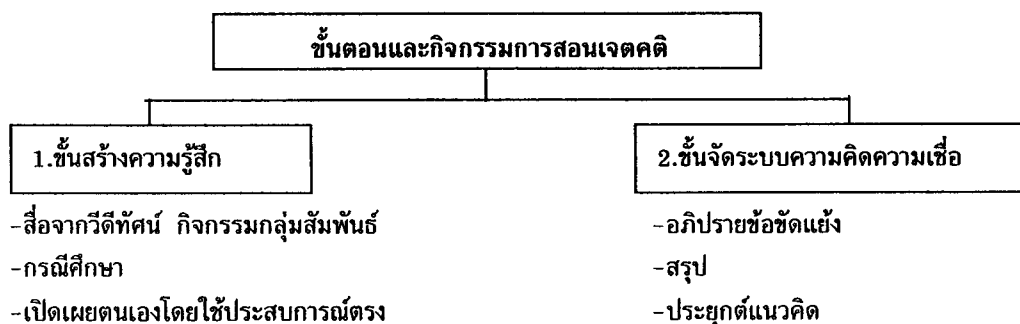
ภาพที่ 9 กระบวนการเรียนรู้ทักษะชีวิต (กรมอนามัย, 2539: อ้างในสุจินดา สุขกำเนิด และคณะ, 2541)

ความสัมพันธ์ทั้ง 4 องค์ประกอบจะเป็นไปอย่างพลวัตร โดยอาจเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่ง และเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นในกระบวนการเรียนการสอนจึงอาจเริ่มที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่ต้องจัดกิจกรรมให้ครบทุกองค์ประกอบ

จากแผนภาพที่ 9 กระบวนการเรียนการสอนทักษะชีวิต ที่อยู่บนฐานการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) กว่าจะสามารถเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ที่ฝึกและเมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริง โดยมีหลากหลายรูปแบบ/วิธีการ/กิจกรรม ทั้งฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การระดมสมอง (Brainstorming) การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) การโต้วาที (Debate) และการเรียนรู้จากประสบการณ์ เช่น เกมส์ (Games) การสาธิต (Demonstration) การแสดงบทบาทสมมติ (Role Play) ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ใช้เทคนิค/กระบวนการมีส่วนร่วมทั้งหมด เพื่อให้นักเรียน/เยาวชนเกิดทั้งความรู้ เจตคติและทักษะในการป้องกันแอลกอฮอล์ในกลุ่มทดลอง ตามสมมติฐานที่วางไว้ โดยมีขั้นตอนการทำกระบวนการดังต่อไปนี้

การสอนเพื่อให้เกิดเจตคติ (Attitude) ที่ดีมี 2 ขั้นตอนคือ

- 1) ขั้นสร้างความรู้สึกลึกซึ้งสอดคล้องกับเจตคติดังกล่าว
- 2) ขั้นการจัดระบบความคิดความเชื่อโดยการเปลี่ยนแปลงเจตคติได้ให้ความสำคัญกับการใช้สื่อและกิจกรรมโดยสรุปได้ดังนี้



ภาพที่ 10 กระบวนการสอนทักษะชีวิตด้านจิตพิสัย (กรมอนามัย, 2539)

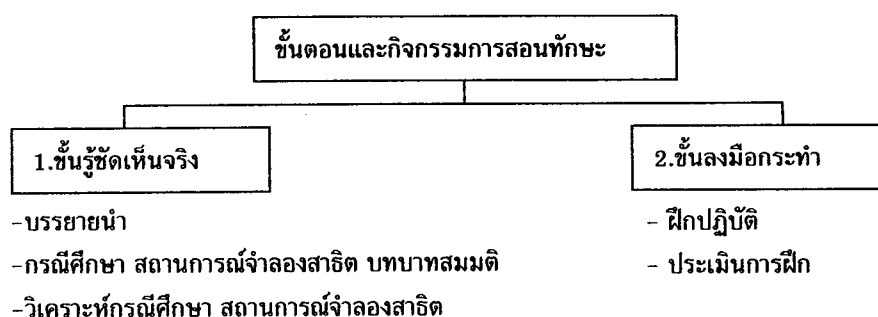
ขั้นสร้างความรู้สึก จะใช้สื่อหรือกิจกรรมสร้างความรู้สึก อาจใช้เวลาประมาณ 5-20 นาที ของคาบสอน ส่วนที่เหลือจะเป็นการจัดระบบความคิดความเชื่อ ครูจึงต้องมีทักษะในการใช้สื่อหรือกิจกรรมให้เกิดความรู้สึกได้จริง รวมทั้งมีทักษะในการใช้กระบวนการกลุ่ม ช่วยในการจัดระบบความคิดความเชื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการอภิปรายโต้แย้งจนนักเรียนสามารถหาข้อสรุปด้วยตนเอง และนำข้อสรุปเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ๆ

การสอนเจตคดียังแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ

- การสร้างเจตคติก่อนมีพฤติกรรม เช่น กลัวเกิดอุบัติเหตุก่อนดื่มเหล้า หรือกลัวถูกมอมเหล้า แล้วพาไปชมขึ้น ซึ่งจะเน้นสื่อที่สร้างความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับเจตคตินั้น ๆ
- การเปลี่ยนแปลงเจตคติ เช่น การลด ละ เลิกการดื่มแอลกอฮอล์หลังจากดื่มมานาน จะใช้สื่อที่ช่วยโยกคลอนเจตคติเดิมและใช้ประเด็นอภิปรายที่เข้มข้น กระแทกความรู้สึกมากกว่า

2.5.3 การสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม ดังที่กล่าวมาแล้วว่า การสอนต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัยและทักษะพิสัย แต่การสอนทักษะต้องใช้สื่อที่ชัดเจน เข้าใจง่ายและให้มีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียงตัว ดังนั้นการสอนทักษะจึงมี 2 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นรู้ชัดเห็นจริง เป็นขั้นตอนที่แสดงให้เห็นว่ามีขั้นตอนอย่างไร ทำได้อย่างไร
2. ขั้นลงมือกระทำ เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้กระทำ ดังแผนภาพที่แสดงดังนี้



ภาพที่ 11 กระบวนการสอนทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัย (กรมอนามัย, 2539)

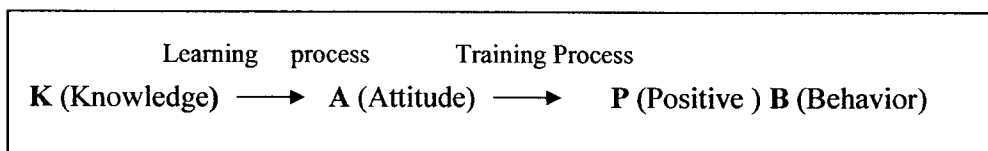
ในขั้นรู้ชัดเห็นจริง จะใช้การบรรยายประกอบการยกตัวอย่าง และให้นักเรียนร่วมอภิปรายถึงความสำคัญและวิธีการฝึกทักษะนั้น ๆ จากนั้นจะใช้สถานการณ์จำลองให้นักเรียนคิดใช้ทักษะดังกล่าว หรือใช้การสาธิตทำให้นักเรียนมีส่วนร่วม และเห็นลำดับขั้นตอนชัดเจน จากนั้นแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อระดมสมอง

ชั้นลงมือกระทำ ให้นักเรียนฝึกทักษะโดยการใช้บทบาทสมมติ (Role play) หรือการซ้อมบท (Rehearsal play) เป็นกิจกรรมหลัก และมีการฝึกซ้ำโดยผลัดกันแสดงจนชำนาญ ดังนั้นการฝึกอบรมนี้ จะต้องฝึกให้ครูมีทักษะในการใช้สถานการณ์จำลองและการสาธิต เพื่อให้นักเรียนเห็นจริง ขณะเดียวกันก็มีทักษะในการนำมาฝึกบทบาทสมมติ หรือการซ้อมบทและประเมินผลการฝึกได้ ซึ่งทักษะที่มักมีปัญหาในการนำไปใช้ในชีวิตจริงคือทักษะในการสื่อสาร ที่มักจะไม่ได้คิดปฏิเสธจริงจัง มีข้อคิด 2 ประการคือ

1. การที่คนเราจะปฏิเสธ แสดงว่าเรามีเจตคติในเรื่องนั้น ๆ และมีการตัดสินใจแล้วแต่ยังขาดทักษะ จึงควรสอนแนวทางในการเพิ่มทักษะโดยไม่ทำลายสัมพันธภาพ ฉะนั้นการสอนจึงควรสอนเจตคติก่อนการสอนทักษะ

2. การนำเข้าสู่บทเรียนครูควรทบทวนความรู้ในชั่วโมงที่ผ่านมาเพื่อให้นักเรียนมีความเข้าใจที่ตรงกันและเพิ่มความตระหนักมากขึ้น

จะเห็นได้ว่ากระบวนการเรียนการสอนในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยน เพื่อให้ทันยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และเด็กมีพัฒนาการด้านความคิดที่เร็วจากการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มากมาย ทำให้ระบบการเรียนการสอนในทุกระดับได้นั้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างเจตคติที่พึงประสงค์ และเน้นความฉลาดทางอารมณ์มากขึ้นเพราะเชื่อว่าจะเด็กจะสามารถนำพาชีวิตไปสู่เป้าหมายได้อย่างมีความสุข ดังภาพ



ภาพที่ 12 ผลจากกระบวนการสอนทักษะชีวิต (ประเสริฐ ดันสกุล, 2538)

2.5.4 การประยุกต์ใช้กระบวนการทักษะชีวิตเพื่อป้องกันพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์

ในประเทศไทย มีการสร้างหลักสูตรทักษะชีวิต เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะในระบบโรงเรียนค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาทักษะชีวิต ตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่นในโรงเรียน ในหลายประเทศประสบความสำเร็จในช่วงอายุ 6-16 ปี (WHO, 1994) และได้จัดทำเป็นคู่มือเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้กับกระบวนการเรียนการสอนในโรงเรียน หรือเยาวชนนอกโรงเรียนเช่น สถานพินิจเพื่อป้องกันยาเสพติด โรคเอดส์ บุหรี่ แต่ในเรื่องแอลกอฮอล์ยังไม่มากนัก ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทักษะชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดำเนินการในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในการป้องกันยาเสพติด/บุหรี่และการป้องกันโรคเอดส์ เนื่องจากธรรมชาติของโรคต่างกัน ความรุนแรงต่างกัน เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงและเห็นความสอดคล้องของโปรแกรม

แต่ทั้งนี้ ได้มีการทบทวนงานวิจัย การดำเนินโครงการป้องกันแอลกอฮอล์ในต่างประเทศ โดยวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของโปรแกรม ประสิทธิภาพ และสังเคราะห์แนวคิดของการดำเนินการ แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีหน่วยงานเอกชนที่สร้างโปรแกรมสำหรับนักเรียนหรือวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยชี้เฉพาะในแต่ละเรื่องและใช้ระยะเวลาอันสั้น เช่น Positive Action Program (www.Positiveaction.net/programs/index.asp?ID 1=1&ID2=233) เป็นบริษัทออกแบบโปรแกรมสำหรับการฝึกอบรมครูฝึก (trainer) การสร้างทักษะชีวิตในกลุ่มนักเรียนเพื่อเพิ่มพฤติกรรมเชิงบวก ลดพฤติกรรมเชิงลบ เช่น การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และเพิ่มทักษะทางสังคมและการจัดการกับอารมณ์ โดยแสดงให้เห็นว่า ทำอย่างไร เขาจึงจะสามารถมี

ชีวิตอยู่อย่างเข้มแข็งและไม่พึ่งพาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ โดยทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง มีความตระหนักและสร้างทางเลือกที่ดีที่สุดและตัดสินใจที่จะกระทำในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยโปรแกรมนี้มีการประมวลกลวิธีการป้องกันหลากหลายชนิด จะทำให้นักเรียนเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง เปลี่ยนวิกฤติหรืออุปสรรคให้เป็นโอกาส มุ่งสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ผลกระทบ การหลีกเลี่ยงและสร้างทักษะต่าง ๆ เช่น การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณและสร้างสรรค์ ทักษะการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และทักษะการระลึกจำ ทำให้นักเรียนเกิดความตระหนักในความสามารถ และมีความภาคภูมิใจในตนเอง โดยการมองตนเองและวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง การกระทำเชิงบวกจะช่วยให้ นักเรียนมองไปข้างหน้าอย่างมีเป้าหมาย หาทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมกับตนเอง โดยจะมีทั้งหลักสูตรในชั้นเรียน โปรแกรมการสร้างบรรยากาศในโรงเรียน (school-climate program) และ หลักสูตรสำหรับผู้ปกครอง ชุมชนที่มีส่วนในการสนับสนุน ให้โอกาส เป็นตัวอย่าง และให้กำลังใจที่สำคัญ ไม่มีการบรรยายแต่จะใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทั้งหมด ดังตัวอย่างของโปรแกรมนี้นี้

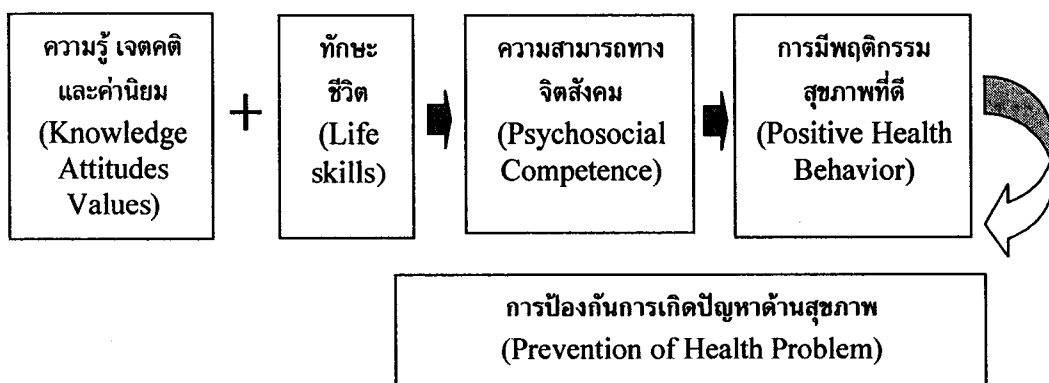
หลักสูตรในชั้นเรียน (classroom curriculum)	โปรแกรมการสร้าง บรรยากาศในโรงเรียน (School-Climate program)	โปรแกรมสำหรับผู้ปกครองและชุมชน (Parent & community program)
หน่วยที่ 1: การสร้างอุดมการณ์ของ ตนเอง (Self concept) -การสร้างความเข้มแข็งในจิตใจ -หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย หน่วยที่ 2: ร่างกายและจิตใจ ของคุณ -การเอาใจใส่ การดูแลร่างกายและจิตใจตนเอง -การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับวัย -มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ พักผ่อน และหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุกคามชีวิต -เรียนรู้ผลกระทบจากแอลกอฮอล์ ยาเสพติด เมื่ออยู่ช่วงชั้นที่ 5 Middle school Drug Education -การสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง อุดมการณ์กับการเลือกเส้นทางที่ปลอดจากยาเสพติด -การสร้างทักษะการปฏิเสธหรือต้านทานความกดดันตัวแบบทางสังคมสื่อและชุมชน	-สร้างกิจกรรมในการป้องกันเชิงบวกโดยการสร้างเสริมให้แนวคิดและมีการปฏิบัติที่ทำให้สุขภาพดี เช่น สนุกสนาน ตื่นเต้นโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ -การเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การแก้ปัญหาและการแก้ไขความขัดแย้ง -การบริหารและการจัดการความเครียด	-การสร้างแรงเสริมเพื่อช่วยให้บุตรหลานเอาใจใส่และป้องกันร่างกายจิตใจตนเองรวมทั้งการหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และมีเพศสัมพันธ์ในวัยอันสมควร -การฝึกปฏิบัติการทำกิจกรรมเชิงบวกและนำไปทำที่บ้าน -การให้คำแนะนำแก่บุตรหลานและสร้างการมีส่วนร่วมในครอบครัวเพื่อลดโอกาสในการมีกิจกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ -สร้างต้นแบบที่ดีในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เด็กได้มีภาวะผู้นำและกระทำในแนวทางที่ทำให้มีสุขภาพดี -มีคู่มือสำหรับผู้ปกครองที่มีเนื้อหาในการสร้างความเข้มแข็งให้กับบุตรหลาน การสร้างอุดมการณ์ให้ตนเอง การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควร

ภาพที่ 13 ตัวอย่างโปรแกรมการป้องกัน ยาเสพติด แอลกอฮอล์หรือยาเสพติดชนิดอื่น (Positive Action Program; www.Positiveaction.net/programs/index.asp?ID1=1& ID2=233)

ประสิทธิผลของใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์โดยประเมินจากความถี่และปริมาณการดื่ม จากการสุ่มประเมินกลุ่มทดลองพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยใน 6 เดือน แต่เมื่อมีการศึกษาในกลุ่มที่ใหญ่ขึ้นโดยใช้กลวิธีการป้องกันการใช้กัญชา แอลกอฮอล์และบุหรื ในเด็กมัธยมศึกษาของรัฐนิวยอร์กพบว่า ครูและผู้ที่มีอิทธิพลต่อนักเรียนยอมรับหลักสูตรนี้และมีการกระตุ้นโปรแกรมอีกครั้ง ซึ่งพบว่าหลังจาก 1 ปี นักเรียนมีการลดการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยดื่มในบางโอกาสเท่านั้นและมีการรับรู้ ทักษะคิดและการลดปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ ATODs (Botvin et al, 1984b)

นอกจากนี้ยังมีการใช้โปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ใช้ยาอื่น ๆ (Alcohol tobacco and other drug; ATODs) โดย Gilbert J. Botvin (2000) โดยออกแบบสำหรับเป็นโปรแกรมพื้นฐานของโรงเรียน (School-Base intervention) เพื่อใช้ในการป้องกันการใช้ ATODs ในระยะแรกสำหรับวัยรุ่นหนุ่มสาว (Younger population) โดยเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อลดอุบัติการณ์การใช้ ATODs ในทางที่ผิด (Hawkins et al., 1992) การนำกรอบแนวคิดและทฤษฎีมาอธิบายเพื่อให้เกิดผลขับเคลื่อนปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้เป็นพลวัตทั้งปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความเชื่อ ทักษะคิด และทักษะส่วนบุคคลในการสร้างสมรรถนะและการต้านทานแรงกดดันจากสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความวิตกกังวล มีคุณค่าในตนเอง การคาดหวังในความสามารถของตนเอง ฯลฯ รวมถึงสิ่งแวดล้อมทั้งบรรทัดฐานในสังคม พ่อแม่ และคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ ซึ่งทฤษฎีที่นำมาสร้างกรอบแนวคิดมีหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีปัญญาสังคม (Bandura, 1977) Problem behavior theory (Lessor and Jessor, 1977) และ Self-derogation (Kapland, 1980) persuasive communication (McGuire, 1968) and peer cluster theory (Getting and Beauvais, 1987).

ดังนั้นการออกแบบโปรแกรมทักษะชีวิต ควรคำนึงถึงปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์/บุหรื/ยาเสพติดในระดับบุคคล 3 องค์ประกอบคือ 1) ความรู้ ทักษะคิดและบรรทัดฐานของสังคม 2) การสอนทักษะในการต้านทานสื่อ/อิทธิพลของบุคคลในสังคมที่มีผลต่อการใช้แอลกอฮอล์/บุหรื/ยาเสพติดและ 3) การส่งเสริมให้บุคคลมีการบริหารจัดการตนเองและมีทักษะทางสังคม โดยการเพิ่มทักษะในการตัดสินใจ การมีวิจรรย์ญาณ ทักษะในการจัดการความเครียด ความโกรธ ความขัดแย้งและการให้เด็กมีการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ส่วนทักษะทางสังคมโดยเพิ่มทักษะการสื่อสารทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม จะเห็นได้ว่าทักษะชีวิตไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่มีการทำอย่างเป็นรูปแบบและได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เพราะปัจจัยด้านความรู้ เจตคติและค่านิยมเป็นส่วนประกอบสำคัญในการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา (WHO, 1994 อ้างใน กรมอนามัย, 2539) รวมทั้งการป้องกันการบริโภคแอลกอฮอล์ ที่ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เสมอไป ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงได้นำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยคาดหวังว่าสามารถทำให้บุคคลได้รับทั้งความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องนั้นอย่างถูกต้อง มีค่านิยมที่ดีเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของสังคม ไม่คล้อยตามสิ่งยั่วยุจากสิ่งแวดล้อมและมีเจตคติที่ถูกต้องเหมาะสม มีพฤติกรรมป้องกันการแอลกอฮอล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดปัญหาด้านสุขภาพ สังคมต่อไป ดังภาพ



ภาพที่ 14 ผลลัพธ์ของกระบวนการสอนทักษะชีวิต (WHO, 1994)

2.6 แรงสนับสนุนจากสังคม กระบวนการมีส่วนร่วมที่สำคัญ

2.6.1 ความหมาย และแนวคิดการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

WHO (1986) ได้ให้ความหมายของการการสนับสนุนทางสังคมคือ การช่วยเหลือที่ให้อุปการะบุคคลหรือต่อกลุ่มต่างๆ ที่มาจากภายในชุมชนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดเกราะกำบังภัย อันเกิดจากความพลิกผันของชีวิต สภาพความเป็นอยู่ ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแรงสนับสนุนอาจรวมถึงถึงการให้กำลังใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการต่างๆ

House (1981 cite in Brown, 1986; อ้างถึงในจุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ได้ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย ความรักความห่วงใย กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสารรวมทั้งสะท้อนความคิดเห็นเพื่อประเมินตนเอง และการให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง

Cobb (1976; อ้างถึงในจุฬารักษ์ โสตะ, 2546) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม

Kann (1979; อ้างถึงในจุฬารักษ์ โสตะ, 2546) มองการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิกริยาการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลทั้งในด้านความรู้สึกที่ดีต่อกัน การยอมรับหรือเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของกันและกัน

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้มีความหมายและแนวคิด คือ เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของบุคคลในชุมชนทั้งที่เป็นทางการคือกลุ่มผู้นำชุมชน โรงเรียน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และไม่เป็นทางการคือ พระ คนในชุมชน ครอบครัว โดยให้ความช่วยเหลือทั้งที่เป็นวัตถุ สิ่งของ เงินทอง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารหรือความรัก ความห่วงใยดูแลเอาใจใส่ ทำให้บุคคลนั้นได้รับประโยชน์ ได้กำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าและดำรงตนเป็นเครือข่ายทางสังคมได้ เน้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการเพราะทำให้เกิดความผูกพัน ห่วงดี เสมือนญาติพี่น้อง ทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยากที่จะรับผิดชอบ สร้างสรรค์และพัฒนาให้มีความน่าอยู่ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อและเชื่อเพื่อน ถ้ามองเห็นความสำคัญของครอบครัว สังคม วัฒนธรรม จารีตประเพณีของสังคมที่อาศัยอยู่ อาจส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน

2.6.2 หลักการให้การสนับสนุนทางสังคม (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) คือ

1) ต้องมีการติดต่อสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน อาจโดยการพูด เขียนการแสดงความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ

2) ผู้รับการสนับสนุนต้องมีความเชื่อว่า ข้อมูลข่าวสารนั้นมีคนเอาใจใส่ ห่วงดีอย่างจริงจัง มีคุณค่าและทำให้ตนเองสร้างสรรค์ให้ประโยชน์ต่อสังคมได้ โดยสังคมมีการยอมรับ

- 3) แรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูป ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของหรือจิตใจและ
- 4) ทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536)

ในการศึกษาครั้งนี้ สนใจศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมทุกระดับ (Gottlieb, 1985) คือ 1) ระดับลึก ได้แก่ ครอบครัว ญาติ 2) ระดับกลุ่มเครือข่าย ได้แก่ เพื่อนสนิท เพื่อนในห้อง นักเรียนในโรงเรียน ครูและ 3) ระดับกว้าง ได้แก่ คนในชุมชนรวมทั้งแกนนำชุมชน พระ โดยให้การสนับสนุนทั้ง 4 ชนิดของ House (1981) คือ

- 1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง เห็นคุณค่า มีความผูกพันต่อกัน
- 2) ด้านการประเมิน ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสมรรถนะตนเอง หรือการแสดงความคิดเห็นต่อพฤติกรรมนั้น ๆ
- 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น คำแนะนำ ความรู้ ข้อเสนอแนะ
- 4) ด้านวัตถุ สิ่งของที่จำเป็นในการเรียนรู้ เช่น เงิน อุปกรณ์ต่าง ๆ

แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนได้เป็นอย่างดี โดยปกติสังคมไทยมีการเกื้อกูลต่อกันมาเป็นเวลาช้านาน การนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในกิจกรรมการสร้างเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชน จะต้อง

- 1) คัดเลือกหาบุคคลที่จะเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ที่เกี่ยวข้องและสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ความเชื่อถือ ศรัทธา อาจจะหนึ่งคนหรือมากกว่าก็ได้
- 2) เตรียมความพร้อมให้กับผู้ที่จะให้แรงสนับสนุนทางสังคมให้มีความรู้ความเข้าใจ ในสิ่งที่จะให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับแรงสนับสนุน เช่น ถ้าทำหน้าที่แนะนำหรือกระตุ้นเตือนให้กลุ่มเป้าหมายเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจะต้องลดหรืองดดื่มและสามารถบอกสาเหตุของปัญหาได้อย่างถูกต้อง มั่นใจ และสามารถสาธิตให้แก่คนอื่นได้ (บางครั้งอาจจะต้องฝึกอบรมผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมก่อนที่จะให้ไปทำหน้าที่สนับสนุนคนอื่น)

3) กำหนดบทบาทให้ผู้ให้แรงสนับสนุนได้ทราบและเข้าใจ เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น ให้ไปให้แรงสนับสนุนประเภทใด แก่ใคร บ่อยแค่ไหน และที่ไหน และอาจต้องมีการติดตามการปฏิบัติงานของผู้ให้แรงสนับสนุนด้วย

นอกจากนี้ การประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะประเมินจากฝ่ายผู้รับ โดยการสอบถามหรือสัมภาษณ์ หรือให้ผู้รับจดบันทึกก็ได้ โดยอาจจะมีการประเมินแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงอย่างเดียว นอกจากนั้นยังมีการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในรูปแบบต่าง ๆ เช่น แบบประเมินแรงสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือในรูปของสิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร ในการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนของเครือข่ายของแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับเพียงเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความเพียงพอของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประเมินได้โดยการรับรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้น แต่ในที่นี้ใช้การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม จากฝ่ายผู้รับ (คือนักเรียนในกลุ่มตัวอย่าง) ทั้งการรับรู้ ความพึงพอใจ และลักษณะการให้การสนับสนุน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถาม การจดบันทึก การสังเกตความร่วมมือ

2.6.3 กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม

การดำเนินงานใด ๆ จะประสบความสำเร็จอาจกระทำไม่ได้ไม่ยากนัก แต่ผลเหล่านั้นอาจไม่ส่งผลในระยะยาว และมีหลายโครงการที่ล้มเหลว ไม่คุ้มค่า และบางครั้งสร้างความขัดแย้งในองค์กรนั้น ๆ เนื่องจากขาด

การมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้เรื่องราวที่จะดำเนินการ ไม่มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการและ ประเมินความสำเร็จ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่มีความสำคัญ และไม่รู้สึกถึงความผูกพันหรือเป็น เจ้าของในผลที่ได้รับจากกระบวนการเหล่านั้น ฉะนั้นแนวทางการพัฒนาในปัจจุบันจึงเน้นประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ โดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา มาร่วมกันสร้าง สร้างพลังกาย ความคิด ผลักดันงานต่างๆให้สำเร็จ โดยมีเงื่อนไข (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) คือ

1) สมาชิกต้องมีอิสระในการเข้าร่วม

2) สมาชิกต้องมีความสามารถในการเข้าร่วม เช่นมีเวลา ไม่กระทบกระเทือนการทำงาน ไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือรายได้จนทำให้เดือดร้อน

3) สมาชิกต้องเต็มใจและสนใจที่จะเข้าร่วม

2.6.3.1 ระดับการมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ระดับ (บัญญัติ แก้วสอง, 2531) คือ

1) การมีส่วนร่วมเทียม (Pseudo-participation) หรือการมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ คือ สมาชิกไม่มีสิทธิในการตัดสินใจ แต่ทำตามคำสั่งคนอื่น

2) การมีส่วนร่วมบางส่วน (Partial-participation) คือสมาชิกมีส่วนในการเสนอ ความคิดเห็นแต่อำนาจในการตัดสินใจเป็นของคนอื่น

3) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine-participation) เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิก แสดงความคิดเห็นและ การตัดสินใจขึ้นกับสมาชิกทุกฝ่าย

2.6.3.2 รูปแบบการมีส่วนร่วม มีหลายรูปแบบ แต่ WHO (อ้างถึงใน เบญจพล แสงใส, 2537) ได้เสนอกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน คือ

1) การวางแผน (Planning) โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา ตั้งเป้าหมาย ทรัพยากรและวิธีการประเมิน

2) การดำเนินกิจกรรม (Implementation) โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการบริหาร จัดการทรัพยากรในการทำกิจกรรม

3) การใช้ประโยชน์ (Utilization) โดยประชาชนต้องสามารถนำกิจกรรมมาใช้ ประโยชน์ได้ เพื่อยกระดับการพึ่งพาตนเอง

4) การได้รับผลประโยชน์ (Obtaining Benefits) สมาชิกต้องได้รับการแจกจ่ายอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน

2.6.3.3 เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิก (ธีระพงษ์ แก้วทวงษ์, 2543) ทำให้สมาชิก รู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

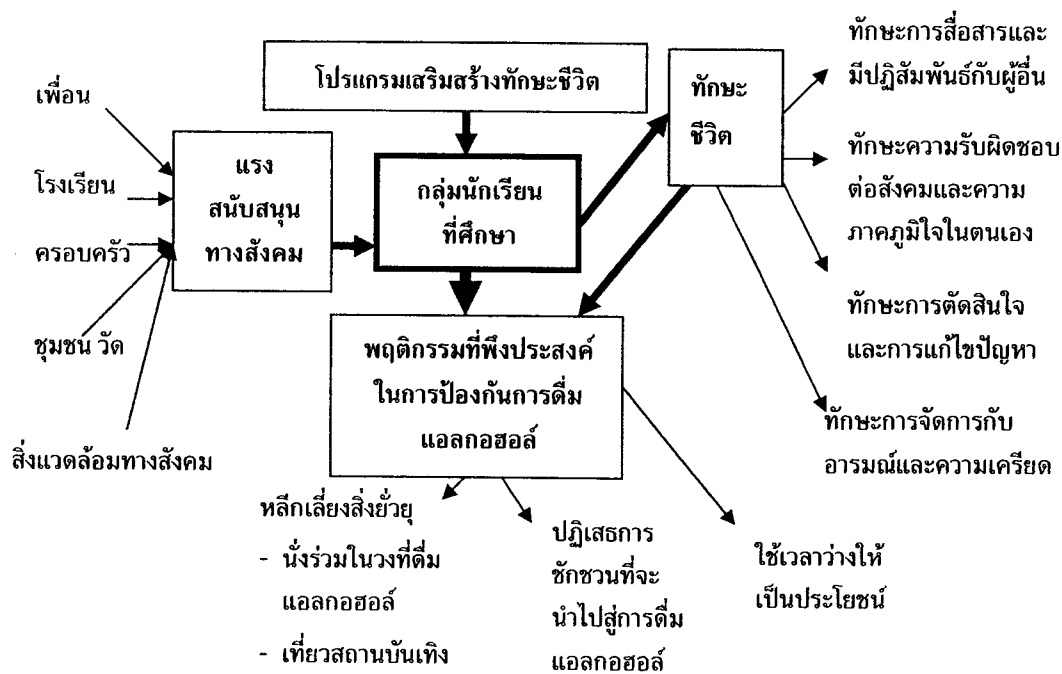
1) เกิดจากความต้องการของสมาชิกในชุมชน และทุกคนรับรู้ร่วมกัน

2) ทำงานเป็นเครือข่ายความร่วมมือ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน สนับสนุนเวทีการ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เป็นสาธารณะ ให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง

3) มีการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้เกิดการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ภายใต้หลักการ พึ่งพาตนเองและมีการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการระดมพลังการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อน โรงเรียน วัด และองค์กรชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์แอลกอฮอล์ ปัญหา ผลกระทบ และรับรู้ โครงการวิจัยที่จะมีการดำเนินการกับบุตรหลาน และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากแอลกอฮอล์ ผลกระทบ กับตนเอง ครอบครัวและคนในชุมชน วิเคราะห์สาเหตุ และร่วมกันหาแนวทาง/มาตรการในการแก้ไข เข้าร่วม

กิจกรรม การให้กำลังใจ โดยใช้การมีส่วนร่วมที่แท้จริง และกระตุ้นเป็นระยะเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกัน การดื่มแอลกอฮอล์ ดังภาพประกอบสรุปแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 15 สรุปแนวคิดที่พึงประสงค์ในการวิจัย

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมทักษะชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมในประเทศไทย

มีการศึกษาวิจัยและพัฒนา ที่ใช้ฐานคิดทักษะชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมากมาย แต่สำหรับโปรแกรมเพื่อป้องกันการบริโภคแอลกอฮอล์นั้น ในต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาได้ทำมาเป็นเวลานาน และมีการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แต่ในประเทศไทยยังไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนัก แต่ก็มีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมหรือทักษะชีวิตอย่างเดียว ว่ามีผลในเชิงป้องกันหรือไม่ เช่น

ชลชัย ทศกุลณี (2542) ได้ประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคชาย เขตการศึกษา 6 โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีประสบการณ์จริงของคอลลัม และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบดรา มาประยุกต์ใช้ในการจัดกระบวนการเรียนการสอน รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง การวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีทักษะในการตัดสินใจดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างอย่างไม่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความตระหนักในตนเอง ทักษะการปฏิเสธและพฤติกรรมกาเสพยาบ้า อาจเนื่องจากระยะเวลาในการทำโปรแกรมน้อยเกินไป ส่วนนางลักษณ์ โดบ์นลือภพ (2539) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนของผู้ปกครอง โดยมีโปรแกรมสุขศึกษาที่ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การ

พิมพ์ใจ บุญยัง (2540) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนราธิวาส โดยนำแนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทฤษฎีการเรียนรู้สังคมของแบนดูรา และแนวคิดของกระบวนการกลุ่มมาประยุกต์ใช้ พบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะการตัดสินใจไม่ลองเสพ การแก้ปัญหาเมื่อเผชิญแรงกดดันจากเพื่อนที่เสพ ทักษะการปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนและพฤติกรรมในการป้องกันการเสพยาเสพติดดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐพงษ์ พุดท้วม (2540) ได้ประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่าตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความตระหนักในตนเอง ความรับผิดชอบต่องาน ทักษะการปฏิเสธ ยกเว้นการตัดสินใจเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ แต่การศึกษาของพิสมัย สุขอมรรัตน์ (2540) ได้ใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตทำให้กลุ่มทดลองมีทักษะการตัดสินใจไม่สูบบุหรี่ การปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองและทักษะการจัดการความเครียดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ.

รัตน ดอกแก้ว (2539) ได้สรุปผลการศึกษาว่า ความรู้ ทักษะและค่านิยมเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันปัญหาจากพฤติกรรมสุขภาพและมีผลทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ก็ไม่สามารถคาดหวังว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางดีเสมอไป หากบุคคลนั้นขาดทักษะชีวิตที่จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถของบุคคล ที่ได้กระทำหรือจัดการเกี่ยวกับความต้องการหรือสิ่งที่ท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ

หทัยชนก บัวเจริญ (2547) ซึ่งได้พัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้อายูเอสดของเด็กรุ่นในชุมชนแออัด จังหวัดขอนแก่นที่เชื่อว่า ระบบการศึกษาเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถป้องกันการใช้อายูเอสดของเด็กรุ่นได้อย่างยั่งยืน ต้องสร้างระบบชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน โดยการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้คนในชุมชนได้เข้าใจ ตระหนักถึงปัญหาและเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันตามศักยภาพที่มีอยู่

แต่ยังมีงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันพฤติกรรมสุขภาพอื่น เช่น ประภาวดี แสนสีลา (2543) ได้พัฒนาโปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดขอนแก่น โดยพัฒนาแบบเรียนและคู่มือครูของสถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงศึกษาธิการ (สสวท.) ซึ่งพบว่าสามารถป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรและสามารถนำไปใช้ในโรงเรียนอื่นได้

ธราทิพย์ ธรรมนพพุทธิและวีระศักดิ์ สืบเสาะ (2541) ได้พัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาพบว่าคะแนนทักษะชีวิตด้านความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง ความคิดวิจารณ์ การตัดสินใจและทักษะการปฏิเสธดีขึ้นภายหลังการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างทางสถิติของกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน (2540) ที่ได้พัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคเอดส์ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองในด้านความตระหนัก ความรับผิดชอบ การตัดสินใจและทักษะการปฏิเสธ และ สุจินดา สุขกำเนิดและคณะ (2541) ได้พัฒนากระบวนการเรียนรู้และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อจัดระบบป้องกันและรองรับผู้ป่วยเอดส์ ในชุมชนอีสาน ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โดยพัฒนาด้านเจตคติ คือ การสร้างความตระหนักเรื่องเพศและโรคเอดส์ การสร้างค่านิยมทางเพศที่พึงประสงค์ การเลือกคู่อุปการ ทักษะการปฏิเสธและใช้แรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัวมีการใช้สื่อทางจดหมายกระตุ้นและแสดงความห่วงใยเพื่อนหรือพ่อแม่ที่ทำงานต่างจังหวัด แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังอบรม

จากการทบทวนงานวิจัยที่กล่าวมาจะพบว่า การเสริมสร้างทักษะชีวิตในวัยรุ่นในประเทศไทยส่วนใหญ่เพื่อใช้ในการป้องกันการใช้อายูเอสด (บุหรี่ ยาเสพติด) เช่นเดียวกับในต่างประเทศ แต่ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งใช้ได้ผลเช่นเดียวกัน ส่วนในแอลกอฮอล์ยังพบน้อยมาก ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมนั้น มีจุดอ่อนคือ ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนน้อยเกินไป เพราะเป็นการใช้กระบวนการกลุ่มในการทำกิจกรรมเป็นขั้นตอน ต้องใช้เวลาในการคิด วิเคราะห์ เชื่อมโยงและสรุปผลตามประเด็นที่ได้รับมอบหมาย บางครั้งไม่สามารถจำกัดเวลาเป็นไปตามแผนได้ และไม่มีความต่อเนื่องของกิจกรรม บรรยายภาคไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ มองไม่เห็นความเชื่อมโยงของกิจกรรมหรือผลที่ได้และการที่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ อาจเพราะเด็กเกิดความสับสนระหว่างการเรียนการสอนในคาบปกติและกิจกรรมพิเศษ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ดำเนินการในลักษณะการเข้าค่ายฝึกอบรม โดยจัดกระบวนการอย่างต่อเนื่อง สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้และหล่อหลอมความรู้สึกให้เป็นหนึ่งเดียว ค้นหาพลังในตนเอง สร้างความภาคภูมิใจและรับผิดชอบต่อสังคม ค้นหาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับตนเองในการแก้ไข

ปัญหาและการจัดการความเครียดได้ ซึ่งในการปฏิบัติจริง ครูสามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมได้ในช่วงปิดเทอมหรือช่วงต้นของการเปิดเทอม เป็นการเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนให้น่าสนใจ และกระตุ้นให้นักเรียนสนใจในการเรียนรู้ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของประวิต เอรารวรรณ์ (2544) ที่พัฒนาแบบประเมินทักษะชีวิตและผลการส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ในโรงเรียนที่ใช้ทักษะชีวิตเป็นฐานในการป้องกันโรคเอดส์ จำนวน 76 โรงเรียนและโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตจำนวน 65 โรงเรียนพบว่า กระบวนการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมสามารถสร้างความรู้ความเข้าใจสูง แต่จะประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนกับวิชาที่สอนมากกว่าการสอนในรายวิชาเพิ่ม เพราะต้องใช้เวลามาก ใช้ความต่อเนื่องและมีทักษะในการสอน จึงอาจใช้ในรูปแบบการอบรมเฉพาะทั้งครูและนักเรียน และควรให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อความต่อเนื่องในการสนับสนุนอีกทางหนึ่ง ซึ่งกลุ่มงานจิตเวช สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (2542) ได้จัดทำโครงการค่ายแกนนำเยาวชนเพื่อป้องกันยาเสพติดในโรงเรียน โดยมีกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเดียว 50 คน เข้าค่ายอบรม ใช้เวลา 3 วัน พบว่าทำให้เกิดทักษะชีวิตด้านการเห็นใจผู้อื่น ความรับผิดชอบต่อครอบครัว การตัดสินใจและการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดการป้องกันสารเสพติด แต่ไม่มีรายงานการประเมินผลพฤติกรรมการป้องกันในระยะยาว

2.7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมทักษะชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมในต่างประเทศ

สำหรับในต่างประเทศ ที่มีการศึกษาวิจัยมาเป็นระยะเวลานาน เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหที่เกิดจากแอลกอฮอล์ ที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งมีทั้งประสบความสำเร็จและล้มเหลว เนื่องจากเป็นการวิจัยที่มีความซับซ้อนหลากหลาย จึงมักเป็นงานวิจัยเชิงพฤติกรรม (behavioral intervention alcohol) เพื่อป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention studies; Shakeshaft AP, 1997) ได้มีการประเมินโปรแกรมป้องกันแอลกอฮอล์ ในระบบการศึกษาและจิตวิทยาสังคม (Education and Psychosocial Prevention Program) โดยใช้การทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศของ **The Cochrane Database of Systemic Reviews** (2005) พบว่างานวิจัยจำนวน 20 โปรแกรม ใน 56 โปรแกรมที่ใช้ในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffectiveness) โดยมีการประเมินผลโปรแกรมทั้งระยะสั้นและระยะกลาง และพบว่าในระยะยาว โปรแกรมการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้มแข็งมีประสิทธิผลเชิงป้องกัน (Strengthening Families Program : SFP) สอดคล้องกับการศึกษาของ Roona and Colleagues(in press) ที่พบว่าหลังจากให้โปรแกรมการป้องกัน 1 ปีและมีการติดตามผลระยะยาว สามารถลดการสูบบุหรี่ กัญชา แต่ไม่มีผลต่อการใช้แอลกอฮอล์แต่อาจกระตุ้นให้มีการบริโภคเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ **Midwestern Prevention Project** (Pencetz et al., 1989) ที่พัฒนาโปรแกรมโดยไม่ได้เจาะจงเฉพาะแอลกอฮอล์แต่เป็นยาเสพติดทุกชนิด โดยการอบรมทักษะการปฏิเสธ ทักษะการสื่อสารระหว่างพ่อแม่และลูก การใช้พลังแกนนำชุมชน และการสื่อสารมวลชน พบว่าหลังจาก 3 ปี มีอัตราการใช้ยาและการสูบบุหรี่ลดลงแต่ไม่มีผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ ทำให้เห็นว่าการบริโภคแอลกอฮอล์ในสหรัฐอเมริกาเป็นวัฒนธรรมที่ยาก และเป็นเรื่องใหญ่ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ **Brookover, Charlene T.(1999)** ที่ได้เสนอภูมิหลังและการคิดของหนุ่มสาววัยรุ่นที่ติดสุราและยาเสพติด และได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการโปรแกรมการให้การศึกษาและการป้องกันแอลกอฮอล์ โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียนและผู้ให้คำปรึกษาในโรงเรียนระดับอำเภอพบว่า การใช้นโยบายในการควบคุมป้องกันและรักษานั้นเป็นตัวแปรที่มีผลมากกว่าการใช้โปรแกรมป้องกันแอลกอฮอล์ เช่นการลงโทษผู้ปกครองที่ให้เด็กดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า วิธีที่จะได้ผลนั้นต้องใช้กลวิธีค่อนข้างหลากหลาย (Multiple Intervention Strategies) เพื่อสร้างปัจจัยป้องกันสำหรับวัยรุ่นในการใช้ ATODs เช่น การจัดทำหลักสูตรการศึกษาในโรงเรียนและสาธารณะ (School-base Program and public Education) การใช้พลังของ

ชุมชน (Community Intervention Approach) การใช้สื่อ (Media Advocacy) กลวิธีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Environmental Strategies) เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบายให้เอื้อและมาตรการทางกฎหมาย สื่อ จารีตและทัศนคติของชุมชน ปัจจัยทางเศรษฐกิจ แต่พลังสนับสนุนของชุมชนจะช่วยให้ลดการบริโภค และลดปัญหาที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นนักเรียนมากกว่าประชาชนทั่วไป (Toomay TL, Wagenaar AC, 2002, Hawkins et al., 1992) สอดคล้องกับทฤษฎี TTI (Theory of Triadic Influence) ที่ผสมผสานทฤษฎีพฤติกรรมหลาย ๆ ทฤษฎี เพื่อมาอธิบายพฤติกรรมมนุษย์ที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลง โดยประกอบด้วยหลักใหญ่ 3 องค์ประกอบคือ (Flay and Petraitis, 1994; Perry et al., 1993; Wagenaar and Perry, 1994, Hawkins et al., 1992)

1. ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล (Personal Characteristics) เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ การไม่เชื่อในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ของบรรทัดฐานทางสังคม (Peers) ทักษะการตัดสินใจ การจัดการความเครียด การสื่อสาร

2. สถานการณ์ทางสังคมหรือปัจจัยทางครอบครัว (current social Situation/Family factors) เช่น การมีฐานะทางสังคมต่ำ การศึกษาของพ่อแม่ การแตกแยกของครอบครัวและความขัดแย้ง พันธะของครอบครัวที่อ่อนแอ หรือประวัติของครอบครัวที่ดื่มแอลกอฮอล์

3. สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมและสังคม (Cultural Environment and Sociocultural) เช่น กฎหมาย สภาวะเศรษฐกิจ การเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้ง่าย รวมถึงวัฒนธรรมประเพณี ลักษณะทางกายภาพ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบพบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์ในวัยรุ่น (Hawkins et al. 1992; Komro et al., 1997). ฉะนั้นกรอบของทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ควรจะต้องเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลเหล่านี้และพัฒนาทฤษฎีให้เหมาะสม ทั้งการทำความเข้าใจพัฒนาการวัยรุ่น โลกของสังคมวัยรุ่น เช่น ครอบครัวและเพื่อนสนิท (peers) รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมระดับมหภาค (Perry et al. 1993a; Wagenaar and Perry 1994).

ดังนั้นนักวิจัยจึงได้พยายามศึกษาโปรแกรมเพื่อป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหนุ่มสาว มีการผสมผสานกลวิธีให้ครอบคลุมทั้งตัววัยรุ่นและสิ่งแวดล้อมที่เป็นองค์ประกอบ ซึ่งประสบผลสำเร็จมากมาย โดยใช้ทักษะชีวิตในโรงเรียน (Botvin et al., 1995) เช่น โปรแกรมสมาร์ท (Project SMART; Hansen and Graham, 1991) โปรแกรมแอลเอิร์ธ (Project ALERT; Elickson et al., 1993) และโปรแกรมนอร์ทแลนด์ (Project Northland) โดยมีประกอบด้วยหลักสูตรดังนี้คือ 1) โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมและการป้องกันปัจจัยเสี่ยง 2) ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ผลในระยะสั้นและระยะยาว 3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล สังคม ทักษะการปฏิเสธและการสื่อสารกับบุคคลโดยไม่เสียความสัมพันธ์ การพิทักษ์สิทธิ การผ่อนคลายความกดดันจากภายในและภายนอกตน 4) การให้การศึกษาเพื่อสร้างความตระหนักต่อการใช้แอลกอฮอล์ ยา และบุหรี่ 5) การอบรมครูในการใช้เทคนิคการสอนแบบมีส่วนร่วม เช่นการอภิปราย บทบาทสมมติ กิจกรรมกลุ่มย่อยและต้องให้ครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ เช่น

Carolyn L. Willium and Cheryl L. Perry (1998) เป็นการศึกษาในโปรแกรมนอร์ทแลนด์ (Project Northland) ที่ศึกษาบทเรียนเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในโรงเรียน โดยใช้กลยุทธ์หลากหลาย (Multicomponent Strategies) การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม (เช่นพ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน ครู รวมทั้งสื่อสิ่งพิมพ์โฆษณา) ในการลดปัจจัยที่ทำให้มีการเข้าถึงได้ง่ายและสร้างความตระหนักและทัศนคติของชุมชนต่อการใช้แอลกอฮอล์ในการเข้าถึงสังคมของวัยรุ่น โดยมีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธ การเรียนรู้เรื่องบรรทัดฐาน การฝึกทักษะขั้นพื้นฐานและความเข้าใจในกระบวนการสุศึกษาให้กับครูและระบบการประเมินผล และติดตามกลุ่มทดลองจากเกรด 6 จนถึงไฮสคูลในปี

ค.ศ.1999 (ใช้เวลามากกว่า 8 ปี) พบว่ากลุ่มทดลองมองเห็นถึงผลกระทบในทางลบ ผู้ให้แรงเสริมจะมีปฏิริยาเมื่อวัยรุ่นดื่มแอลกอฮอล์ มีการให้คำแนะนำ การลงโทษและพยายามเป็นตัวอย่างที่ดีทางสุขภาพและกลุ่มทดลองมีความสุข ผ่อนคลายความเครียดโดยไม่ใช้แอลกอฮอล์

Tobler and Colleagues (2000) พบว่าอิทธิพลของสังคม จะมีประสิทธิผลในการลดการบริโภคมากกว่าการใช้โปรแกรมทักษะชีวิตอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาโดยทดลองใช้โปรแกรมเพื่อลดอุบัติเหตุในการใช้แอลกอฮอล์ของวัยรุ่นโดยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มความเข้มแข็งด้านบุคคล เช่น การตระหนักในตนเอง การมองเห็นทางเลือกในการแก้ปัญหา ค่านิยมและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการไม่มีปฏิสัมพันธ์ (Tobler and Stratton, 1997 ; Tobler et al, 2000) การป้องกันด้านสังคม(ความผูกพันครอบครัว การให้คำแนะนำ) และการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการป้องกันการบริโภคแอลกอฮอล์ (Flay and Petraitis, 1994) ซึ่งการเจาะจงไปที่การป้องกันจะต้องเพิ่มจากการดูแลเฉพาะบุคคลไปสู่สังคมของวัยรุ่น เช่น ข้อมูลข่าวสารของชุมชนและสังคม จารีตประเพณีและการเข้าถึงได้ง่าย (Perry et al, 1993; Wagenaar and Perry, 1994)

Gilbert J Botvin (2000) ได้วิจัยและพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการบริโภคแอลกอฮอล์โดยใช้โปรแกรมทักษะชีวิต (The Life Skills Training Program) เพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาชนิดอื่นๆ (Alcohol Tobacco and other drugs: ATODs) ในระยะแรก (Primary Prevention) พบว่าการให้โปรแกรมในวัยรุ่นก่อนหรือระหว่างชั้นมัธยมศึกษาจะช่วยป้องกันได้ โดยมีการออกแบบหลักสูตรสำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลระดับบุคคล 3 องค์ประกอบคือ 1) การปรับด้านความรู้ ทักษะคิดและความคาดหวังจากบรรทัดฐานทางสังคม โดยการให้ทราบผลที่เกิดในระยะสั้นและระยะยาว สถานการณ์การใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่และยาเสพติดในวัยรุ่น และการไม่ยอมรับของสังคม 2) การสอนทักษะการต่อต้านแรงกดดันจากสังคมในการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่และยาชนิดอื่นโดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติการพัฒนาทักษะในการจัดการตนเอง โดยการเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ทักษะในการคิดวิเคราะห์ แผลผลและต่อต้านสื่อที่มีอิทธิพลต่อการดื่ม และการพัฒนาทักษะในการบริหารจัดการความเครียด ความโกรธ ความขัดแย้ง และค้นหานักเรียนที่มีโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาดตนเองได้ เช่น มีเป้าหมายในชีวิต มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 3) ทักษะทางสังคม โดยใช้ทักษะในการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์กับสังคม การเคารพผู้อื่น ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชาย จากการติดตามผลกับคนที่ดื่มบ่อย คนที่ดื่มหนักหรือคนที่ติดแอลกอฮอล์พบว่า หลังใช้โปรแกรมไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อติดตามผลในระยะ 6 เดือนหลังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม มีการดื่มลดลง 54 เปอร์เซ็นต์ (ในผู้ที่ดื่ม 1 เดือนที่ผ่านมา) และ ลดลง 79 เปอร์เซ็นต์(ในผู้ที่ดื่มอย่างน้อย 1 เดือนต่อครั้ง) และลดลง 73 เปอร์เซ็นต์ ในคนที่ดื่มอย่างหนัก และได้มีการขยายผลการศึกษา เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม โดยการใช้โปรแกรมในกลุ่มที่อายุมากกว่า (เช่น นักเรียนที่อยู่ในช่วงชั้นที่ 10-11 ครู ผู้นำที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม) โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใน 1 ปีแรกพบว่ากลุ่มทดลองมีการใช้กัญชาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 69-78 เปอร์เซ็นต์ มีการสูบบุหรี่น้อยกว่า 47 เปอร์เซ็นต์และดื่มเหล้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 51 เปอร์เซ็นต์ การติดตามผลในระยะยาวในนักเรียนกว่า 6,000 คน จาก 56 โรงเรียนในรัฐนิวยอร์กพบว่า นักเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในช่วงชั้นที่ 7 และได้รับการกระตุ้นในช่วงชั้นที่ 8 และ 9 โดยมีการฝึกให้ครูใช้โปรแกรมในการเรียนการสอน ผลที่เกิดขึ้นเมื่อจบชั้นที่ 12 จะพบว่าจะลดลงในคนที่ดื่มอย่างหนัก (อย่างน้อย 1 แก้วต่อวัน) ซึ่งจะให้ได้ผลอย่างสูงสุดต้องได้รับโปรแกรมอย่างสมบูรณ์และได้รับการกระตุ้นจากครูผู้ให้แรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมจะทำให้เห็นรูปแบบการทดลองที่หลากหลาย และผลกระทบที่เกิดจากโปรแกรมมีทั้งประสบผลสำเร็จและล้มเหลว โดยเฉพาะในต่างประเทศที่ได้มีการวางรูปแบบในการทดลองที่

เด่นชัด และมีการติดตามประเมินผลทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว และมีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systemic Review) เพื่ออธิบายผลสำเร็จของโปรแกรม แต่ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การมีทักษะชีวิตเช่น ทักษะ การสื่อสารกับสังคม การปฏิเสธเพื่อแสดงความรู้สึก/ความต้องการหรือการต้านทางแรงกดดันจากสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญมาก แม้แต่การให้ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ยังเป็นสิ่งสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคน โดยสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือแม้แต่นโยบาย หลักสูตร หรือมาตรการต่างๆ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นเป็นอย่างมาก เพราะเหมือนเป็นแนวทางให้วัยรุ่นได้มองดู นำมาคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และตัดสินใจเลือกนำมาปฏิบัติในทางที่เหมาะสม และจะเห็นว่า พฤติกรรมของคน ไม่สามารถที่จะอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งจึงเสนอแนะให้มีการผสมผสานทฤษฎี เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม (TTI) แต่ยังทั้งทำให้คิดว่า การใช้โปรแกรมการป้องกันแอลกอฮอล์ได้ให้ประสิทธิผลสำเร็จนั้นเป็นเรื่องยาก เพราะมีคนเกี่ยวข้องมากมาย แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้น สร้างความสูญเสียมหาศาล จึงควรค้นคว้าพัฒนาและสร้างความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่าย เพื่อที่จะส่งผลต่อตัววัยรุ่น ให้สามารถหยุดชะงักความคิด มองเห็นผลดีผลเสีย มีความรับผิดชอบต่อชีวิตผู้อื่นให้มากขึ้นและชะลอระยะเวลาเริ่มต้นดื่มให้นานที่สุด เพื่อที่จะป้องกันผลในระยะยาว สำหรับในประเทศไทย แม้ยังมีผลการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันแอลกอฮอล์ที่ไม่มากนัก แต่ทักษะชีวิตได้ทดลองใช้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ ยาเสพติด การป้องกันอุบัติเหตุค่อนข้างมากและประสบความสำเร็จมากมาย จึงได้นำแนวคิดเหล่านั้นทั้งในและต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ โดยคาดหวังว่า โปรแกรมดังกล่าวจะเกิดผลในระดับหนึ่ง เพื่อร่วมสร้างคนในสังคมที่มีคุณภาพต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นโดยประยุกต์แนวคิดทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) และกรมอนามัย (2539) และมีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนของ House (1981) ประกอบด้วย ครอบครัว ครู เพื่อน ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและวัด ที่เข้ามาร่วมรับรู้ปัญหาผลกระทบจากแอลกอฮอล์และวางแผนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นเอื้อให้นักเรียน เกิดความอบอุ่นใจ ตระหนักเห็นคุณค่าของชีวิตตนและผู้อื่น และเกิดทักษะที่จำเป็นในการปฏิเสธและดำรงชีวิตในสังคมทุกวันนี้ อย่างสง่างาม เผย สมนกับเป็นวัยรุ่นยุคใหม่ ที่ทันโลกทันเหตุการณ์ โดยกรอบแนวคิดในการวิจัยมีดังนี้

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม
1. กระบวนการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการติ่มแอลกอฮอล์ ด้านเจตคติ ประกอบด้วย 1.1 ความรับผิดชอบต่อสังคมและความภาคภูมิใจในตนเองโดยใช้ - กระบวนการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ เอกสาร การบรรยาย - กิจกรรมการทำงานเป็นทีมและการสร้างพลังในตนเอง ด้านความรู้ ประกอบด้วย 1.2 การสร้างความคิดวิจารณ์และความคิดสร้างสรรค์ โดยกระบวนการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ การบรรยาย การถ่ายทอดประสบการณ์ การระดมสมอง ด้านทักษะ ประกอบด้วย 1.3 การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาโดยการระดมสมองเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดทางเลือกที่พึงประสงค์ 1.4 การสร้างทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด โดยการแสดงบทบาทสมมติ การบรรยาย สรุปยอดความคิด 1.5 สร้างทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยการเรียนรู้จากเกมส์ การบรรยาย การสาธิตและฝึกปฏิบัติ 2. กระบวนการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม 2.1 การจัดเวทีประชาคมของผู้มีส่วนสำคัญในการให้แรงสนับสนุน โดยร่วมกันวิเคราะห์ชุมชนและกำหนดเจตนารมณ์ชุมชนเพื่อป้องกันการติ่มแอลกอฮอล์ 2.2 การจัดกิจกรรมเสริมสร้างขวัญ กำลังใจ และให้แนวทางดำเนินชีวิตจากผู้ที่นักเรียนให้ความเคารพนับถือ	1. ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการบริโภคแอลกอฮอล์ 1.1 ความรับผิดชอบต่อสังคมและความภาคภูมิใจในตนเอง 1.2 ความคิดวิจารณ์และความคิดสร้างสรรค์ 1.3 การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา 1.4 การจัดการกับอารมณ์และความเครียด 1.5 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2. พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการบริโภคแอลกอฮอล์ 2.1 การปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ติ่มแอลกอฮอล์ 2.2 การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการบริโภคแอลกอฮอล์ 2.3 การมีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเล่นกีฬา การร่วมกิจกรรมพัฒนาโรงเรียน/ชุมชน การทำงานช่วยเหลือครอบครัว 3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ การประเมินข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของ

ภาพที่ 16 กรอบแนวคิดในการวิจัย