

บททวนองค์ความรู้
A Literature Review

การดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรี

Alcohol Consumption and Alcohol Dependent Among Women



โดย
สุนทรี ศรีโกโส



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)

บททวนองค์ความรู้
A Literature Review

การดื่มสุราและ การเสพติดสุราของสตรี

Alcohol Consumption and Alcohol Dependent Among Women



โดย สุนทรี ศรีโกสย



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)

การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง

การดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี

Alcohol Consumption and Alcohol Dependent Among Women

เรียบเรียงโดย

สุนทรี ศรีโกไสย ศษม., พย.ม., APN, Ph. D Candidate

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง

ISBN : 978-686-11-0012-4

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง

เลขที่ 131 ถนนช้างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201

www.i-mapthailand.org

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤษภาคม 2553

จำนวน : 110 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 500 เล่ม

จัดพิมพ์โดย : แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

ออกแบบ/พิมพ์ที่ : วนิตาการพิมพ์

โทรศัพท์ 0-5311-0503-4, 08-1783-8569

ข้อมูลค้นคว้า :

สุนทรี ศรีโกไสย. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2553.

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน ผรส.

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 05327-3201 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.i-mapthailand.org

แม้ว่าปัญหาการดื่มสุราจะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง แต่สถานการณ์การดื่มสุราของสตรีไทยเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการดื่มสุราชนิดใหม่ ๆ เช่น น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มผสมมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับสุราและสตรีมีปรากฏค่อนข้างน้อย หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ส่วนใหญ่จะมุ่งศึกษาเฉพาะผู้ชายหรือศึกษาทั้งสองเพศ ทำให้องค์ความรู้ด้านสตรีกับสุรายังมีข้อจำกัด

แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักงานสนับสนุนการสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำข้อตกลงดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการ “แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในพื้นที่นำร่อง

ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการองค์ความรู้ การวิจัย และฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาการระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ได้จัดให้มีการทบทวนความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์ให้บุคลากรสุขภาพ ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ญาติหรือครอบครัวของผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ตัวผู้ดื่มสุราเอง รวมไปถึงประชาชนทั่วไป และสังคม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราในสตรีมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตนเอง บุคคลใกล้ชิด บุคคลในสังคม หรือนำไปพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพได้

เอกสารทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “การดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี” ฉบับนี้ จัดทำโดย คุณสุนทรี ศรีโกสย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง และนักศึกษาปริญญาเอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (หลักสูตรนานาชาติ) มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับความชุกของการดื่มสุราของสตรี รวมถึงพฤติกรรม สาเหตุ อันตราย และการป้องกันการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี กลยุทธ์การจัดการปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุราของสตรี เพศภาวะและสุรา รวมถึงการกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี

แผนงาน ผรส. หวังว่าเอกสารวิชาการฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
ประชาชนและสังคม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และนับเป็นจุดเริ่มต้น
ของการเปิดพื้นที่ทางความคิดและความจริงเกี่ยวกับการดื่มสุราในสตรีและหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพของ
สตรีไทย



แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้จัดการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ
การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

คำนำ

ด้วยเหตุที่หญิงชายมีความแตกต่างทางเพศสรีระ บทบาททางเพศ และความเป็นหญิงชาย ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมที่แปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลา จึงเหินยวนำให้สตรีไทยและสตรีในหลายประเทศมีการดื่มสุราและเสพติดสุรามากขึ้น แต่การศึกษาเกี่ยวกับสุราและสตรีมีปรากฏค่อนข้างน้อย หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ส่วนใหญ่จะมุ่งศึกษาเฉพาะผู้ชายหรือศึกษาทั้งสองเพศ ทำให้องค์ความรู้ด้านสตรีกับสุรา มีความเคลื่อนไหวค่อนข้างช้า ที่มีอยู่ก็ยังจำกัดในพื้นที่ขนาดเล็ก ดังนั้นการทบทวนองค์ความรู้ด้านการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีเล่มนี้ ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเปิดพื้นที่ทางความคิดและความจริงเกี่ยวกับสตรีและสุราให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องหรือผู้สนใจได้ร่วมรับรู้ ได้เข้าใจ และร่วมกันหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพของสตรีไทยในโอกาสต่อไป

ผู้เขียนขอขอบพระคุณ อ.ดร.हरषा เศรษฐบุปผา อาจารย์ที่ปรึกษาผู้เป็นทั้งเพื่อน เป็นพี่เป็นน้อง และเป็นอาจารย์ที่เต็มใจจะมอบโอกาส เวลา ความช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนผู้เขียนได้เติบโตทั้งในด้านศาสตร์และศิลป์ของการจัดทำผลงานวิชาการเล่มนี้จนสำเร็จลงด้วยดี ขอขอบพระคุณ ศ.ดร.ศิริพร จีรวรรณกุล และ พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ทั้งสองท่านมีพระคุณต่อผลงานเรื่องนี้ เริ่มตั้งแต่การให้โอกาสรับผิดชอบ การสนับสนุนงบประมาณ การชี้แนะแนวทาง และการส่งเสริมการเติบโตทางความคิดและสติปัญญาให้แก่ผู้เขียน อีกทั้งมีผู้เกี่ยวข้องและให้ความช่วยเหลือในขั้นตอนต่างๆ ของการจัดทำรายงานเรื่องนี้จำนวนหลายท่าน จึงขอขอบคุณด้วยใจจริงมา ณ โอกาสนี้

สุนทรี ศรีโกสโย

สารบัญ

บทนำ	1
วัตถุประสงค์	1
วิธีดำเนินการ	2
เอกสารอ้างอิง	9
 ผลการทบทวน	 10
❖ ข้อค้นพบที่สำคัญจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา	10
❖ ข้อค้นพบที่สำคัญจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง	19
 การตีบสุราและการเสพติดสุราของสตรี	 24
ความชุกของการตีบสุราและเสพติดสุราของสตรี	24
❖ ความชุกของการตีบสุราของสตรี	24
❖ ความชุกของการเสพติดสุราของสตรี	30
 พฤติกรรมกรรมการตีบสุราและการเสพติดสุราของสตรี	 31
❖ แบบแผนการตีบสุราของสตรี	31
❖ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สตรีนิยมดื่ม	35
 สาเหตุการตีบสุราและการเสพติดสุราของสตรี	 36
❖ ปัจจัยภายในตัวบุคคล	36
❖ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล	40
❖ โอกาสหรือเหตุการณ์ที่ทำให้สตรีตีบสุรา	41
 อันตรายจากการตีบสุราและการเสพติดสุราของสตรี	 43
❖ อันตรายต่อร่างกาย	43
❖ อันตรายต่อจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม	44
❖ อันตรายต่อครอบครัวและสังคม	46
❖ อันตรายต่อทารกในครรภ์	47
❖ ผลด้านบวกของการตีบสุราในสตรี	47
เอกสารอ้างอิง	48



การป้องกันและการจัดการปัญหาการดื่มสุราของสตรี	55
การป้องกันการดื่มสุราของสตรี	55
❖ การคัดกรอง	55
❖ การกำหนดวิธีการในการป้องกันปัญหาการดื่มสุราในสตรี	59
กลยุทธ์การจัดการปัญหาการดื่มและการเสพติดสุราของสตรี	64
การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุราของสตรี	65
❖ การบำบัดทางจิตสังคม	66
❖ ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเข้ารับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟู จากการเสพติดสุราของสตรี	86
❖ การบำบัดรักษาอาการถอนพิษสุรา	88
เอกสารอ้างอิง	89
เพศภาวะและการดื่มสุราของสตรี	92
เพศภาวะ	92
❖ เพศภาวะด้านชีววิทยา	92
❖ เพศภาวะด้านบทบาททางเพศตามความคาดหวังของสังคม	93
เอกสารอ้างอิง	98

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานการทบทวนความรู้ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้ด้านการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรีในประเด็นต่าง ๆ ระหว่างปี ค.ศ. 1999-2008 ตามขั้นตอนของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute) ซึ่งพบว่าหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ผ่านตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 30.2 ของข้อมูลทั้งหมด

ข้อค้นพบที่สำคัญจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนาพบว่า การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นทั้งสองเพศ มีเพียง 1-2 การศึกษาเท่านั้นที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะเพศหญิง กลุ่มสตรีวัยรุ่นกับวัยแรงงานจะถูกศึกษามากที่สุด ประเด็นที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความชุกของการดื่มสุรา พฤติกรรมหรือแบบแผนของการดื่มสุรา บริบททางสังคมวัฒนธรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของสตรี มีบางการศึกษาเริ่มให้ความสำคัญกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราโดยเป็นการสำรวจความคิดเห็น แม้ว่าจะมีการศึกษาถึงปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี แต่มีเพียง 1 การศึกษาและใช้กลุ่มตัวอย่าง 7 ราย สถานที่ที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนและในสถาบันการศึกษา องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาที่มีอยู่ ช่วยให้เห็นสถานการณ์การดื่มสุราของสตรีไทยในชุมชนและในสถาบันการศึกษาที่มีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สตรีที่อายุน้อยเริ่มมีการดื่มสุรามากขึ้น ทำให้เห็นแนวโน้มของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการดื่มสุราของสตรีไทยในปัจจุบัน และยังมีข้อสังเกตที่พบคือ มีกลุ่มสตรีไทยหลายกลุ่มที่ยังไม่ได้มีการศึกษาอย่างเด่นชัดได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ สตรีสูงอายุ สตรีกลุ่มแม่บ้าน สตรีวัยหมดประจำเดือน สตรีที่มีปัญหาสุขภาพกาย สตรีที่มีปัญหาสุขภาพจิต สตรีที่มีโรคร่วมระหว่างการเสพติดสุรากับโรคทางจิตเวช และสตรีที่มีอาชีพขายบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาตามฐานคิดของระดับสถานบริการสุขภาพจะเห็นว่ายังไม่มีการศึกษาในสตรีที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และเมื่อพิจารณาโดยใช้ฐานคิดของปิรามิดของผู้ดื่มสุรา (The Drinkers' Pyramid) ขององค์การอนามัยโลก ก็ไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาในสตรีกลุ่มที่ไม่ดื่ม ดื่มแบบเสี่ยงน้อย ดื่มแบบเสี่ยงสูง หรือกลุ่มที่เสพติดสุราแต่อย่างใด เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้กับการศึกษาในต่างประเทศโดยเฉพาะยุโรปและอเมริกา ได้พบว่าประเทศไทยยังมีการศึกษาที่ค่อนข้างน้อยมากเกี่ยวกับการบริโภคและการเสพติดสุราของสตรีในแง่มุมต่าง ๆ ที่จะช่วยให้เห็นความสำคัญของปัญหา หรือช่วยให้ได้แนวทางส่งเสริมสุขภาพของสตรี และการป้องกันปัญหาที่จะเกิดต่อสตรีทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม

ส่วนประเด็นที่พบจากการศึกษาในแถบทวีปเอเชียคือ ส่วนใหญ่ศึกษาในสตรีที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ โดยประเด็นที่ศึกษาคือความชุกของการดื่มสุรา แบบแผนการดื่มสุรา และแบบแผนของการดื่มสุราแบบมีปัญหามีสตรี เมื่อพิจารณาจำนวนของการศึกษาที่ได้พบทวนมาจะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในแถบทวีปเอเชียยังมีปรากฏน้อยมากเมื่อเทียบกับการศึกษาในแถบทวีปยุโรปและอเมริกา

การศึกษาในแถบทวีปอเมริกาพบมีมากที่สุดในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ รองลงมาคือการศึกษาในแถบทวีปยุโรป โดยประเด็นสำคัญที่พบจากสองทวีปนี้คือ ได้มีการศึกษาในสตรีทุกกลุ่มวัย ศึกษาในสตรีหลากหลายประเภท ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุรา และศึกษาทั้งประเด็นสาเหตุ ผลกระทบ การป้องกัน ความชุก และแบบแผนการดื่ม เป็นต้น ที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่งคือแถบทวีปอเมริกาและยุโรปจะมีการศึกษาในระยะยาวหรือเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าค่อนข้างมาก

ข้อค้นพบที่สำคัญจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง พบมีมากในแถบทวีปอเมริกาและยุโรป โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง ประเด็นที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุราในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลทั่วไป และในแผนกฉุกเฉิน วิธีการบำบัดใช้ทั้งแบบรายบุคคลและการบำบัดทางเว็บไซต์ รองลงมาคือศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดด้วยวิธี 12 ขั้นตอน กลุ่มสตรีที่ถูกศึกษาพบมีทุกวัย ได้แก่ วัยรุ่นกลุ่มนักเรียน นักศึกษา สตรีสูงอายุ สตรีวัยกลางคน และสตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น ที่น่าสนใจคือการศึกษาลักษณะส่วนใหญ่จะรวมเพศหญิงและเพศชายโดยสัดส่วนของเพศหญิงมีประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

สำหรับในประเทศไทยยังไม่ปรากฏหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษาสตรีที่มีปัญหาการดื่มสุรา ดังนั้นองค์ความรู้ในด้านการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุราของสตรีไทยที่สมควรจะได้มีการศึกษาต่อไป ได้แก่ การศึกษาการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในสตรีไทยที่มีปัญหาการดื่มสุราในสถานบริการต่าง ๆ ศึกษาผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับสตรีไทยที่มีปัญหาการดื่มสุรา ศึกษาการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในสตรีที่ตั้งครรภ์ และศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศกับการแสวงหาการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุรา เป็นต้น



การดื่มสุรา
และการเสพติดสุรา
ของสตรี

บทนำ

ด้วยเหตุที่หญิงชายมีความแตกต่างทางเพศสรีระ บทบาททางเพศ และความเป็นหญิงชาย ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมที่แปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลา จึงเหินยวนำให้สตรีไทยและสตรีในหลายประเทศมีการดื่มสุราและเสพติดสุรามากขึ้น แต่การศึกษาเกี่ยวกับสุราและสตรีมีปรากฏค่อนข้างน้อย หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ส่วนใหญ่จะมุ่งศึกษาเฉพาะผู้ชายหรือศึกษาทั้งสองเพศ ทำให้องค์ความรู้ด้านสตรีกับสุรามีความเคลื่อนไหวค่อนข้างช้าที่มีอยู่ก็ยังจำกัดในพื้นที่ขนาดเล็ก ดังนั้นการทบทวนองค์ความรู้ด้านการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีเล่มนี้ ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเปิดพื้นที่ทางความคิดและความจริงเกี่ยวกับสตรีและสุราให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องหรือผู้สนใจได้ร่วมรับรู้ ได้เข้าใจ และร่วมกันหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพของสตรีไทยในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนความรู้ด้านการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรีในประเด็นต่อไปนี้
 - 1.1 ความชุกของการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี
 - 1.2 พฤติกรรมการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี
 - 1.3 สาเหตุของการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี
 - 1.4 อันตรายจากการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี
 - 1.5 การป้องกันการดื่มสุราของสตรี
 - 1.6 กลยุทธ์การจัดการปัญหาการดื่มและการเสพติดสุราของสตรี
 - 1.7 การบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุราของสตรี
 - 1.8 เพศภาวะและสุรา
2. เพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี



วิธีดำเนินการ

ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้ด้านการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรีตามขั้นตอนของการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ดังนี้ (1)

1. กำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการทบทวนอย่างเจาะจง (review question)
2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ (inclusion criteria)
3. กำหนดวิธีการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ (search strategy and selection of studies)
4. การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ (critical appraisal)
5. การสกัดข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (data extraction)
6. การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (data synthesis)
7. การอภิปรายและสรุปผล (discussion and summary)
8. การเขียนรายงาน (report writing)

1. กำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการทบทวนอย่างเจาะจง (review question)

1.1 หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา

วัตถุประสงค์ 1 เพื่อศึกษาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับความชุกของการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี

คำถามการทบทวนอย่างเจาะจง

- 1) ความชุกของการดื่มสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีลักษณะอย่างไร
- 2) ความชุกของการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีลักษณะอย่างไร

วัตถุประสงค์ 2 เพื่อศึกษาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี

คำถามการทบทวนอย่างเจาะจง

- 1) พฤติกรรมการดื่มสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีลักษณะอย่างไร
- 2) พฤติกรรมการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีลักษณะอย่างไร

วัตถุประสงค์ 3 เพื่อศึกษาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับสาเหตุการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรี

คำถามการทบทวนอย่างเจาะจง

- 1) สาเหตุการดื่มสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีอะไรบ้าง
- 2) สาเหตุการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ 4 เพื่อศึกษาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับอันตรายจากการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรี

คำถามการทบทวนอย่างเจาะจง

- 1) อันตรายจากการดื่มสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีอะไรบ้าง
- 2) อันตรายจากการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ 5 เพื่อศึกษาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับเพศภาวะและสุรา

คำถามการทบทวนอย่างเจาะจง

เพศภาวะมีความเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของสตรีอย่างไร

1.2 หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง

วัตถุประสงค์ 1 เพื่อศึกษาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มสุราของสตรี

คำถามการทบทวนอย่างเจาะจง

- 1) การป้องกันการดื่มสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีรูปแบบอย่างไร
- 2) การป้องกันการดื่มสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีประสิทธิภาพอย่างไร
- 3) ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการดื่มสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ 2 เพื่อศึกษาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการปัญหาการเสพติดสุราของสตรี

คำถามการทบทวนอย่างเจาะจง

- 1) กลยุทธ์การจัดการปัญหาการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีอย่างไร



2) กลยุทธ์การจัดการปัญหาการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศ มีประสิทธิผลอย่างไร

วัตถุประสงค์ 3 เพื่อศึกษาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับระบบการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุราของสตรี

คำถามการทบทวนอย่างเจาะจง

- 1) ระบบการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศ มีอย่างไร
- 2) ระบบการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศ มีประสิทธิผลอย่างไร

1.3 หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เป็นแนวปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เป็นแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุราของสตรี

คำถามการทบทวนอย่างเจาะจง

แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย และในต่างประเทศมีลักษณะอย่างไร

2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

เพื่อป้องกันการเกิดความลำเอียงในการคัดเลือกหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (selection bias) จึงมี peer review ร่วมในการคัดเลือก โดยทำร่วมกันตั้งแต่อ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อ หากยังตัดสินใจไม่ได้จะทำการอ่านรายงานนั้นทั้งฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่

- 1) เป็นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรี
- 2) เป็นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3) เป็นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999-2008 หรือปี พ.ศ. 2542-2551

หมายเหตุ : หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ก่อนหรือหลังปีที่กำหนดไว้ แต่มีความเกี่ยวข้อง และสำคัญต่อการศึกษารั้งนี้จะถูกนำมาศึกษาด้วย

2.2 เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

- 1) เป็นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ศึกษาในเพศชายเท่านั้น
- 2) เป็นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ไม่มีการรายงานเกี่ยวกับเพศหญิง
- 3) เป็นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 คำสำคัญที่ใช้

คำสำคัญที่ใช้สำหรับสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา ได้แก่ prevalence of women drinking, women drinking, behavior of women drinking, cause of women drinking, impact of women drinking, alcohol use, alcohol dependent, alcohol consumption, women, gender และ gender and alcohol

คำสำคัญที่ใช้สำหรับสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง ได้แก่ prevention, women drinking, alcohol use, women, brief intervention, motivational enhancement therapy, psychosocial intervention, psychosocial care for women drinking, และ alcohol treatment

คำสำคัญที่ใช้สำหรับสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เป็นแนวปฏิบัติ คือ guideline, guideline for psychosocial treatment และ guideline for helping women and alcohol

3. กำหนดวิธีการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ (search strategy and selection of studies)

เพื่อให้ได้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมากที่สุดภายในระยะเวลาที่จำกัด จึงทำการสืบค้นดังนี้

3.1 การสืบค้นด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์จากฐานข้อมูล CINAHL, NIAAA, PUBMED, และฐานข้อมูลวารสารระดับประเทศในประเทศไทย ได้แก่ วารสารวิชาการสาธารณสุข วารสารกรมการแพทย์ วารสารสมาการพยาบาล วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย และวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

3.2 การสืบค้นด้วยมือ โดยการเปิดหาจากรายงานการวิจัย บทความย่อ ตำรา เอกสารวิชาการ และบทความวิชาการ



3.3 ผลการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1) จากฐานข้อมูล CINAHL	มีจำนวน	400	เรื่อง
2) จากฐานข้อมูล NIAAA	มีจำนวน	18	เรื่อง
3) จากฐานข้อมูล PUBMED	มีจำนวน	39	เรื่อง
4) จากฐานข้อมูล Cochran Library	มีจำนวน	9	เรื่อง
5) จากฐานข้อมูลวารสารในประเทศไทย และจากรายงานการวิจัย ตำรา เอกสารวิชาการ และบทความวิชาการ	มีจำนวน	40	เรื่อง

4. การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ (critical appraisal)

ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute) (2) และ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) (3) ดังนี้

4.1 เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา

ใช้ Observational Critical Appraisal Form (FORM 4.2: The Joanna Briggs Institute) ประกอบด้วยการประเมิน 5 ประเด็นคือ

- 1) มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
- 2) มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างชัดเจน
- 3) ผลที่ได้จากการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา
- 4) กรณีที่มีการศึกษาเปรียบเทียบ ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอในการอธิบาย
- 5) สถิติที่ใช้ทดสอบมีความเหมาะสม

Decision = use, Summary Score = 5/5 และคะแนนที่สามารถยอมรับได้คือตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป

4.2 เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง

ใช้ Experimental Critical Appraisal Form (FORM 4.1: The Joanna Briggs Institute) ประกอบด้วยข้อคำถามการประเมิน 10 ประเด็นคือ

- 1) มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
- 2) กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มได้รับการจัดกระทำเหมือนกัน
- 3) กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินในลักษณะเดียวกัน
- 4) มีกลุ่มเปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มต้นการศึกษา
- 5) การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าตนเองถูกสุ่มเข้ากลุ่มใด และ/หรือผู้วิจัยไม่รู้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลอง
- 6) การวัด/ประเมินผลการทดลอง ผู้วัดไม่รู้ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นอยู่ในกลุ่มใด
- 7) การจัดกระทำต่อทั้งสองกลุ่ม มีการ concealed จากผู้จัดกระทำ (allocator)
- 8) สถิติที่ใช้มีความเหมาะสม
- 9) การวัด/ประเมินผลมีความน่าเชื่อถือ
- 10) จำนวนการมา follow-up ของผู้เข้าร่วมวิจัยมีเพียงพอ

Decision = use, Summary Score = 10/10 และคะแนนที่สามารถยอมรับได้คือตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

4.3 เกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เป็นแนวปฏิบัติ

ใช้ Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (3) ซึ่งพบว่าไม่มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุราที่เป็นเฉพาะของสตรี

4.4 ผลการพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ พบว่ามีหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ผ่านตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 30.23 ของข้อมูลทั้งหมด และแบ่งตามประเภทของหลักฐานได้ดังนี้

หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนาและเชิงคุณภาพ

	มีจำนวน	125	เรื่อง
ศึกษาในประเทศไทย	จำนวน	20	เรื่อง
ศึกษาในทวีปตะวันออก (ไม่รวมประเทศไทย)	จำนวน	9	เรื่อง
ศึกษาในทวีปตะวันตก	จำนวน	88	เรื่อง
ศึกษาในทวีปออสเตรเลีย	จำนวน	8	เรื่อง



หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง (รวม systematic review)

	มีจำนวน	28	เรื่อง
ศึกษาในประเทศไทย	จำนวน	0	เรื่อง
ศึกษาในทวีปตะวันออก (ไม่รวมประเทศไทย)	จำนวน	0	เรื่อง
ศึกษาในทวีปตะวันตก	จำนวน	28	เรื่อง
ศึกษาในทวีปออสเตรเลีย	จำนวน	0	เรื่อง

หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เป็นแนวปฏิบัติ มีจำนวน 0 เรื่อง

5. การสกัดข้อมูลจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (data extraction)

การสกัดข้อมูลจัดทำในรูปแบบของตารางจำแนกเป็นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา และหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง โดยในตารางประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง ปีที่พิมพ์ วัตถุประสงค์ของการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ สถิติที่ใช้ และผลการศึกษา เป็นต้น

6. การสังเคราะห์หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (data synthesis)

ทำการแยกสังเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม จัดหมวดหมู่ และกำหนดประเด็นที่ค้นพบ

7. การอภิปรายและสรุป (discussion and summary)

ทำการอภิปรายตามข้อมูลที่ค้นพบในลักษณะของข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อกำหนดแนวทางการวิจัย และแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรี

8. การเขียนรายงาน (report writing)

ทำการสรุปรายงานแยกตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาร่วมกับการแสดงข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรี

เอกสารอ้างอิง

1. JBIEBNM. (2001). **An introduction to systematic review**. Changing practice. [Online] Available: URL: <http://www.joannabriggs.edu.au/CP2.pdf> [2008, November 7].
2. Joanna Briggs Institute. (nd). **Systematic review protocol**. [Online]. Available: Available: www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php [2008, November 7].
3. The AGREE Collaboration. (2001). **Appraisal of guidelines for research & Evaluation: AGREE Instrument**. [Online]. Available: www.agreecollabolation.org [2008, November 7].



ผลการทบทวน

ข้อค้นพบที่สำคัญจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนา

ประเด็นจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นทั้งสองเพศมีเพียง 1-2 การศึกษาเท่านั้นที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง และกลุ่มสตรีวัยรุ่นกับวัยแรงงาน จะถูกศึกษามากที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงความชุกของการดื่มสุราที่อาจพบได้มากในสตรีกลุ่มนี้ เพราะประเด็นที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความชุกของการดื่มสุรา พฤติกรรมหรือแบบแผนของการดื่มสุรา บริบททางสังคมวัฒนธรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของสตรี มีบางการศึกษาเริ่มให้ความสำคัญกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราโดยเป็นการสำรวจความคิดเห็น แต่เป็นการศึกษาทั้งเพศหญิงและเพศชาย ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับสตรีเท่านั้น มีเพียง 1 การศึกษาที่ศึกษาถึงปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยเพียง 7 ราย สถานที่ที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนและสถาบันการศึกษา องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบันช่วยให้เห็นสถานการณ์การดื่มสุราของสตรีไทยในชุมชนและในสถาบันการศึกษาที่มีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สตรีที่อายุน้อยเริ่มมีการดื่มสุรามากขึ้น และทำให้เห็นแนวโน้มของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการดื่มสุราของสตรีไทยในปัจจุบัน

ประเด็นการศึกษาในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยดังกล่าว มีข้อสังเกตที่พบคือ มีกลุ่มสตรีไทย หลายกลุ่มที่ยังไม่ได้มีการศึกษาอย่างเด่นชัด ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ สตรีสูงอายุ สตรีกลุ่มแม่บ้าน สตรีวัยหมดประจำเดือน สตรีที่มีปัญหาสุขภาพกาย สตรีที่มีปัญหาสุขภาพจิต สตรีที่มีโรคร่วมระหว่างการเสพติดสุรากับโรคทางจิตเวช และสตรีที่มีอาชีพขายบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาตามฐานคิดของระดับสถานบริการสุขภาพจะเห็นว่ายังไม่มีการศึกษาในสตรีที่มาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และเมื่อพิจารณาโดยใช้ฐานคิดของปิรามิดของผู้ดื่มสุรา (The Drinkers' Pyramid) ขององค์การอนามัยโลกที่แบ่งผู้ดื่มสุราออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่ดื่ม (abstainers) กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงน้อย (low-risk drinkers) กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงสูง (high-risk drinkers) และกลุ่มที่เสพติดสุรา (probable alcohol dependence) (88) ก็ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในสตรีทั้ง 4 กลุ่มนี้แต่อย่างใด ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย

กลุ่มสตรีที่ศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
1. กลุ่มสตรีจำแนกตามวัย/อายุ	
สตรีอายุ 15 ปีขึ้นไปจากทั่วประเทศ	พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์
สตรีอายุ 12-65 ปีจากทั่วประเทศ	การใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
สตรีวัยเจริญพันธุ์ในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร	บริบททางสังคมและวัฒนธรรมกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์
สตรีวัย 13-21 ปีในอำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น	การแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น
2. กลุ่มสตรีจำแนกตามชุมชนที่อยู่อาศัย	
สตรีในชุมชนอีสาน	หน่วยการดื่มในชีวิตประจำวัน
สตรีในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทของภาคเหนือ	สถานการณ์ด้านอุปทานและอุปสงค์ของสุราในชุมชน มาตรการหรือการดำเนินงานเพื่อลดการดื่มสุราในชุมชน และทัศนคติของประชาชนต่อประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุรา
สตรีผู้ไทย (ภาคอีสาน)	พฤติกรรมการดื่มสุราของสตรีผู้ไทยกับวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง
สตรีที่เสพติดสุราในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (7 ราย)	ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี
สตรีในชุมชนเมืองและชนบทของภาคเหนือ	ความคิดเห็นต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ดื่มและครอบครัว
สตรีในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
3. กลุ่มสตรีที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา	
นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น	ความชุกและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขอนแก่น	ความชุกและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขอนแก่น
นักศึกษาหญิง คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การป้องกันการดื่มสุราอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ตารางที่ 1 การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทย (ต่อ)

กลุ่มสตรีที่ศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
4. กลุ่มสตรีผู้ใช้แรงงาน	
สตรีกลุ่มผู้ใช้แรงงาน บ้านดงขี้เหล็ก อำเภอสนักำแพง จังหวัดเชียงใหม่	บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน บ้านดงขี้เหล็ก อำเภอสนักำแพง จังหวัดเชียงใหม่
สตรีวัยแรงงาน ตำบลแม่งอน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหญิงวัยแรงงาน ตำบลแม่งอน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้กับการศึกษาในต่างประเทศโดยเฉพาะยุโรปและอเมริกา จะพบว่าประเทศไทยยังมีการศึกษาที่ค่อนข้างน้อยมากเกี่ยวกับการดื่มและการเสพติดสุราของสตรีในแง่มุมต่างๆ ที่จะช่วยให้เห็นความสำคัญของปัญหา การหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพของสตรี และการป้องกันปัญหาที่จะเกิดต่อสตรีทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างขององค์ความรู้ในประเทศไทยที่สมควรจะได้มีการศึกษา อันได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุราของสตรีในประเด็นต่างๆ ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการดื่มสุราของสตรีไทยกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต แบบแผนการดื่มสุรากับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกายของสตรีไทย การดื่มสุราในไตรมาสต่างๆ ของสตรีไทยที่ตั้งครรภ์ บทบาทของสุราในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา สตรีไทย ปัจจัยทำนายนายการดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตรายของสตรีไทย ปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มสตรีไทยที่ได้รับความรุนแรงจากคู่รัก การดื่มสุรากับการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในสตรีไทย ความแตกต่างระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดื่มสุราในแต่ละวัฒนธรรมของประเทศไทย การพบเห็นสื่อโฆษณากับการมีพฤติกรรมดื่มสุราของสตรีไทย การดื่มสุราของสตรีไทยกับการถูกทารุณกรรมทางเพศ ความแตกต่างระหว่างเพศกับการจัดการอาการซึมเศร้าด้วยการดื่มสุรา การดื่มสุราในระดับเสี่ยงน้อยและดื่มปานกลางกับการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งของสตรีไทย เป็นต้น

ประเด็นการศึกษาในแถบทวีปเอเชีย

ส่วนประเด็นที่พบจากการศึกษาในแถบทวีปเอเชียพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาในสตรีที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ โดยประเด็นที่ศึกษาคือความชุกของการดื่มสุรา แบบแผนการดื่มสุรา และแบบแผนของการดื่มสุราแบบมีปัญหาในสตรี เมื่อพิจารณาจำนวนของการศึกษาที่ได้พบทวนมา จะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในแถบทวีปเอเชียยังมีปรากฏน้อยมากเมื่อเทียบกับการศึกษาในแถบทวีปยุโรปและอเมริกา ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในทวีปเอเชีย

กลุ่มสตรีที่ถูกศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
1. กลุ่มสตรีจำแนกตามวัย/อายุ	
สตรีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน	ความชุกของการเสพติดสุรา
สตรีที่มีอายุ 25-74 ปีที่เคยเข้าร่วมการศึกษา “Cardiovascular Risk Factor Prevalence Study in Hong Kong”	ความชุกและแบบแผนการดื่มสุรา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา
สตรีวัย 18-70 ปี	แบบแผนการดื่มสุรา และปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราแบบมีปัญหา
สตรีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน	ชนชั้นทางสังคม ระดับการศึกษา และนโยบายการป้องกันการดื่มสุรากับการมีพฤติกรรมดื่มสุรา
2. กลุ่มสตรีตั้งครรภ์	
	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหยุดดื่มสุราหลังจากที่รู้ผลว่าตนเองตั้งครรภ์
	ความชุกของการดื่มสุรา และการดื่มสุรากับอาการคลื่นไส้อาเจียนในขณะตั้งครรภ์



ประเด็นการศึกษาในแถบทวีปออสเตรเลีย

สำหรับประเด็นที่พบจากการศึกษาในแถบทวีปออสเตรเลียคือ มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มสตรีสูงอายุและสตรีตั้งครรภ์มากที่สุดในประเด็นของการหาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า และสมองเสื่อม ความสัมพันธ์ของการดื่มสุรากับการเกิดปัญหาสุขภาพกายและคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ของการมีพฤติกรรมดื่มสุราก่อนตั้งครรภ์กับการดื่มในระหว่างตั้งครรภ์ ดังปรากฏในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในทวีปออสเตรเลีย

กลุ่มสตรีที่ศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
1. กลุ่มสตรีสูงอายุ	
สตรีที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป	การดื่มสุรากับระดับอาการของโรคสมองเสื่อม
สตรีที่มีอายุระหว่าง 70-75 ปี	การดื่มสุรากับสุขภาพทางกายและคุณภาพชีวิต
2. กลุ่มสตรีตั้งครรภ์	
สตรีที่เคยมารับบริการฝากครรภ์ในโครงการ MUSP (Mater-University of pregnancy and its outcomes)	การดื่มสุรากับการเกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า
สตรีตั้งครรภ์ทั่วไป	การดื่มสุราของสตรีก่อนตั้งครรภ์จนกระทั่งถึงคลอดบุตร และความสัมพันธ์ของปริมาณการดื่มสุราก่อนตั้งครรภ์กับการดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์

ประเด็นการศึกษาในแถบทวีปอเมริกาและทวีปยุโรป

การศึกษาในแถบทวีปอเมริกาพบมีมากที่สุดในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ รองลงมาคือการศึกษาในแถบทวีปยุโรป โดยประเด็นสำคัญที่พบจากสองทวีปนี้คือ ได้มีการศึกษาในสตรีทุกกลุ่มวัย หลากหลายประเภท ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุรา และศึกษาทั้งประเด็นสาเหตุ ผลกระทบ การป้องกัน ความชุก และแบบแผนการดื่ม เป็นต้น ที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่งคือ แถบทวีปอเมริกาและยุโรปจะมีการศึกษาในระยะยาวหรือเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าค่อนข้างมาก ดังปรากฏในตารางที่ 4-5 ทำให้ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการรณรงค์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของสตรี อันจะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ลดปัญหาคุณภาพของประชากร และลดปัญหาการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร

ตารางที่ 4 การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในทวีปอเมริกา

กลุ่มสตรีที่ศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
1. กลุ่มสตรีจำแนกตามวัย/อายุ	
สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-44 ปี ทั้งผู้ที่ตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์	แบบแผนการดื่มสุรา
สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-44 ปี	การดื่มสุรากับปัญหาทางจิตใจที่รุนแรง
สตรีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป	ปัจจัยทำนายการดื่มสุราที่เป็นอันตราย
สตรีที่มีอายุ 18-64 ปี ที่ได้รับการสัมภาษณ์ ใน Winnipeg, Manitoba และ Canada ในปี 1990 และ 1991	การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในสตรีที่มีการดื่มสุรา แบบหัวราน้ำ กับ การดื่มแบบทั่วไป
สตรีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้าร่วมโครงการ National Health and Nutrition Examination Survey I	ผลของการดื่มสุรากับการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช และอัตราการตาย
สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 18-24 ปี) ที่เข้าร่วมโครงการ National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)	ความชุกของการดื่มสุรา แบบแผนการดื่มสุรา อายุที่เริ่ม ดื่มสุราครั้งแรก ความทนต่อฤทธิ์สุรา และการขับชี่ ยานพาหนะเมื่อดื่มสุราตั้งแต่ 3 drinks ขึ้นไปแยกตามอายุ เชื้อชาติ ลักษณะของการเป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา/ บางเวลา หรือไม่ได้เป็นนักศึกษา
สตรีในครัวเรือนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป	แบบแผนการดื่มสุรา ความชุกของการดื่มสุรา และความชุกของการดื่มสุราแบบหัวราน้ำ
สตรีวัย 55-65 ปี	แบบแผนการดื่มสุราของสตรีสูงวัยและปัญหา ที่ตามมาจากการดื่ม
2. กลุ่มสตรีที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา	
นักศึกษาหญิงอายุ 18-24 ปี	ผลกระทบของพฤติกรรมล้วงคออาเจียนกับปริมาณ การดื่มสุรา
นักศึกษาหญิง	ความหมายของการดื่มสุราของสตรี และบทบาทของสุรา ในกลุ่มนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัย
นักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัย	การดื่มสุรากับการรับรู้ความเสี่ยงและการถูกกระทำทางเพศ
นักเรียนหญิงที่เข้าร่วมโปรแกรม The Signs of Suicide (SOS) Program	บทบาททางเพศกับการดื่มสุราและการมีกิจกรรมทางเพศ, ผลกระทบของการดื่มสุราแบบหัวราน้ำต่อการมีพฤติกรรม ทางเพศสัมพันธ์ในลักษณะต่าง ๆ



ตารางที่ 4 การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในทวีปอเมริกา (ต่อ)

กลุ่มสตรีที่ศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
นักเรียนหญิงที่เข้าร่วมโครงการ “The National Longitudinal Study of Adolescent Health”	การดื่มสุรากับการพยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่มีและ ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
นักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัย	การดื่มสุรากับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ
นักเรียนพยาบาล	ประวัติการดื่มสุราและไม่ดื่มสุราของคนในครอบครัวของ นักศึกษาหญิงกับการมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตัวนักศึกษา ในภาคเรียนที่ 1 ของปีการศึกษาที่ 1
นักเรียนพยาบาล	แบบแผนการดื่มสุราของนักเรียนพยาบาล
3. กลุ่มสตรีตั้งครรภ์	
	การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดื่มสุรา
	ความชุกของการดื่มสุรา
	การดื่มสุราของมารดาที่ตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอดกับ การเกิดผลกระทบต่อนุรถหลังคลอดได้ 6-7 ปี
	เปรียบเทียบการดื่มสุราในขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Maternal Health Practices and Child Development (MHPCD) กับกลุ่มที่ได้รับ Health Outcomes from Prenatal Education (HOPE), การเกิดอาการซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์, และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์
	การดื่มสุราในไตรมาสที่ 1, 3 และใกล้คลอด
	ความชุก แบบแผนการดื่ม และปัจจัยทำนายการดื่มสุรา ก่อนตั้งครรภ์และในระหว่างตั้งครรภ์ในไตรมาสต่าง ๆ
	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
	ปัญหาการดื่มสุรากับอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับ และไม่ได้รับความรุนแรงจากคู่อภิ
	การพบเห็นสื่อโฆษณาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการ ดื่มสุรา
	การได้รับความรุนแรงจากคู่อภิกับการใช้สุราและสารเสพติด

ตารางที่ 4 การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในทวีปอเมริกา (ต่อ)

กลุ่มสตรีที่ศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
4. กลุ่มสตรีที่ดื่มสุราในแบบแผนต่าง ๆ	
สตรีที่ดื่มสุราแบบ social drinkers และดื่มในระดับปานกลาง	เปรียบเทียบระดับของแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อการไม่สามารถควบคุมตนเองและระดับแอลกอฮอล์ในเลือดระหว่างเพศหญิงและเพศชาย
5. กลุ่มสตรีที่อยู่ในเรือนจำ	
สตรีที่อยู่ในเรือนจำที่มีประวัติใช้สุราและโคเคน	การใช้สุราและโคเคนกับการเกิดอาการทางจิตเวช
6. กลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน	
	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับระดับ estradiol (E2) ระหว่างกลุ่มวัยหมดประจำเดือนกับกลุ่มที่มี cyclic ovarian function
7. กลุ่มสตรีที่ดื่มสุราและใช้สารเสพติดอย่างอื่นร่วมด้วย	
สตรีวัย 14-18 ปี ที่วินิจฉัยเป็น opioid use disorder (OUD) และ cannabis/alcohol use disorders	ลักษณะทางคลินิกของสตรีที่ถูกวินิจฉัยเป็น opioid use disorder (OUD) และ cannabis/alcohol use disorders
8. กลุ่มสตรีในลักษณะอื่น	
สตรีที่มีบทบาทเป็นมารดาที่เคยเข้าร่วมโครงการ The National Birth Defects Prevention Study ระหว่างปี 1997-2002	ความชุก แบบแผนการดื่ม และปัจจัยทำนายการดื่มสุราก่อนตั้งครรภ์และในระหว่างตั้งครรภ์ในไตรมาสต่าง ๆ
สตรีที่ไปจาก 10 ประเทศที่เข้าร่วมโครงการ The International research Group on Gender and Alcohol (IRGGA)	ความแตกต่างระหว่างเพศกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในแต่ละวัฒนธรรม
สตรีที่เข้ารับการบำบัดรักษาปัญหาการกินผิดปกติ	ผลกระทบต่อกันระหว่างการมีพฤติกรรมการกินผิดปกติกับการดื่มสุราแบบมีปัญหา
สตรีที่แสวงหาการบำบัดรักษาปัญหาสุราแบบผู้ป่วยนอก	ความแตกต่างระหว่างเพศกับการจัดการอาการซึมเศร้าด้วยการดื่มสุรา
สตรีที่เป็นกลุ่มนักท่องเที่ยวในสถานที่พักตากอากาศในวันหยุด (tourists vacationing in the resort)	การดื่มสุรากับการใช้ถุงยางอนามัย
สตรีฟ้าแฝด	อิทธิพลของพันธุกรรมร่วมกับโรคซึมเศร้าที่มีต่อการติดสุราในฝาแฝดหญิง



ตารางที่ 5 การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในยุโรป

กลุ่มสตรีที่ศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
1. กลุ่มสตรีจำแนกตามวัย/อายุ	
สตรีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในครัวเรือน	ความชุกของการดื่มสุราแบบ alcohol use disorders และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา
สตรีที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไป	อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกกับพฤติกรรมการดื่มสุราในวัยผู้ใหญ่
สตรีที่มีอายุ 18-25 ปี	การดื่มสุราในแบบแผนต่างๆ กับการตกเป็นเหยื่อของการถูกทำร้าย
สตรีที่มีอายุ 20-29 ปี	การสูบบุหรี่กับความเสี่ยงของการดื่มสุราแบบ heavy drinking
สตรีที่มีอายุ 30-64 ปี	ความชุกของการดื่มสุราแบบ hazardous
สตรีที่มีอายุ 50-59 ปี	การหยุดดื่มสุรา โอกาสในการดื่มสุรา การดื่มสุราแบบหัวราน้ำ และสาเหตุของการดื่มสุรา
สตรีวัยกลางคน	การดื่มสุราในระดับปานกลางกับอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็ง
สตรีที่มีอายุ 25-64 ปี ที่เข้าร่วมในโครงการ National FINRISK Study	ความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าของสตรีที่ดื่มสุราแบบ heavy drinking และที่ไม่ดื่มแบบ heavy drinking
สตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่เข้าร่วมโครงการ Copenhagen City Heart Study (CCHS-I)	ลักษณะของการดื่มสุราแบบต่างๆ กับการเพิ่มความเสี่ยงของการเสพติดสุรา
สตรีที่มีอายุ 20-49 ปีที่เข้าร่วมโครงการ “Longitudinal (prospective) Project on Women’s Drinking”	แบบแผนการดื่มสุราของสตรีที่มีลักษณะคล้ายเพศชาย
สตรีที่มีอายุ 16-24 ปีที่เข้าร่วมโครงการ “The National Chlamydia Screening Programme”	ผลกระทบของการดื่มสุราต่อการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด Chlamydia trachomatis
2. กลุ่มสตรีที่มีอาการของโรคทางกาย และการรับการรักษาปัญหาสุรา	
สตรีที่ได้รับการบำบัดรักษาปัญหาสุรา อายุ 18-61 ปี	ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และช้ำง่ายลงกับพฤติกรรมการดื่มสุรา
สตรีที่มีอาการของโรคหัวใจขาดเลือด	การดื่มสุราในระดับปานกลางกับการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด
สตรีที่มีอายุ 18-30 ปีที่ได้รับยาเพื่อรักษาปัญหาการดื่มสุรา	อาการ alcohol intoxicated กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
สตรีที่ได้รับการบำบัดรักษาปัญหาสุรา โดยมีโรคตับแข็งและไม่มีโรคตับแข็ง	การดื่มสุราในแบบแผนต่างๆ กับการติดสุรา และการเป็นโรคตับแข็งและไม่เป็นโรคตับแข็ง

ตารางที่ 5 การศึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีในยุโรป (ต่อ)

กลุ่มสตรีที่ศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
3. กลุ่มสตรีตั้งครรภ์	
	ความชุกของการดื่มสุราที่เป็นอันตราย (hazardous or harmful) ในระหว่างตั้งครรภ์
	แบบแผนการดื่มสุราของสตรีตั้งครรภ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาการรู้คิดของบุตรที่คลอดออกมา
	ความชุกของการดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์
4. กลุ่มสตรีในเรือนจำ	
	ปัญหาสุขภาพกาย และปัญหาสุขภาพจิต ในช่วง lifetime และในระหว่างที่อยู่ในเรือนจำ การใช้สุรา/สารเสพติดในช่วง lifetime และในช่วง 1 ปีก่อนเข้ามาอยู่ในเรือนจำระหว่างกลุ่มที่อยู่ในเรือนจำเขตเมืองกับเขตชนบท
5. กลุ่มสตรีในลักษณะอื่นๆ	
สตรีในโครงการ “Women and Alcohol in Goteborg”	ลักษณะทางเพศกับการดื่มสุรา และความผิดปกติทางจิต

ข้อค้นพบที่สำคัญจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง

การศึกษาเชิงทดลองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาปัญหาสุราพบมีมากในแถบทวีปอเมริกาและยุโรป โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง ประเด็นที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุราในสถานบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลทั่วไป และในแผนกฉุกเฉิน วิธีการบำบัดใช้ทั้งแบบรายบุคคลและการบำบัดทางเว็บไซต์ รองลงมาคือศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดด้วยวิธี 12 ขั้นตอน กลุ่มสตรีที่ศึกษาพบมีทุกวัย ได้แก่ วัยรุ่นกลุ่มนักเรียน นักศึกษา สตรีสูงอายุ สตรีวัยกลางคน และสตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น ที่น่าสนใจคือการศึกษาลักษณะใหญ่จะรวมเพศหญิงและเพศชายโดยสัดส่วนของเพศหญิงมีประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้น ดังปรากฏในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 การศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุราของสตรีในต่างประเทศ

ประเทศ	กลุ่มสตรีที่ศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
ยุโรป	สตรีที่เข้ารับการรักษาก่อนการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับสุรา ณ แผนกฉุกเฉิน (N = 215 ราย, 21.8%)	ผลของการบำบัดแบบสั้นต่อการลดการดื่มสุราแบบ hazardous drinkers
	สตรีที่ดื่มสุราแบบ alcohol use disorders (N = 232 ราย, 50.3%)	เพศภาวะ และการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอนต่อการลดการดื่มสุราแบบมีปัญหา
	สตรีที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยปัญหาทางอายุรกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (N = 40 ราย, 23.0%)	ผลของการบำบัดแบบสั้นต่อการลดการดื่มสุรา
	สตรีที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (N = 40 ราย, 100.0%)	ผลของการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นโดยพยาบาลต่อการลดการดื่มสุราในปริมาณที่เกินกำหนด
	สตรีวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชด้วยปัญหาจากการดื่มสุรา (N = 29 ราย, 48.3%)	เปรียบเทียบผลของการบำบัดแบบสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Motivational Interviewing (MI) กับกลุ่มที่ได้รับ Information Package (PI) ในอัตราการรอดชีวิตและจำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดรักษาปัญหาสุรา ติดตาม ณ ปีที่ 5
	ผู้ป่วยหญิงในโรงพยาบาลทั่วไปอายุ 18-75 ปี ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (N = 32 ราย, 14.8%)	ผลของการบำบัดแบบสั้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎี self-efficacy
	สตรีที่มารับบริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (N = 32 ราย, 14.8%)	ผลของการบำบัดแบบสั้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎี self-efficacy
	นักศึกษาหญิงที่มีปัญหาการดื่มสุรา (N = 3478 ราย, 69.0%)	ผลของการบำบัดแบบสั้นทางเว็บไซต์ (website-based personalized feedback intervention) ต่อการลดการดื่มสุรา
	สตรีอายุ 18-64 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและมีปัญหาการดื่มสุราด้วย	ความแตกต่างระหว่างเพศกับผลของการบำบัดแบบสั้น
	สตรีที่มารับบริการคลินิกสุรา (N = 147 ราย, 35.1%)	ปัจจัยทำนายการเข้ารับการบำบัดรักษาปัญหาสุรา และการคงอยู่ของการบำบัด
	สตรีที่มีปัญหาการดื่มสุรา (N = 5 ราย, 41.6%)	บทบาททางเพศ ความเป็นหญิงและความเป็นชายกับการแสวงหาการบำบัดรักษาปัญหาสุรา

ตารางที่ 6 การศึกษาเกี่ยวกับการนำบัตรรักษาปัญหาการเสพติดสุราของสตรีในต่างประเทศ (ต่อ)

ประเทศ	กลุ่มสตรีที่ถูกศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
อเมริกา	สตรีที่อายุน้อยที่มีโรคร่วมของการเจ็บป่วยทางจิต กับการมีปัญหาการใช้ยาและสุรา (N = 30.0%)	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบสั้น 4-6 ครั้ง
	สตรีวัยผู้ใหญ่ที่ติดโคเคนหรือติดสุราและผ่านการบำบัดในโปรแกรม Intensive out-patient program (N = 17.4%)	ผลของการดูแลแบบติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องในผู้ที่มีปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด
	สตรีที่เสพติดสุราและ/หรือติดสารเสพติด (N = 12 ราย, 100.0%)	ประสบการณ์การฟื้นฟูจากการเสพติดสุรา
	นักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 4 อายุ 18-39 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยยาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (N = 509 ราย, 55.8%)	ผลของการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในนักศึกษาชั้นปีที่ 4
	สตรีที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน (N = 131 ราย, 21.9%)	ผลของการคัดกรองและการส่งต่อเข้ารับการบำบัดแบบสั้น
	สตรีที่มีปัญหาการนอนไม่หลับในช่วงของการฟื้นฟูสภาพจากการติดสุรา (N = 18 ราย, 30.0%)	ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับในช่วงของการฟื้นฟูสภาพจากการติดสุรา
	สตรีที่มีการศึกษาสูงในสถานที่ทำงานต่าง ๆ (N = 144 ราย, 77.0%)	ผลของการคัดกรองและการใช้การบำบัดแบบสั้นทางเว็บไซต์ (website-based intervention) เพื่อลดปัญหาการดื่มสุรา
	นักศึกษาหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 68.0)	ความสัมพันธ์ระหว่างการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองกับผลที่ตามมาจากการดื่มสุรา
	กุมารแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหญิงที่เชี่ยวชาญด้านเด็ก และที่เชี่ยวชาญด้านครอบครัว ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (N = 480 ราย, 46.0% และ 205 ราย, 25.0%)	ผลของการคัดกรองและการให้คำปรึกษาในวัยรุ่นที่ดื่มสุราโดยแพทย์หญิงที่เชี่ยวชาญด้านเด็ก และที่เชี่ยวชาญด้านครอบครัวในสถานพยาบาลปฐมภูมิ
	นักศึกษาหญิงที่มีปัญหาการดื่มสุรา (N = 71 ราย, 54.2%)	ผลของการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นทางเว็บไซต์ต่อการลดการดื่มสุราแบบเสี่ยง



ตารางที่ 6 การศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุราของสตรีในต่างประเทศ (ต่อ)

ประเทศ	กลุ่มสตรีที่ศึกษา	ประเด็นที่ศึกษา
อเมริกา	สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทและมีปัญหาการดื่มสุรา (N = 44 ราย, 100.0%)	ผลของการบำบัดแบบเส้นทางเว็บไซต์ (website-based, self-guided treatment program) ในกลุ่มสตรีในชนบท
	สตรีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการในแผนกฉุกเฉิน	ผลของการบำบัดแบบสั้นต่อการลดการดื่มสุราแบบอันตราย
	สตรีตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา	ผลของการบำบัดแบบสั้นในสตรีตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา
	สตรีที่เสพติดสุรา (N = 11 ราย, 100%)	สภาพแวดล้อมตามบริบทที่เป็นปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นฟูจากการเสพติดสุราของสตรี
Cochrane Review	สตรีตั้งครรภ์	การบำบัดทางจิตสังคมในสตรีที่เข้ารับการบำบัดรักษาปัญหาสุราในระหว่างตั้งครรภ์
	ผู้หญิง (และผู้ชาย) ที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ	ผลของการบำบัดแบบสั้นต่อการลดการดื่มสุรา
	ผู้หญิง (และผู้ชาย) ที่เข้ารับการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน	เปรียบเทียบผลของ AA หรือ TSF programmes กับการบำบัดทางจิตสังคมด้วยวิธีอื่น ต่อการลดการดื่มสุรา การหยุดดื่ม การคงการหยุดดื่ม การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการลดอุบัติเหตุ รวมทั้งการลดปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการลดการดื่มสุรา
Systematic Review	ผู้หญิง (และผู้ชาย) ที่มีปัญหาการดื่มสุรา	ผลของการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงสูง
	นักศึกษาหญิง (และชาย) ที่มีปัญหาการดื่มสุรา	ผลของการบำบัดทางจิตสังคมต่อการลดการดื่มสุราในกลุ่มนักศึกษา
	ผู้หญิง (และผู้ชาย) ที่มารับบริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ	ผลของการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่ดื่มสุราแบบ hazardous drinkers ที่มารับบริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ

นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับผลของการบำบัดแบบสั้นพบมีมากในต่างประเทศ จนมีรายงานการศึกษาที่เป็นการทบทวนงานวิจัยหรือหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบปรากฏหลายการศึกษา สำหรับในประเทศไทยยังไม่ปรากฏหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษาสตรีที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่ค้นพบส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยชายทั้งหมด จึงไม่ได้นำมาเสนอในรายงานฉบับนี้

ดังนั้นช่องว่างขององค์ความรู้ในด้านการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุราของสตรีไทย ที่สมควรจะได้มีการศึกษาต่อไป ได้แก่ การศึกษาการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในสตรีไทยที่มีปัญหาการดื่มสุราในสถานบริการต่าง ๆ การศึกษาผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับสตรีไทยที่มีปัญหาการดื่มสุรา ศึกษาการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในสตรีที่ตั้งครรภ์ และศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศกับการแสวงหาการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุรา เป็นต้น



การดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี

ความชุกของการดื่มสุราและเสพติดสุราของสตรี

ความชุกของการดื่มสุราของสตรี

จากผลการทบทวนวรรณกรรมประเด็นความชุกของการดื่มสุราของสตรี (Alcohol consumption) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542-2551 หรือ ค.ศ. 1999-2008) ทั้งการศึกษาในประเทศไทย และต่างประเทศแถบทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชีย พบว่า ความชุกของการดื่มสุราของสตรีไทยมีอัตราสูงขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2539-2548 และมีแนวโน้มที่ดื่มสุราแบบประจำเพิ่มมากขึ้น ที่น่าสังเกตคือสตรีในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในต่างประเทศมีการดื่มสุราทุกไตรมาส ส่วนในสตรีไทยตั้งครรภ์พบดื่มสุราร้อยละ 0.7 และกลุ่มวัยรุ่นนักเรียนหญิงไทยพบมีการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเป็นกลุ่มที่ดื่มสุรามากกว่ากลุ่มวัยอื่น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศที่สตรีที่ดื่มสุราพบปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมด้วย

ความชุกของการดื่มสุราของสตรีในต่างประเทศ

สตรีในแถบทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชียมีการดื่มสุราส่วนใหญ่อยู่ระหว่างร้อยละ 19.4-54.6 (2, 4, 24, 60, 80, 89) มีเพียงสตรีในอินเดียเท่านั้นที่มีความชุกของการดื่มสุราค่อนข้างน้อยคือเพียงร้อยละ 3.0 (58)

การศึกษาในประเทศแถบเอเชีย สตรีฮ่องกงพบว่ามีความชุกของการดื่มสุราจากคำถามสัมภาษณ์ปริมาณการดื่มร้อยละ 19.4 (24) และจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างพบว่าสตรีชาวจีนในฮ่องกงมีการดื่มสุราหนักแบบ binge drinking ร้อยละ 3.6 และการดื่มในลักษณะดังกล่าวลดลงในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี หรือในกลุ่มที่แต่งงานแล้ว (53) กลุ่มสตรีเนปาลเมื่อคัดกรองด้วยแบบประเมิน Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) พบความชุกของการดื่มสุราในระดับอันตราย (alcohol use disorder) ถึงร้อยละ 2.5 (2) ในประเทศญี่ปุ่นมีการใช้แบบสอบถามประเมินหญิงตั้งครรภ์พบการดื่มสุราของสตรีญี่ปุ่นในขณะ

ตั้งครรร้อยละ 11.1 (97) ในขณะที่สตรีได้หวนพบรายงานความชุกของการดื่มสุราขณะตั้งครรร้อยละ 31.9 (91)

โดยสรุป ประเด็นที่พบจากการศึกษาความชุกของสตรีในแถบทวีปเอเชีย ได้แก่ ฮองกง ญี่ปุ่น ไต้หวัน และเนปาล คือ **กลุ่มสตรีที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรร้อยละ 11.1-31.9** เครื่องมือที่ใช้ในการหาความชุกของการดื่มในสตรี ได้แก่ แบบสอบถาม และ AUDIT

การศึกษาในสตรีอเมริกัน พบความชุกของปัญหาการดื่มสุราแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละการศึกษา ความชุกของสตรีอเมริกันที่ดื่มหนัก (มากกว่า 4-5 ดื่มมาตรฐาน) ในแต่ละวันที่ดื่มอยู่ในช่วงตั้งแต่ร้อยละ 4.1-28.5 (9, 6, 31) ความถี่ของการดื่มสุราพบเฉลี่ย 1.6 (SD = 1.2) ครั้งต่อสัปดาห์ (20) และจากการสัมภาษณ์อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกของสตรีในอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2001-2002 พบสตรีที่อายุน้อยลงเริ่มดื่มครั้งแรกที่อายุเฉลี่ยน้อยลง กล่าวคือว่าสตรีวัย 18-20 ปี เริ่มดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 16.8 ปี และสตรีวัย 21-24 ปี เริ่มดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 18.2 ปี (41) ส่วนในสตรีชาวแอฟริกัน-อเมริกันพบพฤติกรรมการดื่มสุราหนักเป็นครั้งคราว (low-rates of heavy drinking) ร้อยละ 34.0-36.0 (5) สอดคล้องกับอีกการศึกษาในกรุงนิวยอร์กพบสตรีชาวแอฟริกัน-อเมริกันมีการดื่มสุราแบบมีปัญห (problem drinking) ด้วยแบบประเมิน CAGE มากถึงร้อยละ 31.7 (61) และสตรีในกลุ่ม Native American เมื่อประเมินด้วยเครื่องมือ Composite International Diagnostic Interview (CIDI) พบความชุกการเคยดื่มสุราตลอดชีวิตที่ผ่านมา (life-time prevalence) ร้อยละ 28.2 (4)

เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบรายงานการศึกษา สตรีอเมริกันวัย 55-65 ปี ร้อยละ 38.0 ที่ดื่มสุรามากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ และร้อยละ 16.0 ดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ ในขณะที่ร้อยละ 51.0 ที่ดื่มมากกว่า 1 ดื่มมาตรฐานในแต่ละวัน (79) ส่วนรายงานการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) ในระหว่างปี ค.ศ. 1971-1974 พบความชุกของการดื่มแบบเสี่ยงในสตรีสูงอายुर้อยละ 5 และในชายสูงอายुर้อยละ 18.0 (37)

ในวัยรุ่นมีการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลอเมริกาที่ได้รับการคัดกรองด้วย AUDIT พบความชุกของการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำและแบบเสี่ยงร้อยละ 22.0 และ 3.1 ตามลำดับ (89) และรายงานการศึกษาในนักศึกษาหญิงของมหาวิทยาลัยจำนวน 47,202 คน พบว่านักศึกษาหญิงที่มีพฤติกรรมล้วงคอเพื่ออาเจียน (purging) จะมีการดื่มสุราบ่อยกว่าและดื่มหนักแบบ binge drinking บ่อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมล้วงคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (7)

การศึกษาในสตรีวัยเจริญพันธุ์ในปี ค.ศ. 2001 โดย Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 54.6 มีการดื่มสุราในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 12.5 ดื่มน้อย (frequent drinking) (80) และการศึกษาในปี ค.ศ. 2001-2003 พบสตรีวัยเจริญพันธุ์ดื่มสุราหนักแบบ binge drinking ร้อยละ 13.0 (6)



ความชุกของการดื่มสุราในสตรีอเมริกันตั้งครรภ์พบหลายการศึกษา กล่าวคือ การศึกษาโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ในอเมริกาดื่มสุราเป็นบางครั้งในระหว่างตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 30.3, ยังคงดื่มหลังตั้งครรภ์ได้ 1 เดือน ร้อยละ 22.5, ดื่มขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 7.9 และดื่มทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ร้อยละ 2.7 (31) มีรายงานการศึกษาระหว่างปี ค.ศ. 2001-2003 โดย Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) พบสตรีอเมริกันตั้งครรภ์ดื่มสุราหนักแบบ binge drinking ร้อยละ 2.0 (6) แม้ว่าจากข้อมูล National Longitudinal Survey of Labor Market Experiences in Youth (NLSY) พบสตรีอเมริกันตั้งครรภ์มีแนวโน้มการลดการดื่มสุราลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) จากร้อยละ 38.3 ในปี ค.ศ.1982-1983 เหลือเพียงร้อยละ 23.0 ในปี ค.ศ.1994-1995 แต่ความชุกของการดื่มแบบเสี่ยงก็ยังคงสูงอยู่ (52) ส่วนข้อมูลจากคลินิกฝากครรภ์พบว่า มารดาชาวอเมริกันที่มาฝากครรภ์ ร้อยละ 3.8 ดื่มสุราเล็กน้อย (low levels) (68) ในขณะที่อีกการศึกษาหนึ่งพบมารดาชาวอเมริกันที่มาฝากครรภ์ถึงร้อยละ 13.0 ดื่มสุราปานกลางถึงหนัก (moderate/heavy use) (69) และสตรีตั้งครรภ์ในอเมริกาที่มีประวัติมีบุตรยากจะมีความชุกของการดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าสตรีที่ไม่มีประวัติมีบุตรยาก (ร้อยละ 3.3 กับร้อยละ 2.7) รวมทั้งมีคะแนน T-ACE อยู่ในระดับ alcohol tolerance มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 83.3 กับร้อยละ 52.3, $p < 0.01$) (104)

นักโทษหญิงชาวอเมริกันมีความชุกของการดื่มสุราค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มอื่น กล่าวคือ ร้อยละ 94.2 รายงานว่าเคยดื่มสุรามาก่อน และร้อยละ 84.6 เคยดื่มสุราในช่วง 6 เดือนก่อนถูกกักขังในเรือนจำ (22) สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีอเมริกันที่อยู่ในเรือนจำทั้งในชนบทและในเมืองที่ประเมินโดย Miami Health Services Questionnaire และ Addiction Severity Index (ASI) พบว่าเคยดื่มสุราตลอดชีวิตที่ผ่านมา (lifetime) มากถึงร้อยละ 88.2 และ 91.8 ตามลำดับ และดื่มสุราในช่วง 1 ปีก่อนถูกกักขังในเรือนจำร้อยละ 68.6 และ 69.4 ตามลำดับ (48)

โดยสรุป ประเด็นที่พบในการศึกษาความชุกของการดื่มสุราในสตรีอเมริกันคือ **สตรีอเมริกันดื่มสุรากันมากในทุกกลุ่มวัย ความชุกของการดื่มอยู่ระหว่างร้อยละ 8.3-38.0 และส่วนใหญ่จะดื่มสุราหนักมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันที่ดื่ม นักโทษหญิงอเมริกันจะมีความชุกของการดื่มสุราสูงกว่าสตรีกลุ่มอื่น ที่น่าสังเกตคือสตรีวัยเจริญพันธุ์มีการดื่มสุราในช่วง 30 วันที่ผ่านมา มากถึงร้อยละ 54.6 และในสตรีตั้งครรภ์พบมีการดื่มสุราทุกไตรมาสและเป็นการดื่มตั้งแต่วัยเสี่ยงน้อยจนถึงระดับเป็นอันตราย สตรีรุ่นใหม่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกที่อายุเฉลี่ยน้อยลง เครื่องมือที่ใช้ในการหาความชุกของการดื่มในสตรี ได้แก่ แบบสอบถาม, CIDI, quantity-frequency questionnaire, AUDIT, CAGE, Miami Health Services Questionnaire, ASI และในสตรีตั้งครรภ์มีการใช้ T-ACE**

การศึกษาในแถบทวีปยุโรป สตรีในสวีเดนดื่มสุราแบบเสี่ยง (hazardous) หรือแบบอันตราย (harmful) ร้อยละ 17.0 ในขณะที่ร้อยละ 6.0 ดื่มหนักแบบ binge drinking ทุกครั้งที่มีโอกาสดื่ม และร้อยละ 46.0 ดื่มหนักแบบ binge drinking เดือนละครั้งหรือมากกว่า การดื่มหนักในลักษณะนี้พบมากในสตรีวัย 18-24 ปี (69) สตรีชาวฟินแลนด์อายุ 30-64 ปีมีความชุกของการดื่มสุราแบบอันตราย (hazardous drinking) ร้อยละ 3.1 (102) อายุเฉลี่ยของสตรีฟินแลนด์ที่ดื่มสุราครั้งแรกคือ 15.6 ปี (SD = 2.6) และความเสี่ยงของการดื่มหนักสูงขึ้นหากเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุน้อยกว่า 16 ปี

เมื่อจำแนกตามช่วงอายุสตรีสวีเดนวัย 50-59 ปี พบความชุกการดื่มสุราในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 39.4 และความชุกของการดื่มสุราหนักแบบ binge drinking ครั้งหนึ่งครั้งใดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 56.6 และ (99) ในขณะที่การศึกษาในสตรีวัยสูงอายุจาก 10 ประเทศคือ ออสเตรเลีย แคนาดา เอสโตเนีย ฟินแลนด์ อิสราเอล เนเธอร์แลนด์ รัสเซีย สวีเดน อเมริกา และกรีซ พบว่ามีพฤติกรรมการดื่มสุราในปริมาณที่ลดลง แต่ความถี่ของการดื่มไม่มีการเปลี่ยนแปลง และกลุ่มวัยนี้มีแนวโน้มที่จะหยุดดื่มเมื่ออายุมากขึ้น (51)

ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบการดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์ของสตรีสวีเดนร้อยละ 6.0 โดยกลุ่มที่มีอายุมากกว่าจะดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง (98) ในขณะที่อีกการศึกษาพบว่า สตรีสวีเดนตั้งครรภ์ร้อยละ 30 ดื่มสุราเป็นประจำ (regular) ในระหว่างที่ตั้งครรภ์และในปีก่อนการตั้งครรภ์ (69)

โดยสรุป ข้อค้นพบจากการศึกษาความชุกของการดื่มสุราของสตรีในแถบยุโรปคือ *มีความชุกของการดื่มหนักแบบ binge drinking ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 6.0-56.6) โดยพบมากในสตรีวัย 18-24 ปี สตรียุโรปเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุน้อยกว่า 16 ปี และมีการศึกษาความชุกของการดื่มในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ สตรีวัยกลางคน สตรีทั่วไป* เครื่องมือที่ใช้ในการหาความชุกของการดื่มในสตรี ได้แก่ AUDIT, frequency-quantity questionnaire, CIDI และแบบสอบถาม

ความชุกของการดื่มสุราในกลุ่มสตรีที่มีโรคจิตเวชร่วม (co-morbidity) สตรีในบราซิลที่ดื่มสุราพบว่ามีโรคจิตเวช (Psychiatric disorders) สูงถึง 2.48 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีกลุ่มที่ไม่ดื่มสุรา (2) และสตรีวัย 18-44 ปีในสหรัฐอเมริกาที่ดื่มสุราพบว่ามี serious psychological distress 1.1 ล้านคน (9) นอกจากนี้การศึกษานอเมรกายังพบสตรีที่ได้รับวินิจฉัย Opioid Use Disorders มีการดื่มสุราร่วมสูง และสตรีที่เป็น Anorexia Nervosa หรือ Bulimia Nervosa มีการดื่มสุราพร้อมมากกว่า 1 ใน 4 (57)



ความชุกของการดื่มสุราของสตรีไทย

ความชุกของการดื่มสุราของสตรีไทยนั้นพบว่า สตรีไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของการดื่มสุราเพิ่มขึ้นและความชุกของการดื่มแบบประจำ (ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน หรือดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ หรือดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน) ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจพบว่า ความชุกของการดื่มสุราของสตรีไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.1 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 10.3 ในปี พ.ศ. 2547 และเริ่มมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 9.8 ในปี พ.ศ. 2549 และร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2550 ผลการสำรวจดังกล่าวยังพบแนวโน้มความชุกของสตรีไทยที่ดื่มสุราแบบประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มอื่น และเริ่มลดลงเป็นร้อยละ 3.1 ในปี พ.ศ. 2550 (77, 78)

จากผลการสำรวจครัวเรือนประมาณการใช้สารเสพติดและสุราของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2550 พบว่าสตรีไทยมีการดื่มสุราในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาจำนวน 3.2 ล้านคน, ดื่มสุราในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาจำนวน 2.0 ล้านคน และดื่มสุราในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาจำนวน 1.3 ล้านคน ในการศึกษารังนี้ยังพบว่าสตรีวัย 25-44 ปี มีประสบการณ์ดื่มช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมามากที่สุด รองลงมาคือวัย 12-24 ปี และวัย 45-65 ปี ตามลำดับ และสตรีวัย 25-44 ปี มีประสบการณ์ดื่มช่วงหนึ่งเดือนมากที่สุด รองลงมาคือวัย 45-65 ปี และวัย 12-24 ปี (17) จากกรณีศึกษา 2 ชุมชนภาคเหนือโดยวิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในปี พ.ศ. 2549 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงในชุมชนชนบท มีความคิดเห็นว่าผู้หญิงมีการดื่มสุราเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ชาย และมีผู้ดื่มสุราหน้าใหม่เพศหญิงและที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น (85)

เมื่อจำแนกตามอายุ จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2538, 2544 และ 2547 พบว่าสตรีไทยช่วงอายุ 25-59 ปีดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ในอัตราที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 10.5, 12.6 และ 13.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกับสตรีวัยรุ่น 15-24 ปี ที่มีการดื่มสุราเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 3.3, 4.6 และ 5.3 ตามลำดับ) (77) สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่พบสตรีไทยกลุ่มอายุ 30-39 ปี ในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่มีแนวโน้มดื่มสุรามากขึ้นเช่นกัน (73) นอกจากนี้ยังมีกรณีศึกษาในภาคเหนือพบว่าสตรีในชนบทดื่มสุราในระดับเสี่ยงสูงเป็น 2 เท่าของสตรีในชุมชนเมือง (ร้อยละ 25.2 และร้อยละ 12.7 ตามลำดับ) (85)

สำหรับวัยรุ่น มีรายงานการศึกษาในกลุ่มนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดขอนแก่น พบว่านักเรียนหญิงมีการดื่มสุรามากถึงร้อยละ 40.5 (5) สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น ที่ดื่มสุรามากถึงร้อยละ 53.8 และร้อยละ 40.4 ตามลำดับ (76)

การศึกษาในกลุ่มสตรีที่ต้องเฝ้าระวังเช่น กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ พบมีเพียง 1 การศึกษาในปี พ.ศ. 2550 โดยรายงานว่าสตรีไทยที่ดื่มสุราขณะตั้งครรภ์มีร้อยละ 0.7 และดื่มสุราระหว่างให้นมบุตรมีร้อยละ 0.6 ของสตรีที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุ 5 ขวบหรือน้อยกว่า (15)

โดยสรุป ข้อค้นพบจากการศึกษาความชุกของการดื่มสุราของสตรีไทยที่เด่นชัดคือ มีการศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สตรีวัยรุ่นที่อยู่ในโรงเรียน และสตรีในชุมชนบางพื้นที่ ผลการศึกษาต่างให้ข้อมูลในแนวทางเดียวกันคือ **สตรีมีการดื่มสุรามากขึ้น และสตรีที่อายุน้อยเริ่มมีการดื่มสุรามากขึ้น** เครื่องมือที่ใช้ในการหาความชุกของการดื่มในสตรีพบเพียงรายงานเดียวที่ใช้ AUDIT ส่วนการศึกษาอื่นไม่ได้ระบุเครื่องมือชัดเจน และใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาเฉพาะในการศึกษาเรื่องนั้นๆ

สรุปผลการทบทวนองค์ความรู้ด้านความชุกของการดื่มสุราของสตรีทั้งในและต่างประเทศ พบว่า สตรีมีการดื่มสุรามากขึ้น ความชุกของการดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบอันตรายพบมีมากขึ้นในทุกช่วงวัย สตรีกลุ่มเสี่ยง เช่น สตรีตั้งครรภ์มีความชุกของการดื่มสุราทุกไตรมาส และสตรีวัยรุ่นก็มีการดื่มสุราเพิ่มขึ้นเช่นกัน การดื่มสุราครั้งแรกในสตรีมีแนวโน้มเริ่มดื่มในอายุที่น้อยลง ในต่างประเทศมีการศึกษาในกลุ่มสตรีที่หลากหลายมากกว่าในแถบเอเชีย ทั้งกลุ่มสตรีวัยรุ่น นักเรียน นักศึกษา สตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีที่ตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติมีบุตรยาก สตรีสูงอายุ สตรีเฉพาะกลุ่มเชื้อชาติอเมริกัน และสตรีที่อยู่ในเรือนจำ ส่วนลักษณะของความชุกก็มีการศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น ความชุกการดื่มสุราแบบตลอดชีวิต (lifetime) ความชุกในช่วงหนึ่งเดือน ความชุกการดื่มสุราหนักแบบ binge drinking ความชุกการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ แบบเสี่ยง แบบอันตราย ความชุกด้านปริมาณและความถี่ของการดื่ม อีกทั้งเครื่องมือที่ใช้วัดความชุกมีความชัดเจนและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่จะวัด

ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีไทยมีดังนี้

1. ศึกษาความชุกของการดื่มสุราของสตรีไทยในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ วัยสูงอายุ กลุ่มสตรีที่เป็นนักเรียน นักศึกษา สตรีตั้งครรภ์ และสตรีที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
2. เลือกใช้เครื่องมือวัดความชุกชนิดที่เชื่อถือได้ เช่น AUDIT หรือใช้ T-ACE และ TWEAK สำหรับสตรีตั้งครรภ์



3. ศึกษาความชุกของการดื่มสุราในลักษณะต่าง ๆ หรือตามแบบแผนการดื่ม เช่น ความชุกชั่วชีวิต (lifetime) ความชุกในหนึ่งปีที่ผ่านมา (past year) ความชุกในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา (past month) ความชุกการดื่มหนัก (binge drinking หรือ heavy drinking) เป็นต้น
4. ศึกษาเปรียบเทียบความชุกของการดื่มสุราของสตรีไทยในแต่ละภาค ตามช่วงวัย และตามแบบแผนของการดื่มสุรา
5. ศึกษาอายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกของสตรีไทยในแต่ละช่วงวัย

ความชุกของการเสพติดสุราของสตรี

การเสพติดสุราของสตรี (Alcohol Dependence) ในต่างประเทศ พบรายงานการศึกษาสตรีที่เสพติดสุราหลายการศึกษา แต่การศึกษาในประเทศไทยยังไม่ปรากฏชัดเจน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความชุกของการเสพติดสุราในสตรีแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยอัตราความชุกของการเสพติดสุราในสตรีทั่วโลกเฉลี่ยร้อยละ 8.4 (86) โดยมีรายงานว่าสตรีเนปาลมีการเสพติดสุรา ร้อยละ 15.7 (1) สตรีใน New Mexico เสพติดสุราช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ร้อยละ 14.0 และเคยเสพติดสุราในตลอดชีวิตที่ผ่านมา (lifetime) ร้อยละ 32.5 (4) ส่วนสตรีฮ่องกงมีการเสพติดสุรา ร้อยละ 0.7 แต่ในกลุ่มที่ดื่มหนักแบบ binge drinking มีการเสพติดสุราสูงร้อยละ 9.9 (53) สตรีในสวีเดนที่ติดสุราพบว่าตลอดชีวิตที่ผ่านมา (lifetime) ดื่มเบียร์จำนวน 11,350 แก้ว และดื่มเหล้าจำนวน 27,440 แก้ว (63)

ความชุกของการเสพติดสุราตามวัย อาชีพ และความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดพบว่า กลุ่มสตรีเนปาลที่เสพติดสุรา พบว่าเป็นกลุ่มแม่บ้านมากร้อยละ 18.6 และสตรีที่มีอายุ 45-54 ปี เป็นกลุ่มที่ติดสุราชุกมากขึ้นเป็น 2 เท่าพอ ๆ กับเพศชายที่ติดสุรา (1) และการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการติดสุราของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (53)

การศึกษาความชุกของการเสพติดสุราของสตรีในประเทศไทยยังคงค่อนข้างจำกัด และเมื่อเปรียบเทียบกับประเด็นที่ศึกษาในต่างประเทศพบว่ายังจำเป็นต้องศึกษาในกลุ่มสตรีที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีไทยมีดังนี้

การศึกษาสถิติ อุบัติการณ์ และความชุกของการเสพติดสุราของสตรีไทยจำแนกตามลักษณะกลุ่มวัย อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ และลักษณะชุมชน

พฤติกรรมการดื่มสุรา

และการเสพติดสุราของสตรี

รายงานวิจัยที่ปรากฏส่วนใหญ่แสดงถึงแบบแผนของการดื่มสุรา ชนิดของเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และกลุ่มอายุที่ดื่มสุราในระดับต่าง ๆ ส่วนงานวิจัยด้านพฤติกรรมกรรมการเสพติดสุราของสตรียังไม่พบการศึกษาที่ชัดเจน

แบบแผนการดื่มสุราของสตรี

การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ

การดื่มสุราในลักษณะต่าง ๆ ของสตรี ได้มีการให้คำจำกัดความโดยองค์กรหรืองานวิจัย ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ยกเว้นในกลุ่มผู้ดื่มสตรีสูงอายุอาจแตกต่างออกไปบ้างดังนี้

1. การศึกษา Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) ระหว่างปี ค.ศ. 2001-2003 ของสหรัฐอเมริกา ให้ความหมายของการดื่มในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 18-44 ปี (6) ไว้ว่า

- **“Binge drinking”** หมายถึงการที่สตรีดื่มสุราอย่างน้อย 5 ดื่มมาตรฐานในวันที่มีโอกาสดื่มช่วง 30 วันที่ผ่านมา

- **“Any use”** หมายถึงการที่สตรีดื่มสุราอย่างน้อย 1 ดื่มมาตรฐานในวันที่มีโอกาสดื่มช่วง 30 วันที่ผ่านมา

2. การศึกษาของ National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) โดย Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) ปี ค.ศ. 2000 ให้ความหมายของการดื่มของสตรี (26) ไว้ว่า

- **“Current alcohol use”** หมายถึงการที่สตรีดื่มสุราอย่างน้อย 1 ดื่มมาตรฐานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยหนึ่งดื่มมาตรฐานหมายถึงเบียร์ 12 ออนซ์ หรือไวน์ที่ 4-5 ออนซ์ หรือสุราที่เมื่อผสมกับเครื่องดื่มอื่น ๆ 1.5 ออนซ์

- **“Binge drinking”** หมายถึง การที่สตรีดื่มสุราตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป ในแต่ละครั้งที่ดื่มในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

- **“Heavy drinker”** หมายถึงการที่สตรีที่ดื่มสุราตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป ในวันที่มีโอกาสดื่มในช่วง 30 วันที่ผ่านมา



3. The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) กำหนดความหมายของแบบแผนการดื่มสุรา 3 ลักษณะคือ (30)

- “Light” หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณ < 0.25 g/kg หรือน้อยกว่าหนึ่งดื่มมาตรฐานต่อวัน
- “Moderate” หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณ 0.25-0.50 g/kg หรือ 1-2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน
- “Heavy” หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณ > 0.50 g/kg หรือมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน

4. สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน กำหนดลักษณะของ “การดื่มสุราแบบมีปัญหา (alcohol abuse)” ของสตรีว่า (81)

- 1) มีการลดสมรรถนะในการเรียนหรือการทำงานอันเป็นผลมาจากการดื่มสุราหรือการเมาสุรา
- 2) ขาดการดูแลเอาใจใส่บุตรหรือขาดความรับผิดชอบในการเป็นแม่บ้าน และ
- 3) มีปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เช่น ถูกจับเนื่องจากเมาแล้วขับ

5. ในอเมริกามีการศึกษาการวิเคราะห์ความคิดรวบยอด (concept analysis) ของการดื่มระดับปานกลางของสตรี (moderate drinking in women) ทำให้ได้คุณลักษณะของคำว่า “women’s moderate drinking” ในวัฒนธรรมของอเมริกาดังนี้ (13)

- 1) มีความเสี่ยงของการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุราในระดับเล็กน้อย
- 2) ต้องการให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ
- 3) มีความตั้งใจในการนำแนวทางการดื่มที่ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของสุรามาประยุกต์ใช้
- 4) มีการควบคุมการดื่มของตนเองไม่ให้มากเกินไป
- 5) มีความไวต่อการตระหนักถึงการดื่มในโอกาสพิเศษกับเพื่อนเพศเดียวกัน และ
- 6) มีเพื่อนที่ดื่มระดับปานกลางอย่างน้อย 1 คน

6. การศึกษาในอเมริกาปี ค.ศ. 2006 กำหนดแบบแผนการดื่มสุราของผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชายดังนี้ (37)

- “การดื่มแบบเสี่ยง” คือการดื่มตั้งแต่ 3 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และดื่มตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ หรือดื่มตั้งแต่ 4 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปต่อวันในแต่ละครั้งที่ดื่ม

- “การดื่มที่ถือว่าไม่เสี่ยง” คือการดื่มน้อยกว่า 3 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และดื่มน้อยกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือดื่ม 1-2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในแต่ละครั้งที่ดื่ม

7. แบบแผนการดื่มสุราของสตรีอเมริกันที่อายุ 18 ปีขึ้นไป มีดังนี้ (66)

- “ดื่มเล็กน้อย (light)” คือโดยทั่วไปดื่ม 1-2 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง
- “ดื่มปานกลาง (moderate)” คือโดยทั่วไปดื่ม 3-4 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง
- “ดื่มหนัก (heavy)” คือโดยทั่วไปดื่ม 5 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่าต่อครั้ง

8. แบบแผนการดื่มสุราของสตรีอเมริกันที่อยู่ในเรือนจำ (22)

- “การดื่มในระดับเสี่ยง (at risk levels)” หมายถึงการดื่มโดยเฉลี่ยตั้งแต่ 8 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปต่อสัปดาห์ หรือตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปในแต่ละวัน

สรุป แบบแผนการดื่มสุราของสตรีที่มีปรากฏในต่างประเทศมีหลายลักษณะที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของการดื่มตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับเป็นอันตราย และในระดับที่เป็นอันตรายยังแบ่งได้เป็นอีกหลายลักษณะ เช่น การดื่มหนัก ดื่มแบบเสี่ยง ดื่มแบบห้วงน้ำ (binge drinking) เป็นต้น โดยปัจจัยที่กำหนดการแบ่งลักษณะการดื่มคือ ปริมาณแอลกอฮอล์ต่อวัน จำนวนครั้งที่ดื่มต่อวัน/สัปดาห์/เดือน จำนวนดื่มมาตรฐานต่อวัน/สัปดาห์/เดือน การดื่มโดยทั่วไป และปฏิกิริยาต่อร่างกายรวมทั้งผลที่เกิดตามมาจากการดื่มสุรา เป็นต้น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับแบบแผนการดื่มของผู้ชายพบว่าแบบแผนการดื่มของสตรีจะมีจำนวนขนาดของแอลกอฮอล์ ปริมาณ และความถี่ของการดื่มที่อยู่ในระดับต่ำกว่าของผู้ชาย เนื่องจากความแตกต่างระหว่างเพศที่ไม่อาจใช้เกณฑ์เดียวกันมาตัดสินได้ ดังที่รายงานการศึกษาในต่างประเทศที่ใช้ AUDIT เป็นเครื่องมือคัดกรองพบว่ามีความไว้น้อยเมื่อใช้กับสตรี บางรายงานจึงมีการปรับคะแนน AUDIT โดยใช้จุดตัดคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปเพื่อระบุว่ามีความเสี่ยงต่อการดื่มสุราของสตรี (9, 14, 17)

นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่า เกณฑ์การวัดการดื่มหนักแบบ heavy drinking กับการดื่มหนักแบบ binge drinking จะมีลักษณะที่เหมือนกันคือ เป็นการดื่มตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปในวันที่มีโอกาสดื่มช่วง 30 วันที่ผ่านมา ส่วนการดื่มในระดับปานกลางของสตรีหรือ women's moderate drinking จะลดความเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าหากดื่มเพียง 1-2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ในปริมาณแอลกอฮอล์จำกัดระหว่าง 0.25-0.50 g/kg และมีการตระหนัก ควบคุม และนำความรู้เรื่องผลกระทบของสุรามาใช้กับตนเองด้วย (13) ซึ่งสอดคล้องกับผลของการดื่มแบบ moderate drinking ต่อการลดความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในสตรีดังที่ปรากฏในบทต่อไป



การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย

แบบแผนการดื่มสุราของสตรีที่ยังไม่มีการกำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐาน มักใช้ข้อมูลอ้างอิงจากต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม มีรายงานวิจัยในไทยที่ได้กำหนดให้การดื่มแบบอันตรายในสตรีคือการดื่มตั้งแต่ 3 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยที่ 1 ดื่มมาตรฐานเทียบเท่ากับแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 กรัม และการดื่มแบบเสี่ยงต่ำในสตรี หมายถึงการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน หรือไม่เกิน 9 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (36)

สำหรับสตรีไทย พบรายงานวิจัยที่กำหนดแบบแผนการดื่มสุราในสตรีเป็นลักษณะปริมาณความถี่ในการดื่ม และความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ดังนี้

1. การศึกษาเชิงคุณภาพกำหนดแบบแผนการดื่มสุราในสตรีไทยในภาคอีสาน (71) พบแบบแผนการดื่มสุรา 4 ลักษณะคือ

- **“สาวน้อยหยัดกินเหล้า”** หมายถึงสตรีวัยรุ่นอายุ 13-14 ปีที่เริ่มหัดดื่มสุราโดยจิบเบียร์พอเป็นยาหรือดื่มในปริมาณน้อย เช่น เบียร์ 1 แก้ว มักดื่มในงานประเพณีของชุมชนจากที่ผู้ใหญ่เอามาให้ดื่ม หากเป็นการดื่มในงานสังสรรค์จะดื่มในปริมาณที่ไม่สามารถกำหนดได้

- **“แม่บ้านกินเหล้าเมื่อออกงาน”** หมายถึงกลุ่มสตรีแม่บ้านอายุ 25-50 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ดื่มสุรามากเนื่องจากต้องไปช่วยงาน ทำให้สตรีแม่บ้านเกิดความคุ้นเคยกับการดื่มสุรา พัฒนาการของการดื่ม เริ่มจากดื่มเบียร์เป็นเหล้าแดง และสุดท้ายคือเหล้าขาว ความนิยมชมชอบแล้วแต่บุคคล จะดื่มในงานประเพณีของชุมชน งานสังสรรค์ต่าง ๆ งานกีฬาองค์การบริหารส่วนตำบล และดื่มในโอกาสที่ญาติพี่น้องมาเยี่ยมเยียน ปริมาณการดื่มขึ้นอยู่กับโอกาสในการดื่ม เช่น ดื่มในงานประเพณีชุมชนที่ต้องมีหน้าที่ช่วยงานจะดื่มในปริมาณน้อยหรือดื่มไม่เมา ประเภทของสุราที่ดื่มไม่สามารถเลือกได้ แต่ถ้าดื่มในงานสังสรรค์จะดื่มมาก ดื่มจนเมา และสามารถเลือกประเภทของสุราได้ สตรีกลุ่มแม่บ้านเหล่านี้ สามารถดื่มสุราได้ทุกโอกาส

- **“คุณนายต่างประเทศกินเหล้าแก้เหงา”** หมายถึงสตรีแม่บ้านที่สามีไปทำงานต่างประเทศ เป็นกลุ่มที่สามารถดื่มสุราได้ทุกประเภทเช่นเดียวกับสตรีกลุ่มแม่บ้านที่ดื่มสุรา และดื่มได้ทุกโอกาส มีกำลังซื้อมากกว่ากลุ่มอื่นเนื่องจากมีรายได้ทุกเดือน และนิยมดื่มในกลุ่มเพื่อนที่สนิทกัน

- **“ผู้เฒ่ามักม่วนกินเหล้าเอาเพื่อน”** หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ดื่มสุราซึ่งมีจำนวนน้อย

2. การสำรวจครัวเรือนระดับชาติเพื่อประมาณการจำนวนผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ.2550 พบว่าสตรีไทยดื่มสุราเพิ่มขึ้นตามช่วงวัย เทียบเป็นความเข้มข้นของแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อวัน (กรัมต่อวันที่ดื่ม) คือวัย 8-15 ปีดื่ม 58 กรัม, วัย 16-19 ปีดื่ม 68 กรัม และวัย 20 ปีขึ้นไปดื่ม 180 กรัม (17)

สรุป แบบแผนการดื่มสุราของสตรีในประเทศไทย ยังไม่พบรายงานสรุปชัดเจนทั้งในด้าน ปริมาณ ความถี่ ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ หรือสัดส่วนความถี่ของการดื่มต่อวัน/สัปดาห์/เดือน ดังเช่นที่พบในต่างประเทศ แต่จะเป็นลักษณะของวัฒนธรรมในแต่ละบริบทมากกว่า

ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สตรีนิยมดื่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สตรีนิยมดื่มมีหลากหลายประเภท ดังนี้

เครื่องดื่มประเภทเบียร์และไวน์

ในแถบเอเชีย เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สตรีชองดื่มมากที่สุด (24) เช่นเดียวกับ สตรีไทยที่นิยมดื่มเบียร์มากถึงร้อยละ 71.1 ของสตรีที่ดื่มสุรา (78) ผลการสำรวจในเด็กนักเรียน หญิงมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่นพบว่าเครื่องดื่มที่ดื่มครั้งแรกคือไวน์ (ร้อยละ 47.56) รองลงมาคือเบียร์ (ร้อยละ 47.56 และ 41.46 ตามลำดับ) แต่การดื่มขณะนี้นักเรียนหญิง ชอบดื่มเบียร์มากที่สุด รองลงมาคือไวน์ (ร้อยละ 78.05 และ 48.78 ตามลำดับ) (76) คล้ายคลึงกับวัยรุ่นหญิงในจังหวัดนครราชสีมาที่นิยมดื่มเบียร์และไวน์คู่เลอ เพราะคล้ายน้ำผลไม้ สีสด น่าดื่ม ดื่กรไม่สูง รสชาติดี ดื่มง่าย และเป็นการแสดงถึงความทันสมัย (23) ส่วนนักศึกษาหญิง เมื่อไปสถานบันเทิงมักจะสั่งเบียร์หรือเหล้าที่ผสมอ่อนๆ และประเภทของสุราที่นักศึกษาหญิง นิยมดื่มได้แก่ ไวน์ สเปย์ เบียร์ (84) ผลการศึกษาหน่วยการดื่มในชีวิตประจำวันในชุมชนอีสาน พบว่า สตรีวัย 30-40 ปี และวัย 40-60 ปี นิยมดื่มเบียร์มากที่สุด (47)

เครื่องดื่มประเภทเหล้า สาโท เหล้าแดง และเหล้าขาว

พบว่าประเภทของสุราที่สตรีไทยในภาคอีสานดื่มได้แก่ เหล้า สาโท เบียร์ เหล้าแดง และเหล้าขาว (71) วัยรุ่นหญิงในจังหวัดนครราชสีมาที่ดื่มเหล้าสีมักจะผสมโค้กและน้ำแข็งมากๆ โดยใส่เหล้าเพียงเล็กน้อย (84) การดื่มในชีวิตประจำวันในชุมชนอีสานพบว่าสตรีวัยสูงกว่า 60 ปี นิยมดื่มเหล้าสีมากกว่าเบียร์ (47)

ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรีมีดังนี้



1. ศึกษาลักษณะแบบแผนการดื่มสุราของสตรีไทยในแต่ละบริบทของชุมชนและสังคม
2. ศึกษาวิถีชีวิตของสตรีไทยกับแบบแผนการดื่มสุรา
3. ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดื่มสุราของสตรีในประเด็นต่างๆ เช่น ผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ การทำตามบทบาท หรือผลในด้านบวกและด้านลบ และผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว เป็นต้น
4. ศึกษาประเด็นเพศภาวะกับการเลือกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีไทย
5. ศึกษาความชุกของการดื่มสุราแบบ moderate drinking ของสตรีไทย
6. ศึกษาผลของการดื่มสุราแบบ moderate drinking ของสตรีไทย
7. การนำแบบแผนการดื่มสุราจากต่างประเทศมาใช้ ควรได้มีการศึกษาถึงความเหมาะสม หรือความไม่เหมาะสมอย่างไรให้ชัดเจน

สาเหตุการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรี

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีสามารถประมวลได้ว่าเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนี้

ปัจจัยภายในตัวบุคคล

เป็นเรื่องเกี่ยวกับการมีทัศนคติที่ติดต่อการดื่มสุรา การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุรา ยาเสพติด ความอยากลองและอยากเลียนแบบ ความเชื่อเรื่องความเท่าเทียมกันทางเพศและการถูกกดขี่ทางเพศของสตรี การมีภาวะอารมณ์ และพฤติกรรมทั้งด้านลบและด้านบวก การใช้สารเสพติด และปัจจัยส่วนบุคคลล้วนเป็นสาเหตุนำไปสู่การดื่มสุราของสตรีได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การมีทัศนคติที่ติดต่อการดื่มสุรา พบว่าความเชื่อและค่านิยมเรื่องการมีลักษณะของสุขนิยม (hedonism) เป็นปัจจัยทำนายการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 96 g ในแต่ละโอกาสที่ดื่ม (4) เยาวชนหญิงในประเทศไทยดื่มสุราเพราะได้รับอิทธิพลจากบุคลิกของสุราและเจตคติเชิงบวกที่มีต่อการดื่มโดยมีความคิดว่าเครื่องดื่มชนิดนั้นเป็นน้ำผลไม้หรือมีแอลกอฮอล์ต่ำเหมาะสมสำหรับผู้หญิงและผู้ที่ยังไม่เริ่มดื่มสุรา (54)

การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุรายาเสพติด เป็นปัจจัยที่มีผลให้วัยรุ่นหญิงในจังหวัดอ่างทองส่วนใหญ่เสพยาเสพติดสุรามากที่สุด (12)

ความอยากลองและอยากเลียนแบบ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาหญิงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และการที่นักศึกษาหญิงดื่มสุรานั้นมักเกิดขึ้นควบคู่กับการออกไปเที่ยวในสถานบันเทิง เช่น เชนจ์ ผับ ร้านอาหารไอเกะ (84)

ความเชื่อเรื่องความเท่าเทียมกันทางเพศ พบรายงานทั้งในไทยและต่างประเทศที่แสดงว่าการดื่มสุราของสตรีแสดงถึงการมีความเท่าเทียมกับผู้ชาย (1, 46, 71) สอดคล้องกับการศึกษาถึงสาเหตุของการดื่มสุราของสตรีในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนหนึ่งเกิดจากบทบาทผู้หญิงมีความทัดเทียมกับผู้ชายมากขึ้น (73) งานมหรสพในชุมชนเป็นพื้นที่ที่ผู้หญิงต้องการแสดงออกให้เห็นถึงความเท่าเทียมกันระหว่างชายหญิง คือชายดื่มสุราได้ หญิงก็ดื่มได้ หรือชายสนุกได้ หญิงก็สนุกได้เช่นกัน (87) และยังมีการศึกษาพบว่าความเชื่อและค่านิยมเรื่องความเท่าเทียมกัน เป็นปัจจัยทำนายการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 96 g ในแต่ละโอกาสที่ดื่ม (4)

การถูกกดขี่ทางเพศของสตรี ในต่างประเทศพบว่า วัฒนธรรมของชาวแม็กซิกันส่งผลให้สตรีแม็กซิกันมีความทุกข์ทรมานในจิตใจ (suffering women) เนื่องจากการยอมรับการแสดงความก้าวร้าวของผู้ชาย การไม่ประนีประนอมหรือไม่ยอมอ่อนข้อของผู้ชาย สตรีจึงถูกกดขี่และเป็นฝ่ายยอมมาตลอด แม้ว่าสตรีจะเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้นเช่นเดียวกับผู้ชาย แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าสตรีจะได้รับโอกาสเท่าเทียมกับชาย และสังคมวัฒนธรรมยังมองว่าการดื่มสุราหรือเมาสุราเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผู้ชาย ในขณะที่สตรีในหลายประเทศถูกคาดหวังจากสังคมว่าต้องเป็นผู้ที่ไม่ดื่มสุรา และเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องงานบ้าน (double standard) เมื่อสตรีได้รับการศึกษาและมีรายได้เป็นของตนเองมากขึ้น พฤติกรรมการดื่มสุราในสตรีจึงมีมากขึ้นเพื่อการแสดงถึงความเท่าเทียมและความเป็นอิสระในตนเอง (18)

การมีภาวะอารมณ์ และพฤติกรรมด้านลบและด้านบวก

ภาวะอารมณ์และพฤติกรรมทางด้านลบ พบว่าสตรีไทยภาคอีสานเชื่อว่าวัยรุ่น และวัยรุ่นหญิงที่มีความอายและไม่กล้าแสดงออกนั้น การดื่มสุราจะช่วยให้คนในกลุ่มวัยรุ่นสามารถจัดการกับความอาย เพิ่มความกล้าแสดงออก ทำให้สามารถเข้าสังคมได้ง่าย มีเพื่อนฝูงมากขึ้นและเกิดความสนุกสนาน (71) ซึ่งคล้ายคลึงกับความคิดเห็นของนักศึกษาหญิงในอเมริกาที่ให้ความหมายของการดื่มสุร่าว่าเป็นการลดความอายหรือลดความรู้สึกผิด เป็นวิธีแก้ไขความขัดแย้งทางความ



สัมพันธ์ และเป็นเรื่องของการรักษาไว้ซึ่งมิตรภาพการแสดงออกถึงอัตลักษณ์ของตนเอง (self-identity) (16) มีรายงานการศึกษาว่าอารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และความรู้สึกไม่เป็นมิตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ของสตรีชาวแอฟริกัน-อเมริกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11) ปัจจัยที่เพิ่มความน่าจะเป็น (Odds) ในการติดสุราและการดื่มสุราแบบอันตราย (misuse) คือ การขาดความมั่นใจ (low self-assertiveness) นอกจากนี้ยังพบว่า การชอบใช้อารมณ์ (high emotionality) ไม่เพียงแต่มีความสัมพันธ์กับการติดสุราและการดื่มสุราแบบอันตรายแล้วยังสัมพันธ์กับการดื่มสุราหนักเป็นครั้งคราวด้วย (19) สตรีที่มีประสบการณ์ของความทุกข์ทรมานทางจิตใจอย่างรุนแรงจะมีการดื่มสุราเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการดื่มหนัก (9) เมื่อสตรีอยู่ในภาวะอารมณ์ไม่สบายใจ มีความขัดแย้งกับผู้อื่น หรือมีความตึงเครียด สตรีมักจะตอบสนองอารมณ์เหล่านี้ด้วยการดื่มสุรามากกว่าเพศชาย (62, 99) ซึ่งจะก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (62)

ในกลุ่มสตรีที่มี anorexia nervosa หรือ bulimia nervosa การบกพร่องด้านหน้าที่ทางสังคมและจิตใจ (psychosocial functioning) เป็นปัจจัยทำนายการดื่มสุราตั้งแต่อายุยังน้อย ในขณะที่ปัจจัยทำนายการดื่มสุราแบบอันตรายในสตรี anorexia nervosa ได้แก่ 1) ซึมเศร้า 2) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง และ 3) การอาเจียน (59) ส่วนฝาแฝดเพศหญิงที่เป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (82)

นอกจากนี้ ประสบการณ์และอารมณ์ทางลบจากประวัติถูกกระทำทางเพศ หรือถูกทารุณกรรมทางเพศซ้ำแล้วซ้ำอีกของสตรีมีรายงานว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกทำร้ายร่างกายจะมีการดื่มสุราในเวลา 3 เดือนต่อมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (103) นอกจากนี้การเป็นเหยื่อทารุณกรรมทางเพศยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมดื่มสุราในปริมาณที่แตกต่างกันดังนี้

- 1) การเป็นเหยื่อทางเพศ (sexual victimization) ระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราปานกลาง โดยดื่ม 4 ครั้ง ในช่วง 2 เดือนที่ติดตาม
- 2) การเป็นเหยื่อทางเพศระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราหนัก โดยดื่ม 6 ครั้ง ในช่วง 2 เดือนที่ติดตาม
- 3) การเป็นเหยื่อทางเพศระดับรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราปานกลาง โดยดื่ม 7 ครั้ง ในช่วง 2 เดือนที่ติดตาม
- 4) การเป็นเหยื่อทางเพศระดับรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราหนัก โดยดื่ม 10 ครั้ง ในช่วง 2 เดือนที่ติดตาม (32)

ภาวะอารมณ์และพฤติกรรมทางด้านบวก จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ในสตรีชาวแอฟริกัน-อเมริกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การมีความสุขเมื่อได้ตั้งครรภ์ (happy about pregnancy) (11)

ปัจจัยส่วนบุคคล การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของสตรีดังนี้
อายุ ความเสี่ยงของการดื่มสุราอย่างหนักในสตรีจะเพิ่มขึ้น หากสตรีเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุน้อยกว่า 16 ปี (29)

ระดับการศึกษา พบว่าการที่สตรีอินเดียไม่ได้รับการศึกษา จัดเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการดื่มสุราของสตรีอินเดีย แต่สตรีอินเดียที่มีการศึกษาในระดับมัธยมถึงระดับมหาวิทยาลัย พบว่ามีการดื่มสุราน้อยกว่าสตรีอินเดียที่มีการศึกษาสูง (58) การได้รับการศึกษาน้อยและการมีไขมันในเส้นเลือดสูง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดื่มสุราในแต่ละสัปดาห์ของสตรีฮ่องกง (24) การศึกษาถึงระดับมัธยมต้น การใช้กัญชา และการใช้ยา (drug used) เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ของสตรีชาวแอฟริกัน-อเมริกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11)

สถานภาพสมรส จากการศึกษาในอเมริกาพบว่า การดื่มสุราในระยะแรกของการตั้งครรภ์ และสถานภาพสมรสคู่เป็นปัจจัยทำนายการดื่มสุราของหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$ และ $p=0.05$ ตามลำดับ) (8) ในขณะที่สถานภาพสมรสฝ่ายหรือแยกกันอยู่ของคู่สมรส ทำนายปริมาณการดื่มต่อครั้งที่ดื่มของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) (24)

ประวัติครอบครัว สตรีชาวแอฟริกัน-อเมริกันที่มีประวัติครอบครัวดื่มสุรา พบว่ามีโอกาสที่จะกลายเป็นผู้ดื่มสุราแบบมีปัญหาได้ (61) เช่นเดียวกับการดื่มสุราในภาคการศึกษาที่ 1 ของการเข้าเรียนในมหาวิทยาลัยครั้งแรกของนักศึกษาหญิงในอเมริกาที่มีประวัติครอบครัวดื่มสุรา โดยนักศึกษาหญิงกลุ่มนี้จะมีการดื่มสุราในระดับมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (70)

ประวัติการใช้สารเสพติด พบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการดื่มและการเสพติดสุราของสตรี (24, 38, 95, 97) สตรีที่อายุน้อยหากมีการสูบบุหรี่ทุกวัน พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมดื่มสุราอย่างหนักในเวลา 8 ปีต่อมา (45) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11, 97) และสัมพันธ์กับการดื่มสุราเป็นครั้งคราวหรือการดื่มหนักแบบ binge drinking ในระหว่างตั้งครรภ์



(31) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในไตรมาสที่สามของสตรีชาวแอฟริกัน-อเมริกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การใช้กัญชา (11) ในสตรีสูงวัยที่มีการดื่มสุราร่วมกับยาตามใบสั่งแพทย์เป็นประจำ มีการดื่มกาแฟในปริมาณมาก และมีการดื่มเครื่องดื่มสุราเพื่อให้หลับดีเป็นปัจจัยทำนายการดื่มสุราแบบอันตรายและก่อให้เกิดปัญหาจากการดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (27)

พฤติกรรมดื่มสุรา สตรีที่ดื่มสุราหนักแบบ binge drinking ก่อนการตั้งครรภ์ พบว่าเป็นปัจจัยทำนายการมีพฤติกรรมดื่มสุราในระหว่างตั้งครรภ์ และการดื่มหนักแบบ binge drinking ในระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนั้นปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มหรือการดื่มหนักในระหว่างตั้งครรภ์ได้แก่ กลุ่มชนผิวขาว, สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ (unintended pregnancy)

การนอนหลับได้ช่วงสั้น ๆ ขณะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ชาวญี่ปุ่นสาเหตุส่วนหนึ่งของการดื่มสุราระหว่างการตั้งครรภ์คือ การนอนหลับได้เพียงช่วงสั้น ๆ (97)

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

มาตรฐานและบริบททางสังคมเกี่ยวกับการดื่ม ความเจริญทางวัตถุ สื่อและเทคโนโลยี กลุ่มเพื่อน และการปฏิสัมพันธ์ในสังคม สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการมีปัญหภายในครอบครัว ล้วนเป็นสาเหตุนำไปสู่การดื่มสุราของสตรีได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

มาตรฐานและบริบททางสังคมเกี่ยวกับการดื่ม การศึกษาพบว่าบริบททางสังคมส่งผลโดยตรงต่อการดื่มสุราของสตรีในเขตกรุงเทพมหานคร (72) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าการดื่มสุราของสตรีเอเชีย-อเมริกัน ได้รับอิทธิพลมาจากบรรทัดฐานการดื่มของชุมชนเชื้อชาติตน (drinking norm of ethnic) ในสหรัฐอเมริกา หรือโดยบรรทัดฐานการดื่มของประเทศดั้งเดิมก่อนย้ายถิ่นฐาน (5) และการเสพติดสุราของสตรีในปาลส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลมาจากการยอมรับในสังคม และวัฒนธรรมของตน (socio-cultural sanction) (1)

ความเจริญทางวัตถุ สื่อและเทคโนโลยี พบว่าการมีถนนตัดผ่านหมู่บ้าน และความเจริญด้านอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี โดยเฉพาะการใช้โทรศัพท์มือถือมีผลอย่างมากต่อการดื่มสุราของผู้หญิง (และผู้ชาย) ในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งสื่อบุคคลมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา (73) การพบเห็นสื่อโฆษณาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบมีปัญหาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.13, 95% CI = 1.03-1.25) ของสตรีชาวแอฟริกัน-อเมริกันกลุ่มอายุ 21-49 ปี (61) และวัยรุ่นหญิงในชุมชนอำเภอพระยืน

จังหวัดขอนแก่นให้สัมภาษณ์ว่าโฆษณามีผลต่อการดื่มในกลุ่มผู้หญิงเพราะโฆษณาบางตัวเจาะที่กลุ่มผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงเกิดความรู้สึกรอยากลองดื่มเมื่อได้เห็นโฆษณา (83)

กลุ่มเพื่อน และการปฏิสัมพันธ์ในสังคม การคบเพื่อนเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลให้วัยรุ่นหญิงในจังหวัดอ่างทองส่วนใหญ่เสพติดสุรามากที่สุด ส่วนใหญ่จะเริ่มดื่มเมื่ออายุ 13-15 ปี โดยมีเพื่อนเป็นผู้ชักชวนให้ดื่ม (12) และการไปโบสถ์เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่สาม (11)

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลให้วัยรุ่นหญิงในจังหวัดอ่างทองส่วนใหญ่เสพติดสุรามากที่สุด รองลงมาคือยาบ้า (12)

การมีปัญหายาในครอบครัว พบว่าการมีปัญหากับสามี หรือกับแม่สามีเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สตรีไทยในเขตกรุงเทพมหานครดื่มสุรา (72)

โอกาสหรือเหตุการณ์ที่ทำให้สตรีดื่มสุรา

จากการศึกษาพบว่าโอกาสหรือเหตุการณ์ที่ทำให้สตรีดื่มสุรมีหลากหลายสถานการณ์ ดังนี้

งานเลี้ยงสังสรรค์ระหว่างเพื่อน ในปัจจุบันโอกาสที่นักเรียนหญิงจะดื่มสุราได้มากคืองานเลี้ยงสังสรรค์ระหว่างเพื่อน โดยคิดเป็นร้อยละ 85.4 (76) หรือเมื่อไปเที่ยวกลางคืนตามสถานบันเทิงต่าง ๆ โดยไปเป็นกลุ่มทั้งผู้ชายผู้หญิงซึ่งพบได้มากเวลามีการฉลองวันเกิด ปิดเทอม เสร็จจากการทำงาน หรือเสร็จจากกิจกรรมต่าง ๆ (84)

งานเทศกาลและประเพณีวัฒนธรรมชุมชน ปัจจุบันโอกาสที่นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจะดื่มสุราได้มากคือ ในงานเทศกาลงานต่าง ๆ โดยคิดเป็นร้อยละ 85.4 (76) ส่วนกลุ่มหญิงวัยแรงงานจะมีการดื่มสุรากันมากในงานประเพณีชุมชน เช่น งานสลากภัตร เพราะเป็นวันที่หญิงวัยแรงงานทุกคนจะหยุดงานเพื่อมาร่วมกินร่วมทำบุญด้วยกันโดยมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสื่อกลางในการเข้าร่วมกลุ่ม (87) วัฒนธรรมที่มีแนวโน้มสร้างนักดื่มหน้าใหม่ทั้งชายและหญิง รวมทั้งมีโอกาสดื่มเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมคือ วัฒนธรรมลงแขกที่จะระดมแรงงานทั้งชายและหญิงให้ช่วยกันเกี่ยวข้าว ทำไร่ เมื่อเสร็จงานในแต่ละวัน เจ้าของที่จะต้องซื้อสุรามาเลี้ยงเพื่อเป็นการแสดงน้ำใจ (85)



งานพิธีกรรม พิธีกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เช่น เทวดา ผี ที่ชุมชนในหมู่บ้าน เชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ดังกล่าวชอบสุรา ทำให้มีทัศนคติว่าสุราเป็นน้ำที่ทำให้เกิดสิริมงคล ดังนั้น พิธีเลี้ยงผีเจ้าที่หลังจากการเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตรแล้วจึงมีจุดประสงค์เพื่อเป็นการแก้บน เป็นการตอบแทนเจ้าที่ที่ได้ช่วยดูแลไร่สวนจนได้ผลผลิต และเป็นการย้าเตือนให้เจ้าที่ช่วยดูแลในปีต่อไป สิ่งที่น่ามาแก้บนและเลี้ยงเจ้าที่นอกจากหัวหมู ไก่ต้ม ลาบ และแกงอ่อมแล้ว ที่ขาดไม่ได้ก็คือเหล้า จึงก่อให้เกิดการชักชวนเพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท และคนงานให้มาร่วม กินเลี้ยงสังสรรค์ภายหลังจากเสร็จพิธีกรรมเลี้ยงผีแล้ว และกลุ่มคนงานหรือลูกจ้างที่เป็นเพศหญิง จะมีจำนวนมากกว่าคนงานเพศชาย (87) ดังนั้นหญิงวัยแรงงานในชุมชนแห่งนี้จึงมีโอกาสในการ ดื่มสุราอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการ เสพติดสุราของสตรีมีดังนี้

1. ศึกษาสาเหตุของการดื่มสุราของสตรีในประเทศไทยครอบคลุมทั้งประเทศในกลุ่มสตรี ทุกวัย และในสตรีกลุ่มเสี่ยง
2. ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจถึงความคิด ความเชื่อ และมุมมองของการดื่มสุราของ สตรีในสังคมไทยในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของสตรีที่ตั้งครรภ์และให้ นมบุตร
3. ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับการดื่มสุราของสตรีไทยตามแนวคิดของ สตรีนิยม
4. ศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้สารที่ก่อให้เกิดการเสพติด เช่น กาแฟ บุหรี่ ยาบ้า หรือ ัญชา กับการดื่มสุราของสตรีไทย
5. สร้างกลยุทธ์การป้องกันการดื่มสุราในสตรีไทย รวมถึงพัฒนาโปรแกรมจากสาเหตุของ การดื่มสุราของสตรีที่พบในวรรณกรรมเช่น
 - 5.1 พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและการสร้างทัศนคติที่ เหมาะสมเกี่ยวกับการดื่มสุราของสตรีทุกกลุ่มวัย
 - 5.2 พัฒนาโปรแกรมการเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดและความขัดแย้งในจิตใจ ให้แก่สตรี ให้การบำบัดทางจิตสังคมเชิงลึกแก่สตรีที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ หรือถูกทารุณกรรม ทางร่างกายเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการดื่มสุราของสตรีกลุ่มนี้
 - 5.3 หารูปแบบการประเมินครอบครัวของกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาหญิงและมีการ บำบัดครอบครัวที่มีสมาชิกดื่มสุรา

อันตรายจากการดื่มสุรา และการเสพติดสุราของสตรี

การดื่มและการเสพติดสุราของสตรีทำให้เกิดอันตรายและผลกระทบต่อผู้ดื่มและผู้เสพติดในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทั้งในระยะสั้นและระยะยาวดังนี้

อันตรายต่อร่างกาย

การเป็นโรคกระดูกพรุน สตรีที่ดื่มสุราอย่างเรื้อรังและดื่มหนัก จะส่งผลกระทบต่อกระดูก โดยเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคกระดูกพรุน และทำให้ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง ซึ่งมีผลทำให้กระดูกเปราะบางได้ง่าย (49, 40, 30)

การทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ มีบุตรยาก เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วขึ้น และทำให้การหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงร่วมกับการเพิ่ม glucocorticoids ซึ่งมีผลต่อการกดระบบภูมิคุ้มกัน ในร่างกายของสตรี (40, 30, 10)

การเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด การดื่มหนักแบบ binge drinking ของสตรีจะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Hazard ratio = 1.10, 95% CI = 1.02-1.18) (28) และสตรีที่ดื่มสุราหนักที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกระหว่างปี ค.ศ. 1954-1992 เมื่อติดตามในปี ค.ศ. 1977-2001 พบว่ามีอุบัติการณ์การเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจขาดเลือด สูงกว่ากลุ่มควบคุม (SIR = 2.44, 95% CI = 2.19-2.73) และเกิดโรคเส้นเลือดแตกในสมอง (hemorrhagic stroke) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (SIR = 2.77, 95% CI = 2.18-3.48) (106)

เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรี พบว่าสตรีที่ดื่มสุราระดับปานกลาง หรือดื่มสุราอย่างน้อย 1 ดื่มมาตรฐานต่อวันพบอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มสุรา และความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมจะสูงขึ้นประมาณร้อยละ 9.0 เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ทุกๆ 10 g ต่อวัน สตรีวัย 23-30 ปี และวัยหลังหมดประจำเดือนจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อการลดการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจน (30) ซึ่งการศึกษาในสตรีวัยหลังหมดประจำเดือน ที่ดื่มสุราพบว่าจะมีระดับของ estradiol (E2) (ใช้ทดสอบระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน) แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกเชื้อชาติหรือเผ่าพันธุ์ยกเว้นในกลุ่มสตรีผิวดำที่ไม่พบความแตกต่างนี้ (50)



สมรรถนะของร่างกายและคุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะในสตรีสูงอายุ (70-75 ปี) ที่มีการดื่มสุราแบบอันตราย harmful drinking เมื่อติดตามทุก 3 ปี เป็นเวลา 6 ปี พบว่าสตรีกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตลดลงต่ำกว่าคะแนนสุขภาพกาย (physical component score) ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มหรือดื่มเล็กน้อยมาก (94)

ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน และปวดท้อง นักเรียนหญิงจะมีการต้อไปนี้บ่อยมากหลังจากการดื่มสุราคือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน และปวดท้อง ในสตรีกลุ่มนี้ยังพบว่ามีความถี่ของการเกิดโรคหรือต่ำกว่าเกณฑ์ และมีผลการเรียนอยู่ในระดับต่ำกว่านักเรียนหญิงที่ไม่ดื่มสุรา (75)

มีอาการเมาสุราเร็วขึ้น สตรีที่ดื่มสุราในช่วงที่รับประทานยาคุมกำเนิดอยู่ จะทำให้ร่างกายมีการดูดซึมแอลกอฮอล์ได้เร็วขึ้นและทำให้แอลกอฮอล์อยู่ในกระแสเลือดได้สูงเร็วขึ้นกว่าเพศชาย นอกจากนี้การดื่มสุราของสตรียังทำให้เกิดการดูดซึมแอลกอฮอล์ได้เร็วยิ่งขึ้นในระยะก่อนมีรอบประจำเดือน (pre-menstrual phase of the cycle) (26)

อันตรายต่อจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม

อันตรายต่อจิตใจและอารมณ์ ได้แก่

เกิดโรคซึมเศร้า การดื่มสุราในปริมาณที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดอาการซึมเศร้า โดยความชุกของอาการซึมเศร้าจะมากขึ้นเมื่อสตรีดื่มสุราในปริมาณที่มากขึ้น (21) สตรีที่ดื่มสุราในระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าสตรีที่ไม่ดื่มถึง 8 เท่า (35) สตรีที่ดื่มสุราอย่างหนักในทุกครั้งที่มีโอกาสดื่ม พบว่าเกิดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่ดื่มหนักและสตรีที่หยุดดื่มมาเป็นเวลานานแล้ว นอกจากนี้สตรีอายุ 45-64 ปีที่ดื่มสุราอย่างหนักมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าได้มากถึง 2.2 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่อายุน้อย (34) สตรีที่มีปัญหาทางอารมณ์และมีความขัดแย้งในจิตใจกับผู้อื่น (unpleasant emotions and conflict) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าอย่างรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (62) นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติมีบุตรยากและมีการดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์พบมีอาการของโรคซึมเศร้าตามมาได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 69.2 กับร้อยละ 30.0, $P < 0.05$) (104)

อันตรายต่อพฤติกรรม ได้แก่

เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง จากการศึกษาพบว่าสตรีวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมดื่มหนักเป็นครั้งคราว มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญ (43) สตรีที่ดื่มสุราแบบมีปัญหาก็มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้มากกว่าสตรีที่ไม่มีปัญหาการดื่มสุราถึง 5 เท่า (26)

เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สตรีที่ดื่มสุรามากกว่าหนึ่งครั้งในแต่ละสัปดาห์ พบว่ามีการใช้ความรุนแรงทางด้านร่างกาย (physical violence) ได้มากกว่าสตรีที่แทบจะไม่ดื่มหรือดื่มนานๆ ครั้งในแต่ละเดือน คู่สมรสของหญิงหรือชายที่มีการดื่มสุราจะมีความสัมพันธ์กับการใช้ความรุนแรงและความก้าวร้าวทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (39) และการทะเลาะวิวาทเกิดขึ้นได้มากถึงร้อยละ 45.3 ของนักเรียนหญิงที่ดื่มสุรา (75) ในบางการศึกษาพบว่าร้อยละ 15.96 ของนักเรียนหญิงที่ดื่มสุราเคยมีการทะเลาะวิวาทจากการดื่มดังกล่าว (76) การศึกษาในประเทศแคนาดาพบว่าสตรีที่เมาสุราจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้พอๆ กับชายที่เมาสุรา และสตรีที่เมาสุราจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับผู้ชายที่เมาสุรา (60) ส่วนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการกระทำความรุนแรงต่อสตรีในจังหวัดขอนแก่นพบว่า กรณีที่สตรีดื่มสุราฝ่ายเดียวไม่มีผลต่อการถูกกระทำความรุนแรง แต่หากทั้งสตรีและสามีที่ดื่มทั้งสองฝ่ายพบว่ามีผลต่อสตรีถูกกระทำความรุนแรงถึง 8.55 เท่า (95%, CI = 1.75-41.90, p = 0.008) (55) และยังพบว่า มารดาที่ดื่มสุราในระยะตั้งครรภ์ จะส่งผลกระทบต่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือกระทำความผิดกฎหมายได้มากกว่าเด็กที่มารดาไม่ดื่มสุราได้ถึง 3.2 เท่า และผลกระทบของการที่เด็กในครรภ์ได้รับแอลกอฮอล์จากการดื่มของมารดาทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวในวัย 6 ถึง 7 ขวบอย่างชัดเจน (68) นอกจากนี้การมีการทำร้ายร่างกายคนในครอบครัวเป็นเหตุการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นในชุมชนชนบทและชุมชนเมืองที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของผู้ชายและผู้หญิง (ชุมชนชนบทรับรู้ร้อยละ 34.0 และชุมชนเมืองรับรู้ร้อยละ 72.3) (85)

เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมดื่มสุรามากขึ้น โดยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่ดื่มแล้ว สตรีที่ดื่มแบบ (1-5 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์) หรือปานกลาง (6-10 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์) หรือดื่มหนัก (10-14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์) มีโอกาสกลายเป็นผู้ดื่มสุราหนักในเวลา 8 ปีต่อมา (45) หรืออาจกลายเป็นผู้ที่ดื่มแบบมีปัญหาก็หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดสุราได้หากสตรีดื่มมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (40)

เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการกินผิดปกติ สตรีที่มีปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use disorders) อาจเกิดภาวะผิดปกติของการกินอาหาร (eating disorders) โดยเฉพาะ bulimia nervosa, bulimic behavior, purging, binge eating disorder และ eating disorders not otherwise specified (65)



มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าร้อยละ 12.2 ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเคยมีเพศสัมพันธ์หลังจากการดื่มสุรา (76) กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงในกรณีศึกษา 2 ชุมชนภาคเหนือที่อยู่ในเขตชนบท (ร้อยละ 19.1) และในเขตเมือง (ร้อยละ 6.9) รับรู้เหตุการณ์ในชุมชนเกี่ยวกับคนดื่มสุราว่า คนที่ดื่มสุราจะมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา มีการล่วงละเมิดทางเพศของคนในครอบครัวเดียวกัน (เขตชนบทรับรู้ร้อยละ 14.0 เขตเมืองรับรู้ร้อยละ 1.4) และมีการล่วงละเมิดทางเพศตรงข้าม (เขตชนบทรับรู้ร้อยละ 28.8 เขตเมืองรับรู้ร้อยละ 20.3) (85) สตรีวัยรุ่นที่ดื่มสุราในขณะที่ไปเที่ยวนอกบ้านจะมีพฤติกรรมทางเพศตั้งแต่การจูบจนถึงการมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย (100)

เสี่ยงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากผลการติดตามในระยะยาวของการดื่มสุราของผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงในอเมริกา (ศึกษาในปี ค.ศ. 1971-1974 และติดตามในปี ค.ศ. 1992) พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (risk of death) เท่ากับ 0.87 (95% CI=0.61-1.24) (37) และสตรีสูงวัยชาวออสเตรเลียที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปที่มีการดื่มสุราระดับปานกลาง (moderate alcohol use) จะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนความผิดปกติของจิตใจและสมอง (Cambridge Cognitive Examination for Mental Disorders of the Elderly; CAMCOG) สูงถึงร้อยละ 50.0 (OR = 2.0, 95% CI = 1.1-3.5 ปรับด้วยอายุและการศึกษา) (64) ผลการทบทวนวรรณกรรมที่ปรากฏในฐานข้อมูลเพื่อการจัดการปัญหาสุราของศูนย์วิจัยปัญหาสุราพบว่า ผู้หญิงที่ดื่มหนักจะมีอัตราตายสูงกว่าผู้ชาย 4 เท่า และตายจากโรคตับแข็งสูงกว่าชาย 2 เท่า เนื่องจากผู้หญิงมีความไวต่อโรคตับสูงกว่าเพราะฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลต่อสารชีวเคมีในตับ เช่น cytochrome P450, hepatic acid binding protein, Na, และ ATPase เป็นต้น (86)

อันตรายต่อครอบครัวและสังคม

เสี่ยงต่อปัญหาการถูกกระทำชำเราทางเพศ สตรีที่ดื่มสุราพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงทางเพศสัมพันธ์ (sexual aggression) โดยร้อยละ 4.7 ของสตรีที่ดื่มสุรารายงานว่าตนเองถูกข่มขืน และร้อยละ 72.0 มีประสบการณ์ถูกข่มขืนขณะที่ตนเองเมาสุรา (3) การดื่มสุราในระดับปานกลางของสตรีเป็นปัจจัยทำนายต่อการได้รับความเสี่ยงต่อการเป็นเหยื่อจากการทารุณกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (14) เมื่อสตรีดื่มสุราหนักแบบ binge drinking จะเกิดความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ได้สูง ($p < 0.05$) (33) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Chlamydia (44) การดื่มสุราของสตรีวัยรุ่นในอเมริกาพบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการถูกกระทำชำเราทางเพศได้ถึง 1.2-2.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่ม (56) นอกจากนี้สตรีวัยรุ่นชาวแคนาดาอายุ 18-25 ปีที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง (hazardous drinking) จะเกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายและ/หรือเป็นเหยื่อของการถูกกระทำชำเราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (90)

เกิดหนี้สิน ผลกระทบจากการดื่มสุราของสตรีผู้ไทยในภาคอีสานคือ เกิดหนี้สินหรือค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น (71)

เกิดอุบัติเหตุ นักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่นที่ดื่มสุรา พบว่าร้อยละ 17.07 เคยเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับขียานพาหนะ (76)

เกิดคดีความ การดื่มสุรานั้นเป็นปัจจัยทำนุการเกิดคดีความต่าง ๆ จนถูกจับกุม (caseness) ของนักโทษหญิงอเมริกัน และทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวชในสตรีกลุ่มนี้ เช่น depression, hostility และ psychoticism เป็นต้น (22)

มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัวและคู่สมรส ประเด็นนี้เป็นผลกระทบจากการดื่มสุราของสตรีไทยในภาคอีสาน (71) และผล muta-analysis ในต่างประเทศพบว่าการดื่มสุราของสามีและภรรยาจะมีความสัมพันธ์กับการที่ภรรยาทำร้ายสามี และการที่สามีทำร้ายภรรยา (96, 101, 105)

อันตรายต่อการกินครรภ์

พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรามากกว่าหรือเท่ากับ 4 ดื่มมาตรฐานในแต่ละวันจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของบุตรโดยเฉพาะการเป็นโรคสมาธิสั้นแบบ hyperactivity หรือ inattention เมื่อบุตรหญิงมีอายุได้ 47 เดือน และพบได้ทั้งในบุตรชายและหญิงเมื่อเด็กมีอายุได้ 81 เดือน (93)

พลวัตของการดื่มสุราในสตรี

การดื่มสุราของสตรีแม้ว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายด้านดังกล่าวข้างต้น แต่มีรายงานการศึกษาการดื่มสุราของสตรีในระดับเล็กน้อยเป็นประจำพบว่าสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดหัวใจขาดเลือด (MI) แบบไม่รุนแรงได้ ($r = 0.21$, 95% CI = 0.06-0.77) (25) ผลการทบทวนงานวิจัยโดย crochren review พบว่าสตรีที่ดื่มสุราในระดับ moderate drinking จะให้ประโยชน์ต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจได้ (40) โดยอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจะลดลงถ้าสตรีดื่มสุรา 1 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (light drinkers) (30) นอกจากนี้ในสตรีอายุ 70-75 ปี ที่มีการดื่มสุราแบบ moderate drinking เมื่อติดตามทุก 3 ปี จำนวน 2 ครั้งพบว่าสตรีกลุ่มนี้มีคะแนน physical component score (PCS) สูงขึ้นซึ่งแสดงถึงการมีสุขภาพที่ดีขึ้น (94) และสตรีวัยกลางคนที่ดื่มสุราในระดับ moderate drinking จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งโรยด์ลดการเกิด Hodgkin lymphoma และลดการเกิด renal cell carcinoma ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.03$, $P = 0.005$, $P = 0.001$) ตามลำดับ (92)



ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีมีดังนี้

1. ศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาครอบครัวกับการดื่มสุราในลักษณะต่างๆ ของสตรีไทย
2. ส่งเสริมให้สตรีไทยรับรู้และเข้าใจถึงอันตรายของการดื่มสุราในระยะสั้นและระยะยาว
3. ศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุราในสตรีในแต่ละช่วงวัยและในแต่ละแบบแผนการดื่ม
4. สถานบริการสุขภาพทุกแห่งมีนโยบายการให้ความรู้และคำแนะนำแบบสั้นเรื่องสุราให้แก่ผู้รับบริการที่เป็นเพศหญิงทุกราย เช่น ระหว่างรอรับบริการ ระหว่างรอรับยา จุดคัดกรองงานบริการปรึกษา และงานบริการอื่นๆ ที่มีผู้รับบริการเป็นสตรี
5. ศึกษาผลของการดื่มสุราของสตรีในระดับ moderate drinking ต่อสุขภาพของสตรีทั้งด้านบวกและด้านลบ

เอกสารอ้างอิง

1. Jhingan HP, Shyangwa P, Sharma A, Prasad KMR, Khandelwal SK. Prevalence of alcohol dependence in a town in Nepal as assessed by the CAGE Questionnaire. *Addiction* 2003;98:339-43.
2. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction* 2003;98:799-804.
3. Corte CM, Sommers MS. Alcohol and Risky Behaviors. *Annu Rev Nurs Res* 2005;23:327-60.
4. Duran B, Sanders M, Skipper B, Waitzkin H, Malcoe LH, Paine S, Yager J. Prevalence and correlates of mental disorders among native American women in primary care. *Am J Public Health* 2004;94(1):71-7.
5. Collins RL, McNair LD. Minority women and alcohol Use. *Alcohol Res Health* 2002;26(4): 251-6.
6. Tsai J, Floyd RL, Green PP, Boyle CA. Patterns and average volume of alcohol use among women of childbearing age. *Matern Child Health J* 2007;11:437-45.
7. Adams TB, Araas TE. Purging and alcohol-related effects in college women. *Int J Eat Disord* 2006;39(3):240-4.
8. McNamara TK, Orav EJ, Wilkins-Haug L, Chang G. Social support and prenatal alcohol use. *Journal of Women's Health* 2006;15(1):70-6.
9. Tsai J, Floyd RL, O'connor MJ, Velasquez MM. Alcohol use and serious psychological distress among women of childbearing age. *Addict Behav* 2008;3:1-8.

10. Kovacs E, Messingham KAN. Influence of alcohol and gender on immune response. *Alcohol Res Health* 2002;26(4):257-63.
11. Lucas ET, Goldschmidt L, Day NL. Alcohol use among pregnant African American Women: Ecological Considerations. *Health Soc Work* 2003;28(4):273-82.
12. ธีรชาติ เหมพัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดยาเสพติดของวัยรุ่นหญิงในจังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2540.
13. Knapik-Smith M, Bennett G. Moderate drinking in women: A Concept Analysis. *Issues Ment Health Nurs* 1997;18(4):285-301.
14. Reyno SM, Stewart SH, Brown CG, Horvath P, Wiens J. Anxiety sensitivity and situation-specific drinking in women with alcohol problems. *Oxford Journals* 2006.
15. รัชนี เนตรแสงทิพย์. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ของประชากรในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2551.
16. Sally L. In their own words: The meaning of drinking in the lives of college women. [dissertation]. Amherst, MA: University of Massachusetts; 2004.
17. Assanangkornchai S. National household survey: substance and alcohol use. Songkla: Faculty of medicine, Prince of Songkla University; 2007.
18. Medina-Mora E. Drinking and the oppression of women: The Mexican experience. *Addiction* 1994; 89:958-60.
19. Hensing G, Spak F, Thundal KL, Ostlund A. Decreased risk of alcohol dependence and/or misuse in women with high self-assertiveness and leadership abilities. *Alcohol and Alcoholism* 2003;38(3): 232-8.
20. Fillmore MT, Weafer J. Alcohol impairment of behavior in men and women. *Addiction* 2004;99(10): 1237-46.
21. Alati R, Lawlor DA, Najman JM, Williams GM, Bor W, O'Callaghan M. Is there really a J-shaped curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Finding from the Master-University Study of Pregnancy and its outcomes. *Addiction* 2005;100: 643-51.
22. Velasquez MM, Sternberg KV, Mullen PD, Carbonari JP, Kan LY. Psychiatric distress in incarcerated women with recent cocaine and alcohol abuse. *Women's Health Issues* 2007;17: 264-72.
23. เขมณัฏฐ์ สีนสายสอ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตหญิง หมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
24. Janghorbani M, Ho SY, Lam TH, Janus ED. Prevalence and correlates of alcohol use: a population-based study in Hong Kong. *Addiction* 2003;98:215-24.
25. Romelsjo A, Branting M, Hallqvist J, Alfredsson L, Hammar N, Leifman A, Ahlbom A. Abstention, alcohol use and risk of myocardial infarction in men and women taking account of social support and working conditions: the SHEEP case-control study. *Addiction* 2003;98:1453-62.
26. Cook LJ. Educating women about the hidden dangers of alcohol. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004;42(6):24-31.



27. Stevenson S, Masters JA. Predictors of alcohol misuse and abuse among older women. *J Nurs Scholarsh* 2005;37(4):329-35.
28. Murray RP, Connett JE, Tyas SL, Bond R, Ekuma O, Silversides CK, Barnes GE. Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: Is there a U-shaped function?. *Am J Epidemiol* 2002;155(3):242-8.
29. Pitkanen T, Lyyra AL, Pulkkinen L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. *Addiction* 2005;100:652-61.
30. Register TC, Cline JM, Shively CA. Health issues in postmenopausal women who drink. *Alcohol Res Health* 2002;26(4):299-307.
31. Mary E, Tunu R, Angela S, Mark C, Diego W, Charlotte D, Paul R. Alcohol consumption by women before and during pregnancy. *Maternal & Child Health Journal* 2009;13(2):274-85.
32. Gidycz CA, Loh C, Lobo T, Rich C, Lynn SJ, Pashdag J. Reciprocal relationships among alcohol use, risk perception, and sexual victimization: A Prospective Analysis. *J Am Coll Health* 2007;56(1): 5-14.
33. Piombo M, Piles M. The relationship between college females drinking and their sexual behaviors. *Women's Health Issues* 1996;6(4):221-8.
34. Manninen L, Poikolainen K, Vartiainen E, Laatikainen T. Heavy drinking occasions and depression. *Alcohol and Alcoholism* 2006;41(3):293-9.
35. Paranjape A, Heron S, Thompson M, Bethea K, Wallace T, Kaslow N. Are alcohol problems linked with an increase in depressive symptoms in abused, inner-city African American women?. *Women's Health Issues* 2007;17:37-43.
36. เทอดศักดิ์ เดชคง. แอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดกับการทำงาน. *วารสารกรมการแพทย์* 2548;30(7): 382-6.
37. Moore AA, Giuli L, Gould R, Hu P, Zhou K, reuben D, Greendale G, Karlamangla A. Alcohol use, comorbidity, and mortality. *Addiction* 2006;54(5):757-62.
38. Flensburg Madsen T, Knop J, Mortensen EL, Becker U, Gronbaek M. Amount of alcohol consumption and risk of developing alcoholism in men and women. *Alcohol and Alcoholism* 2007; 42(5):442-7.
39. Temple JR, Weston R, Stuart GL, Marshall LL. The longitudinal Association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. *Addict Behav* 2008;33: 1244-8.
40. Crochran Review. Alcohol: A women's health issue [Online]. [cited 2009 Jan 12]; Available from: URL:html:file:///J:\Crochran review\Crochren review\Women and drinking.mht
41. Chen CM, Dufour MC, Yi H-Y. Alcohol consumption among young adult age 18-24 in the US: Results from the 2001-2002 NESARC Survey. *Alcohol Res Health* 2004/2005;28(4):269-80.
42. Kubicka L, Csemy L. Women's gender role orientation predicts their drinking pattern: a follow-up study of Czech women. *Addiction* 2008;103(6):929-37.
43. Schilling EA, Aseltine RH, Glanovsky JL, James A, Jacobs D. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *J Adolesc Health* 2008:1-7.
44. Mc Munn VA, Caan W. Chlamydia infection, alcohol and sexual behaviour in women. *British Journal of Midwifery* 2007;15(4):221-4.

45. Morgen CS, Bove KB, Larsen KS, Kjaer SK, GronBaek M. Association between smoking and the risk of heavy drinking among young women: a prospective study. *Alcohol and Alcoholism* 2008; 43(3):371-5.
46. อวิศา จันทรแสนตอ. ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
47. จิรวัดน์ มูลศาสตร์. หน่วยการดื่มในชีวิตประจำวัน: ความท้าทายจากการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา ในชุมชนอีสาน. อุบลราชธานี: กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์; 2551.
48. aton-Tindall M, Duvall JL, Leukefeld C, Oser CB. Health, mental health, substance use, and service utilization among rural and urban incarcerated women. *Women's Health Issues* 2007;17: 183-92.
49. Sampson W. Alcohol and other factors affecting osteoporosis risk in women. *Alcohol Res Health* 2002;26(4):292-8.
50. Gavalier JS. Should we consider an acceptable drinking level specifically for postmenopausal women? Preliminary findings from the postmenopausal health disparities study. *Alcohol and Alcoholism* 2005;40(5):469-73.
51. Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction* 2000;95(2):251-65.
52. Bobo JK, Klepinger DH, Dong FB. Changes in the prevalence of alcohol use during pregnancy among recent and during pregnancy among recent and at-risk drinkers in the NLSY Cohort. *Journal of Women's Health* 2006;15(9):1061-70.
53. Kim JH, Lee S, Chow J, Lau J, Tsang A, Choi J, Griffiths SM. Prevalence and factors associated with binge drinking, alcohol abuse, and alcohol dependence: a population-based study of chinese adults in Hong Kong. *Alcohol and Alcoholism* 2008;43(3):360-70.
54. บุญเสริม หุตะแพทย์, ชินรัตน์ สมสืบ, ประกายรัตน์ ภัทรธิติ, สุพร เสียนสลาย, กุลกานต์ อภิวัฒน์ลังการ. การวิจัยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของเยาวชนไทย: การสำรวจองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2550.
55. พงษ์เดช สารการ, เยาวเรศ คำมะนา, นงคินุช บุญเสริม, จุฑาลักษณ์ แสนไท. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการกระทำความรุนแรงต่อสตรีในจังหวัดขอนแก่น. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2550.
56. Raghavan R, Bogart LM, Vestal KD, Schuster MA. Sexual victimization among a National Probability sample of adolescent women. *Perspect Sex Reprod Health* 2004;36(6):225-32.
57. Subramaniam GA, Stitzer ML, Woody G, Fishman MJ, Kolodner K. Clinical characteristics of treatment-seeking adolescents with opioid versus cannabis/alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. [Online] 2008. [2009 Jan 6]; Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com>
58. Subramaniam SV, Nandy S, Irving M, Gordon D, Smith GD. Role of socioeconomic markers and state prohibition policy in predicting alcohol consumption among men and women in India: A Multilevel Statistical analysis. *Bull World Health Organ* 2005;83(11):829-36.
59. Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP, Herzog DB. How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other?. *Int J Eat Disord* 2005;38(3):200-7.
60. Hoaken PNS, Pihl RO. The effects of alcohol in toxication on aggressive responses in men and women. *Alcohol & Alcoholism* 2000;35(5):471-7.



61. Kwate NOA, Meyer IH. Association between residential exposures to outdoor alcohol advertising and problem drinking among African American Women in New York City. *Am J Public Health* 2005;99(2):228-30.
62. Lau-Barraco C, Skewes MC, Stasiewicz PR. Gender differences in high-risk situations for drinking: Are they mediated by depressive symptoms?. *Addict Behav* 2008;34(1):68-74.
63. Stokkeland K, Hilm G, Spak F, Franck J, Hultcrantz R. Different drinking patterns for women and men with alcohol dependence with and without alcoholic cirrhosis. *Alcohol & Alcoholism* 2008; 43(1):39-45.
64. Cassidy K, Kotynia-English R, Acres J, Flicker L, Lautenschlager NT, Almeida OP. Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:940-7.
65. Gadalla T, Piran N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Archives of Women's mental health* 2007;10:133-40.
66. Ragsdale K, Ceisco WD, Pinkerton SD. Where the boys are: Sexual expectations and behaviour among young women on holiday. *Cult Health Sex* 2006;8(2):85-98.
67. Medina-Lezama J, Morey-Vargas OL, Zea-Diaz H, Bolanos-Salazar JF, Corrales-Medina F, Cuba-Bustinza, Chirinos-Medina DA, Chirinos JA. Prevalence of lifestyle-related cardiovascular risk factors in Peru: The PREVENCIÓN study. *Pan Am J Public Health* 2008;24(3):169-77.
68. Sood B, Delaney-Black V, Covington C, Nordstrom-Klee B, Ager J, Templin T, Janisses J, Martier S, Sokol RJ. Low does prenatal alcohol exposure linked to behavior problems. *Pediatrics* 2001; 108(2):e34.
69. Goransson M, Magnusson A, Bergman H, Rydberg U, Heilig M. Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction* 2003;98:1513-20.
70. LaBrie JW, Kenney SR, Lac A, Migliuri SF. Differential drinking patterns of family history positive and family history negative first semester college females. *Addict Behav* 2008;34(2):190-6.
71. สุภัทตรา โสมีชัย. พฤติกรรมการดื่มสุราของสตรีผู้ไทยกับวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
72. กุณนที พุ่มสงวน. บริบททางสังคมและวัฒนธรรมกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก; 2549.
73. จินตนา คำแก่น. บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน บ้านดงขี้เหล็ก ตำบลแซ่ซ่าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าแบบอิสระ]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
74. กัลยาณี ศรีบุระ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น [การศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
75. จินตนา วงศ์วาน. ความชุกและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
76. พนิดา นามจันดี. ความชุกและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอสหัสขันธ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขอนแก่น เขต 5 จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.

77. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: โชดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลับลิชซิง; 2549.
78. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: โชดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลับลิชซิง; 2550.
79. Moos RH, Brennan PL, Schutte KK, Moos BS. High-Risk alcohol consumption and late-life alcohol use problems. *Am J Public Health* 2004;94(11):1985-91.
80. Savage C. Screening for alcohol use in women of childbearing age. *J Addict Nurs* 2006; 17:67-9.
81. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text rev. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
82. Prescott CA, Aggen SH, Kendler KS. Sex-Specific genetic influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a population-based sample of US Twins. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(8):803-11.
83. วนิดา พลเชียงสา. การแก้ไขปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไผ่ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
84. นิชาภัทร บุญสวัสดิ์กุลชัย. การป้องกันการดื่มสุราอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
85. สลิตา ธีระวัฒน์สกุล, จิราพร สุวรรณธีรางกูร, วราภรณ์ ปัญณวลี. การดื่มและมาตรการเพื่อลดการดื่มสุรา: กรณีศึกษา 2 ชุมชนภาคเหนือ. เอกสารเผยแพร่ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2549.
86. สุวรรณณา อรุณพงศ์ไพศาล. เพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่างจากเพศชาย. บานข้อมูลเพื่อการจัดการปัญหาสุรา 2549; เมษายน.
87. สมชาย จันทร์ชา. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหญิงวัยแรงงาน หมู่บ้านแม่อนกลาง ตำบลแม่อน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่: รายงานการวิจัย. 2550.
88. Babor TF, Higgins-Biddle JC, editors. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A Manual for Use in Primary Care. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization; 2001.
89. Matute RC, Pillion SC. Alcohol consumption by nursing students in Honduras. *Latin American Journal of Nursing* 2008;16. Retrive from *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
90. Well SL, Thompson JM. Alcohol-related victimization among young adult Canadian drinkers: The Explanatory Roles of Hazardous Drinking and Illicit Drug Use. *Can J Public Health* 2009; 100(1):55-9.
91. Chou F-H, Yang Y-H, Kuo S-H, Chan T-F, Yang M-S. Relationships among smoking, drinking, betel quid chewing and pregnancy-related nausea and vomiting in Taiwanese Aboriginal Women. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 2009;25(2):62-9.
92. Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, Green J. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst*;101(5):282-3.
93. Sayal K, Heron J, Golding J, Alati R, Smith GD, Gray R, Emond A. Binge pattern of alcohol consumption during pregnancy and childhood mental health outcomes: Longitudinal population-based study. *Pediatrics* 2009;123(2):289-96.



94. Furuya H, Young AF, Powers JR, Byles JE. Alcohol consumption and physical health-related quality of life in older women using the transformation of SF-36 to account for death. *Nihon Arukoru yakubutsu Igakkai Zasshi* 2008;43(2):97-109.
95. Rubio DM, Kraemer KL, Farrell MH, Day HL. Factors associated with alcohol use, depression, and their co-occurrence during pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32(9):1543-51.
96. Foran HM, O'leary KD. Alcohol and intimate partner violence: A Meta-Analytic Review. *Clin Psychol Rev* 2008;28(7):1222-34.
97. Yamamoto Y, Kaneita Y, Yokoyama E, Sone T, Takemura S, Suzuki K, Kaneko A, Ohida T. Alcohol consumption and abstention among pregnant Japanese women. *J Epidemiol* 2008; 18(4): 173-82.
98. Nilsen P, Holmqvist M, Hultgren E, Bendtsen P, Cedergren M. Alcohol use before and during pregnancy and factors influencing change among Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(7):768-74.
99. Rundberg J, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G, Romelsjo A, Ojehagen A. Abstinence, occasional drinking and binge drinking in middle-aged women. *Nord J Psychiatry* 2008;62(3):186-91.
100. Hesse M, Tutenges S. Gender differences in self-reported drinking-induced disinhibition of sexual behaviors. *The American Journal on Addictions* 2008;17(4):293-7.
101. Hardie TL, Moss HB, Lynch KG. Sex differences in the heritability of alcohol problems. *The American Journal on Addictions* 2008;17(4):319-27.
102. Halme JT, Seppa K, Alho H, Pirkola S, Poikolainen K, Lonnqvist J, Aalto M. Hazardous drinking: Prevalence and Associations in the Finnish General Population. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;32(9): 1615-22.
103. Alvanzo AA, Svikis DS. History of physical abuse and periconceptional drinking in pregnant women. *Subst Use Misuse* 2008;43(8-9):1098-109.
104. Karjane NW, Stovall DW, Berger NG, Svikis DS. Alcohol abuse risk factors and psychiatric disorders in pregnant women with a history of infertility. *Journal of Women's Health* 2008;17(10): 1623-7.
105. Lemke S, Schutte KK, Brennan PL, Moos RH. Gender differences in social influences and stressors linked to increased drinking. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69(5):695-702.
106. Hvidtfeldt UA, Frederiksen ME, Thygesen LC, kamper-Jorgensen M, Becker U, Gronbaek M. Incidence of cardiovascular and cerebrovascular disease in Danish men and women with a prolonged heavy alcohol intake. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32(11):1920-4.



การป้องกันและการจัดการปัญหา

การดื่มสุราของสตรี

การป้องกันการดื่มสุราของสตรี

จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบผลจากการทบทวนและข้อเสนอแนะต่าง ๆ สามารถประมวลเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มสุราของสตรีได้เป็น 2 วิธี คือ การคัดกรอง และการกำหนดวิธีการในการป้องกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การคัดกรอง

การคัดกรองเป็นวิธีการที่หลาย ๆ ประเทศใช้ในการป้องกันการดื่มสุราของสตรี โดยทำการคัดกรองในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองก็มีหลายชนิดซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการใช้ต่างกัน ดังนี้

การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในสตรี

การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในสตรี มีเครื่องมือที่เฉพาะคือ T-ACE และ TWEAK โดยใช้สำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรเท่านั้น ส่วนในสตรีทั่วไปสามารถใช้เครื่องมือ AUDIT และสตรีสูงอายุจะใช้ MAST-G ซึ่งทั้ง AUDIT และ MAST-G สามารถใช้ได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

การคัดกรองด้วยเครื่องมือ AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่จะใช้เครื่องมือ AUDIT ที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (14) มีข้อคำถาม 10 ข้อที่ครอบคลุมคำถามเรื่องการดื่มสุรา (คำถามที่ 1-3) พฤติกรรมการติดสุรา (คำถามที่ 4-6) ผลที่ตามมาจากการดื่มสุรา (คำถามที่ 7-10) คะแนนที่ได้จะแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อย (คะแนน 0-7) กลุ่มที่มีความเสี่ยง (hazardous) (คะแนน 8-15) กลุ่มดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) (คะแนน 16-19) และกลุ่มที่ติดสุรา (คะแนน 20-40) ทุกข้อคำถาม (ยกเว้น 2 คำถามสุดท้าย) จะสะท้อนถึงแบบแผนการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (3) เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงของปัญหาการดื่มสุราในระหว่าง 12 เดือนก่อน การคัดกรอง



โดยสามารถใช้ได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ตัวอย่างเช่นการคัดกรองในกลุ่มนักศึกษา (14) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน (9, 15) และกลุ่มที่มาใช้บริการในสถานบริการปฐมภูมิ (17, 27) หรือในโรงพยาบาลทั่วไป (11, 25) เป็นต้น ซึ่งพบว่า AUDIT มีความไวน้อยเมื่อใช้คัดกรองกับสตรี (17) ดังนั้นบางการศึกษาจึงมีการกำหนดคะแนน AUDIT ในสตรีที่มีคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปให้ถือว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (14) หรือบางการศึกษาใช้ที่คะแนน 7 ขึ้นไป (17) (ตามมาตรฐานของเครื่องมือจะใช้ 8 คะแนนขึ้นไป) และมีการปรับคำจำกัดความของการดื่มหนักแบบ binge drinking ของสตรีคือหมายถึงการดื่มตั้งแต่ 4 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปของการดื่มแต่ละครั้งในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ในเพศชายคือการดื่มตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป) ดื่มมากกว่า 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์หรือมากกว่า 3 ดื่มมาตรฐานต่อวันถือเป็นการดื่มแบบเสี่ยง (9)

การคัดกรองด้วย AUDIT สามารถทำได้ง่ายเพราะเป็นการประเมินด้วยตนเอง ยิ่งในกลุ่มนักศึกษาจะได้ข้อมูลจากการคัดกรองที่เป็นประโยชน์ เช่น ได้รู้ว่าคุณศึกษานหญิงและนักศึกษาชายมีผลการคัดกรองที่เป็นบวกหรือจัดเป็นกลุ่มที่มีปัญหาการดื่มสุราร้อยละเท่าใด แต่ละเพศมีปัญหาการดื่มสุราในแต่ละระดับมากน้อยเพียงใด และหากมีการสอบถามเพิ่มเติมในกลุ่มที่มีคะแนน AUDIT ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปเกี่ยวกับปริมาณหรือจำนวนที่ดื่มเพื่อให้เกิดฤทธิ์ของสุรา อาจได้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงการมีความทนต่อสุรา ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของการวินิจฉัยว่าติดสุรา เช่น ต้องดื่มในปริมาณมาก จึงจะเกิดความรู้สึกถึงฤทธิ์ของสุรา ในขณะที่นักดื่มหน้าใหม่เมื่อดื่มเพียง 1-2 ดื่มมาตรฐาน ก็ารู้สึกมึนเมาแล้ว (14)

การคัดกรองด้วยเครื่องมือ MAST-G (Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version)

เมื่อนำ AUDIT ไปใช้คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุชาวอเมริกันพบว่า AUDIT ใช้ได้ผลน้อยกว่า MAST-G แต่การศึกษาในประเทศอังกฤษกลับพบว่า MAST-G ให้ผลได้ไม่ดีเท่า AUDIT และพบว่า AUDIT ใช้ได้ผลดีกับผู้สูงอายุในสถานพยาบาลทุติยภูมิ (28) ดังนั้นจึงมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ AUDIT กับ MAST-G ในการคัดกรองผู้สูงอายุในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ทั้งเพศหญิง (285 ราย) และเพศชาย (215 ราย) ซึ่งพบว่า AUDIT มีความไวในการคัดกรองมากกว่า MAST-G (0.96, 95% CI= 0.93-0.98 และ 0.83, 95% CI= 0.75-0.92 ตามลำดับ)

การคัดกรองด้วยเครื่องมือ CAGE (CAGE questionnaire)

เป็นวิธีการค้นหาการติดสุรา (lifetime prevalence of alcohol dependence) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถามคือ การเคยพยายามหยุดดื่ม (cut down) รู้สึกรำคาญเมื่อมีคนพูดถึงการดื่มของ

ตนเอง (annoyed) รู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มของตนเอง (guilty) และมีการดื่มหลังตื่นนอนในตอนเช้า (eye-opener) (3, 23) CAGE เป็นเครื่องมือที่มีความตรงในการวัดสูงโดยมีความไวในการวัดอยู่ระหว่างร้อยละ 72.0-91.0 และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 76.0 (23) ในบางการศึกษาพบว่าความไวของ CAGE ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 60.0-100.0 และมีความเฉพาะเจาะจงอยู่ระหว่างร้อยละ 40.0-96.0 (3)

CAGE ถูกพัฒนาและทดสอบในกลุ่มเพศชายผิวขาวเท่านั้น จึงมีข้อจำกัดในการนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มประชากรทั้งหญิงและชายทั่วไป ยิ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรจำเป็นต้องใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสูง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ และทารกที่คลอดออกมา ซึ่งนักวิชาการได้พบว่าคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกผิดในการดื่มของตนเอง (guilty) ในเครื่องมือ CAGE ไม่ช่วยให้มีนัยสำคัญของการทำนายความเสี่ยงของการดื่มในสตรีได้ ดังนั้นนักวิชาการจึงได้ตัดข้อคำถามนี้ออกและได้เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการทนต่อฤทธิ์ของสุรา (tolerance question) เมื่อใช้คัดกรองในสตรีคือ *“How many drinks does it take to make you feel high?”* เครื่องมือที่ถูกดัดแปลงนี้จึงมีชื่อเรียกใหม่ว่า **T-ACE (Tolerance - Annoyed - Cut down - Eye opener)** เพื่อใช้คัดกรองปัญหาการดื่มสุราในสตรีตั้งครรภ์ หรือสตรีที่อยู่ในระหว่างให้นมบุตร ประกอบด้วย 4 คำถาม เกณฑ์การให้คะแนนคือ คำถาม tolerance ให้ 2 คะแนน ส่วน annoyed, kut down และ eye openers ให้อย่างละ 1 คะแนน ดังนั้นคะแนนจึงอยู่ระหว่าง 0-5 ถ้าได้ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์รายนั้นมีปัญหาการดื่มสุรา (3)

การคัดกรองด้วยเครื่องมือ TWEAK (Tolerance-Worried-Eye openers-Amnesia-Kut down)

ใช้คัดกรองปัญหาการดื่มสุราในสตรีตั้งครรภ์ หรือสตรีที่อยู่ในระหว่างให้นมบุตรอีกชนิดหนึ่งคือ TWEAK (Tolerance - Worried - Eye openers - Amnesia - Kut down) ซึ่งพัฒนามาจากข้อคำถามของ CAGE และ MAST เพื่อให้มีความไวในการคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์หรือในระยะให้นมบุตร ประกอบด้วย 5 คำถาม เกณฑ์การให้คะแนนคือ คำถาม eye openers, amnesia, และ kut down ให้อย่างละ 1 คะแนน ส่วน tolerance และ worried ให้อย่างละ 2 คะแนน ดังนั้นคะแนนจึงอยู่ระหว่าง 0-7 ถ้าได้ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์รายนั้นมีปัญหาการดื่มสุรา (3)

สรุปได้ว่า AUDIT เป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีความตรงมากกว่า MAST-G (45) และ AUDIT ได้ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือได้ของการวัดพฤติกรรมการดื่มโดยมีค่า alpha coefficients = 0.93 และความน่าเชื่อถือได้ของการวัด adverse psychological reactions โดยมีค่า alpha coefficients = 0.81 และคะแนนของแต่ละข้อคำถามของ AUDIT มีความสัมพันธ์กันอย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.31-0.51$) (3) เมื่อเปรียบเทียบความไวและความเฉพาะเจาะจงของ AUDIT กับ UK Royal College of Psychiatrists' guidelines on safe levels of alcohol consumption พบว่าในผู้สูงอายุหญิงมี optimal cut-point 3/4 มีความไวร้อยละ 92.3 และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 88.6 ขณะที่ผู้สูงอายุชายมี optimal cut-point 5/6 มีความไวร้อยละ 95.0 และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 94.0 และจุดตัดดังกล่าวสามารถทำนายด้านบวกและด้านลบ ในผู้สูงอายุหญิงได้ร้อยละ 27.9 และ 99.6 ตามลำดับ ส่วนในผู้สูงอายุชายคือร้อยละ 63.3 และ 99.5 ตามลำดับ (28) เมื่อเปรียบเทียบข้อดีและข้อจำกัดของ AUDIT, CAGE, และ MAST พบว่า AUDIT ไม่สามารถใช้คัดกรองที่ผู้ติดสุรามาเป็นเวลานานได้ (long-term alcohol dependence) ในขณะที่ CAGE และ MAST สามารถใช้คัดกรองกลุ่มนี้ได้รวมทั้งสามารถค้นหาผลที่ตามมาจากการดื่มได้ด้วย แต่ทั้ง 2 เครื่องมือดังกล่าวไม่สามารถใช้ค้นหาการดื่มหนัก (heavy drinkers) นอกจากนี้ผู้ถูกคัดกรองจะประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มอย่างชัดเจน (3)

การคัดกรองด้วยวิธีการถามปริมาณและความถี่ของการดื่มสุรา (quantity-frequency method)

เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ค้นหาว่าหญิงหรือชายมีการดื่มมากน้อยเพียงใด เช่นการใช้คำถาม “คุณดื่มบ่อยเพียงใด” “โดยเฉลี่ยแล้วคุณดื่มกี่วันต่อสัปดาห์” “ในวันที่ดื่มคุณดื่มกี่ดื่มมาตรฐาน” แม้ว่าวิธีนี้จะไม่สามารถค้นหาแบบแผนการดื่มที่ไม่ปกติ แต่ก็ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำเรื่องการจำกัดการดื่มของผู้ป่วยได้ และในรายที่สงสัยว่าจะมีความเสี่ยงต่อการดื่มแบบ heavy episodic drinking เช่น ในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา เราอาจใช้คำถามดังนี้ “เดือนที่ผ่านมา วันที่คุณดื่มมากที่สุด คุณดื่มมากเท่าไร” (3)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ได้มีการนำ AUDIT และ CAGE มาแปลเป็นฉบับภาษาไทย และได้นำมาเป็นเครื่องมือวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข และผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ได้ค่ามากกว่า 0.80 ขึ้นไป แต่ยังไม่พบมีการนำเครื่องมือ T-ACE หรือ TWEAK มาใช้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงในระยะให้นมบุตร ส่วนเครื่องมือ quantity- frequency พบมีการนำมาใช้ในงานประจำของสถานบริการสุขภาพของรัฐหลายแห่ง

วิธีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในสตรี

บุคลากรทางสุขภาพในสถานบริการปฐมภูมิที่ควรทำหน้าที่คัดกรอง และให้การบำบัดแบบสั้นในผู้ดื่มสุรามากเกินควร คือ พยาบาลในชุมชน ผู้ให้บริการปรึกษา พยาบาลจิตเวชชุมชน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการให้บริการผู้ป่วยสุราในสถานพยาบาลปฐมภูมิจนสามารถเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำในทีมได้ เป็นผู้

สามารถพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยได้ เป็นผู้ที่สามารถใช้คำถามในการประเมินการดื่มสุราได้อย่างกลมกลืนกับการให้บริการสุขภาพทั่วไป มีทักษะการให้การบำบัดแบบสั้น มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ดื่มสุรา สามารถแสดงหลักฐานยืนยันประสิทธิผลของการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นได้ (8)

การศึกษาในสหราชอาณาจักร โดยใช้วิธี Delphi survey ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 79 ราย พบข้อสรุปเกี่ยวกับวิธีการค้นหาผู้ดื่มแบบเสี่ยงในสถานพยาบาลปฐมภูมิโดยไม่ล่วงละเมิดหรือกระทบความรู้สึกของผู้รับบริการคือ ควรคัดกรองผู้รับบริการรายใหม่ที่กำลังติดต่อเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนและระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อซักประวัติ คัดกรองเมื่อสงสัยว่าการดื่มสุราจะเกี่ยวข้องกับปัญหาทางกายหรือปัญหาทางจิตใจที่นำมารักษาคั้งนี้ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ คัดกรองเมื่อผู้รับบริการมาคลินิกพิเศษ หรือมาตรวจเช็คสุขภาพ เช่น ในกลุ่มหญิง-ชายที่มีลักษณะสุขภาพดี ผู้ป่วยเบาหวาน สตรีที่มาฝากครรภ์ หรือผู้ที่มาตรวจเช็คร่างกายเพื่อใช้บริการประกันสุขภาพ เป็นต้น การคัดกรองต้องอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ มีการใช้เครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสม และใช้คำถามในการคัดกรองที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทุกราย อีกทั้งการให้งานคัดกรองเป็นงานประจำที่ต้องทำกับกลุ่มผู้ป่วยใหม่และในคลินิกเฉพาะทาง (8)

ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีมีดังนี้

1. ศึกษาความไวในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราของสตรีไทยทั่วประเทศโดยใช้เครื่องมือที่มีในวรรณกรรม
2. ศึกษาความตรงของเครื่องมือ T-ACE หรือ TWEAK ฉบับภาษาไทย และนำมาทดลองใช้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงในระยะให้นมบุตรของสตรีไทย
3. ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราของสตรีไทยและผลการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราของสตรีไทยในสถานบริการระดับต่าง ๆ

การกำหนดวิธีการในการป้องกันปัญหาการดื่มสุราในสตรี

วิธีการป้องกันปัญหาการดื่มสุราพบว่าส่วนใหญ่จะศึกษาในทั้งเพศชายและหญิง สำหรับการศึกษ เฉพาะในสตรีนั้นมีความซับซ้อนจำกัด ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการป้องกันปัญหาการดื่มสุราสามารถประมวลเป็นการป้องกันตามประเภทของแหล่งบริการ และการป้องกันตามกลุ่มสตรีดังนี้



การป้องกันตามประเภทของแหล่งบริการทางสุขภาพ ได้แก่

การป้องกันปัญหาการดื่มสุราของประชาชนในสถานพยาบาลปฐมภูมิ พบว่าการศึกษา

ในสหราชอาณาจักรในปี 2004 ทำให้ได้ข้อสรุปในการป้องกันปัญหาการดื่มสุราของประชาชนในสถานพยาบาลปฐมภูมิใน 7 ลักษณะต่อไปนี้ (8)

1. ฝึกอบรมบุคลากรในสถานพยาบาลปฐมภูมิเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง และสามารถประเมินลักษณะอาการที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราที่มากเกินไปได้ (ด้านการซักประวัติการดื่มสุราในผู้รับบริการทุกราย เป็นประเด็นที่ไม่ได้รับการเห็นด้วยอย่างเป็นเอกฉันท์)
2. สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการพูดถึงการดื่มสุราของตนเอง โดยการหลีกเลี่ยงการบ่งชี้ว่าการดื่มสุรา “เป็นการกระทำที่ไม่ดี” หลีกเลี่ยงการตัดสินผู้รับบริการ และหลีกเลี่ยงการแสดงทัศนคติทางลบต่อผู้รับบริการ
3. ฝึกอบรมผู้ให้บริการหลักในสถานพยาบาลปฐมภูมิทุกรายให้มีความมั่นใจในการพูดถึงประเด็นการดื่มสุรากับผู้รับบริการ มีการอภิปรายถึงข้อดี-ข้อเสียของการดื่ม ให้เวลาผู้รับบริการพูดถึงปัญหาของตนเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุราอย่างชัดเจนและกระชับ และควรเริ่มจากการให้ผู้รับบริการตระหนักได้ด้วยตนเอง
4. การใช้หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing principles) หรือการพูดคุยต่อรอง มากกว่าการพยายามให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. การสนับสนุนและส่งเสริมให้การคัดกรอง (และการบำบัดแบบสั้น) เป็นงานประจำในสถานพยาบาลปฐมภูมิโดยเป็นบทบาทของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องทางด้านสุรา และใช้คำถามในการคัดกรองและประเมินที่กลมกลืนกับการถามเรื่องสุขภาพทั่วไป
6. พัฒนาทีมในการป้องกัน โดยบุคลากรที่ทำการคัดกรองต้องมีทักษะประเมินปัจจัยเสี่ยง (และการให้การบำบัดแบบสั้น) ได้รับการศึกษาอบรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการดื่มสุรา และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุรา
7. ให้การบำบัดแบบสั้นเพื่อการป้องกัน ต้องมีความเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย และมีการแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผล ความคุ้มค่าคุ้มทุนของการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น (screening and brief intervention; SBI) นอกจากนี้การที่มีแนวปฏิบัติในการส่งต่อที่ชัดเจนจะช่วยให้บุคลากรในสถานพยาบาลปฐมภูมิสามารถทำ SBI ได้ง่ายขึ้น รวมทั้งสามารถช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการดื่มสุราได้ด้วย

การป้องกันปัญหาการดื่มสุราของประชาชนในสถานบริการสุขภาพทั่วไป บุคลากรควรพูดถึงประเด็นการดื่มแบบเสี่ยงกับผู้รับบริการในลักษณะของการให้ข้อมูลความเสี่ยงที่ชัดเจน ชี้ให้เห็นความแตกต่างของความเสี่ยงในแต่ละระดับ ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลที่ตามมาจากการดื่มสุรา ให้รับนโยบายและแนวทางการจัดการปัญหาการดื่มสุราระดับชาติ กลุ่มที่มีลักษณะแตกต่างกันควรมีการให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือกลุ่มที่อายุน้อย หากมีการทำงานร่วมกับโรงเรียน ควรให้ความรู้เรื่องการสูบบุหรี่และการให้เพศศึกษาที่เชื่อมโยงกับประเด็นการดื่มแบบเสี่ยง หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาที่สื่อเชิงลบ เช่น ชีเหล้า ดิดเหล้า “การติดสุรา” อีกทั้งผู้ให้บริการมีความเข้าใจว่า “การพูดถึงปัญหาการดื่มสุราต้องพูดในลักษณะที่เป็นเรื่องในทางปกติ ไม่ใช่เรื่องน่ารังเกียจหรือเป็นเรื่องที่ไม่ดี” และควรมีการวางแผนที่จะช่วยให้สุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้น (8)

การป้องกันปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มสตรี

เพื่อให้การป้องกันปัญหาการดื่มสุราในสตรีได้ประสิทธิผลตรงตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันดังกล่าวในกลุ่มสตรีลักษณะต่างๆ ซึ่งสามารถประมวลได้ดังนี้

สตรีวัยรุ่น

สามารถทำได้โดยการส่งเสริมให้สตรีวัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันตนเองใน 10 วิธีต่อไปนี้ คือ

- 1) ดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์
- 2) เลือกที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 3) หากจะดื่มให้รับประทานอาหารก่อนดื่มหรือในระหว่างที่ดื่ม
- 4) มีเพื่อนที่คอยเตือนการดื่มของตนเอง
- 5) ตระหนักรู้ปริมาณการดื่มของตนเอง
- 6) หลีกเลี่ยงการใช้การดื่มสุราเป็นเกมส์
- 7) พยายามเลือกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่ำ เช่น พันช์
- 8) มีการกำหนดคนที่ดื่มเพื่อขับรถ
- 9) หยุดดื่มเป็นพัก ๆ 2-3 ครั้งต่อชั่วโมง และ
- 10) กำหนดปริมาณการดื่มให้ชัดเจน โดยไม่ดื่มเพิ่มจากที่ตั้งใจไว้



ซึ่งผลการศึกษาในอเมริกาพบว่านักศึกษาหญิงที่มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับสูงมาก (ร้อยละ 75.0-100.0) จะมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุราในระดับต่ำ และนักศึกษาหญิงที่มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 25.0-50.0) จะมีโอกาสเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุราได้ถึง 6.5 เท่า (95%, CI = 3.9-11.5) และในทางตรงกันข้าม นักศึกษาหญิงที่มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับปานกลางถึงสูง (ร้อยละ 50.0-75.0) จะมีโอกาสเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุราได้ 3.1 เท่า (95%, CI = 1.8-5.2) มากกว่านักศึกษาหญิงที่มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับสูงมาก (26)

สตรีที่ยังไม่ดื่ม

กลุ่มวัยรุ่น อายุ 13-21 ปี ในชุมชนอำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น (22) มีความคิดเห็นในการป้องกันการดื่มสุราของสตรี ได้แก่

- (1) การมีกฎหมายที่เคร่งครัดเกี่ยวกับการสั่งห้ามไม่ให้มีการจำหน่ายและดื่มสุราหรือของมึนเมา และการห้ามร้านค้าจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชน
- (2) การใช้สื่อโฆษณาณรงค์ให้ประชาชนเลิกดื่มสุรา
- (3) การชี้ให้เห็นโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลที่ตามมา
- (4) การสร้างค่านิยมใหม่ให้วัยรุ่น และกลุ่มวัยรุ่นไม่ควรรวมกลุ่มกันเพราะจะเสี่ยงต่อการชวนกันไปดื่มสุรา และ
- (5) ชุมชนควรจัดรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและผลเสียของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เยาวชน เช่น การยกตัวอย่างผู้ที่ดื่มแล้วมีผลเสียต่อสุขภาพอย่างชัดเจน ตัวผู้นำชุมชนไม่ควรดื่มให้เด็กเห็น และสนับสนุนไม่ให้ผู้ใหญ่ในบ้านใช้เด็กไปซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สตรีกลุ่มนักศึกษา

นักศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้เสนอความคิดเห็นว่าการสร้างพันธมิตรสุขภาพ การใช้วิธีเพื่อนเตือนเพื่อน การมีกิจกรรมช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหา การหากิจกรรมที่มีประโยชน์ทำยามว่าง การตั้งกลุ่มต่อสู้สุรา การประชาสัมพันธ์ถึงผลเสียของสุรา การปรับเปลี่ยนค่านิยมใหม่ที่ไม่ใช้สุราในกิจกรรมใดๆ และการเข้าวัดปฏิบัติธรรม เป็นต้น (16)

สตรีที่เสพติดสุรา

กลุ่มมูลนิธิเพื่อนหญิงในจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีบทบาทในการชักชวนให้กลุ่มสตรีที่เป็นแกนนำหมู่บ้านเข้ามาร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัยเรื่อง การดื่มสุรากับความรุนแรงในครอบครัว จนได้มีการรวมตัวกันตั้งชื่อกลุ่มของตนเองเป็น “เครือข่ายแม่หญิงล้านนา จังหวัดเชียงใหม่” โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาสุรา สร้างชุมชนน่าวรอง ลด ละ

เล็กเหล้า และลดความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก วิธีดำเนินงานคือทำการคัดชื่อคนที่ได้ชื่อว่า “ซีเหล้า” ในชุมชน โดยไปหาที่บ้านแล้วชักชวนคนเหล่านั้นมาเข้าโครงการ มีการรณรงค์ในชุมชน โดยการ ทำบอร์ด ประกาศเสียงตามสายเรื่อง “การรณรงค์ ลด ละ เลิกเหล้าเข้าพรรษา” และมีตัวอย่างของคน que เล็กเหล้าเข้ามาช่วยการรณรงค์ด้วย (44)

ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีไทยมีดังนี้

1. ฝึกอบรมบุคลากรทางสุขภาพในสถานพยาบาลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ดื่มสุรา มีความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราในระดับเสี่ยง และมีสมรรถนะในการประเมินและการให้การปรึกษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา
2. ส่งเสริมการมีพฤติกรรม การป้องกันตนเองของสตรีวัยรุ่นไทยใน 10 วิธีตามที่ปรากฏในวรรณกรรม
3. ขยายเครือข่ายการป้องกันปัญหาการดื่มสุราของสตรีไทย เช่น สถาบันการศึกษา ได้แก่ โรงเรียน วิทยาลัย และมหาวิทยาลัย สถาบันวิชาการต่างๆ มูลนิธิ กลุ่มในชุมชน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
4. สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มเครือข่ายแม่หญิงล้านนา และมูลนิธิเพื่อนหญิง และเปิดโอกาสให้กลุ่มเหล่านี้ได้มีบทบาททางสังคมร่วมกับสถาบันวิชาการ สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5. สนับสนุนให้มีกฎหมายและนโยบายจากภาครัฐเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการดื่มสุราในสตรีไทยทุกกลุ่มวัย



กลยุทธ์การจัดการปัญหาการดื่มและการเสพติดสุราของสตรี

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการจัดการปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี สามารถใช้กลยุทธ์ดังต่อไปนี้ (8, 35)

1. การให้ความรู้แก่สาธารณชนเกี่ยวกับความเสี่ยงของการดื่มสุรา
2. การรณรงค์ให้ประชาชนมีความตระหนักถึงผลกระทบของสุรา
3. การติดป้ายโฆษณาเพื่อให้เป็นเครื่องเตือนใจ
4. การมีองค์กรหรือผู้นำในพื้นที่อย่างชัดเจนและเข้มแข็ง
5. การให้บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรในชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกัน โดยดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายในโรงเรียน เครือข่ายผู้นำ และเครือข่ายองค์กรในชุมชน
6. การให้บุคลากรทางสุขภาพได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับสุราเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และมีทักษะการคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัดทางจิตสังคมเบื้องต้น
7. การกำหนดนโยบายการปฏิบัติสำหรับบุคลากร ได้แก่ การให้บุคลากรเข้าใจสิ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญและรับรู้นโยบายรวมทั้งแนวทางการจัดการปัญหาการดื่มสุราของประเทศ
8. การพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิให้มีทรัพยากรที่พร้อมให้บริการทางสุขภาพเบื้องต้น
9. การสร้างระบบคัดกรองในงานประจำ
10. การเลือกใช้เครื่องมือในการป้องกันหรือการจัดการกับปัญหาการดื่มและการเสพติดสุราของสตรีที่มีประสิทธิภาพ
11. การสร้างความตระหนักว่า ผู้ดื่มสุราไม่ชอบที่จะถูกตราว่าเป็นคนติดเหล้าหรือมีปัญหาการดื่ม
12. การสร้างความตระหนักให้ผู้ให้บริการมีการตระหนักถึงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเอง
13. การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราควรทำร่วมกับการให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) และการส่งต่อเพื่อรับการบำบัดรักษา (Referral to Treatment) ซึ่งทั้งสามขั้นตอนใช้ตัวย่อว่า SBIRT โดยพบว่า SBIRT สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย และให้ผลดีต่อการลดการดื่มสุรา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกฉุกเฉินซึ่งเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา หากผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับ SBIRT พบว่าร้อยละ 97.3 ไม่กลับมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินอีก เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการตามปกติ (ร้อยละ 88.6) นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินที่ได้รับ SBIRT จะมีพฤติกรรมลดการดื่มสุราลงได้มากกว่าร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (35)

ทั้งนี้ประเด็นสำคัญที่ควรตระหนักเมื่อมีการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในสถานพยาบาลปฐมภูมิคือ

- 1) บุคลากรจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการดื่มสุรา การคัดกรอง และการบำบัดแบบสั้น
- 2) การให้ความสำคัญของการคัดกรอง และการบำบัดแบบสั้น (Screening and Brief Intervention; SBI) ว่าเป็นกลวิธีการจัดการในระดับเริ่มแรก
- 3) มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ให้บริการต่อการดื่มสุรา และ
- 4) ไม่ตั้งความหวังที่สูงเกินไปในการนำ SBI ไปใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีไทยจึงมีดังนี้

1. ศึกษาหาแนวทางและการกำหนดยุทธศาสตร์ในการป้องกันที่มีประสิทธิผลต่อประชากรสตรีไทย และการส่งเสริมสตรีไทยให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองในแต่ละกลุ่มวัย และในระบบบริการสุขภาพแต่ละระดับ
2. จัดเวทีเสวนาจากบุคลากรในทีมสุขภาพ สตรีที่มีปัญหาการดื่มสุราและญาติ ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อถอดบทเรียนจากกิจกรรมการป้องกันการดื่มสุราในประเทศไทย โดยเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสตรี

การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุราของสตรี

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการเสพติดสุราที่เน้นการบำบัดทางจิตสังคมในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ที่ไม่แยกเพศ มีบางการศึกษาที่แยกวิเคราะห์เพศไว้ชัดเจน โดยเพศหญิงจะเป็นกลุ่มที่มีจำนวนน้อยกว่าเพศชาย และมีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาเฉพาะเพศหญิงโดยพบเป็นกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด ผลจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว สามารถจัดหมวดหมู่องค์ความรู้เรื่องการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีได้ดังนี้



การบำบัดทางจิตสังคม

ในต่างประเทศมีการบำบัดทางจิตสังคมในผู้มีปัญหาการดื่มสุราทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยให้การบำบัดแบบสั้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน และการบำบัดอื่นๆ ที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง ตามรายละเอียดต่อไปนี้

1. การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention; BI)

การบำบัดแบบสั้น (BI) เป็นวิธีที่นิยมใช้มากในการลดปัญหาการดื่มสุราแบบเสี่ยง (hazardous) หรืออันตราย (harmful) ดังเช่น

กลุ่มนักศึกษาหญิงและชายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา โดยมีคะแนน AUDIT ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปขณะเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นจำนวน 1 ครั้ง และติดตามในเวลา 3 เดือนต่อมาพบว่าสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีการลดการดื่มสุราลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (14) การคัดกรองผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินร่วมกับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการบำบัดแบบสั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยดื่มสุราลดลงและมีสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ณ เดือนที่ 6 (15)

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการให้การบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินโดยเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพในระดับตีระหว่างปี ค.ศ. 1988-2007 จำนวน 14 การศึกษา โดย 9 การศึกษาอยู่ในสหรัฐอเมริกาและอีก 5 การศึกษาอยู่ในทวีปยุโรป การศึกษาดังกล่าวใช้เวลาการบำบัดนาน 3-4 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ให้การบำบัดจำนวน 1 ครั้ง และการบำบัดใช้หลักการที่หลากหลาย เช่น การเสริมสร้างแรงจูงใจที่ใช้หลัก FRAMES การบำบัดแบบสั้นตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก และตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ผู้ให้การบำบัดแบบสั้นคือพยาบาลที่อยู่ในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอก แพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก นักจิตวิทยา ผู้ช่วยนักวิจัย นักสังคมสงเคราะห์ นักศึกษาปริญญาโทและนักศึกษาปริญญาเอกหรือนักศึกษาจิตวิทยาที่ผ่านการอบรม ผลการศึกษาที่สำคัญมีดังนี้ (40)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการลดการดื่มสุราได้มากกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อติดตาม ณ เดือนที่ 6 โดยค่า serum gamma-glutamyl transpeptidase (GGT) ลดลงอย่างน้อย 1 ใน 3 แต่ ณ เดือนที่ 12 พบว่ามีเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นที่มีการลดการดื่มสุรา และลดปัญหาที่เกิดจากการดื่มได้มากกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นมีการลดการดื่มสุราลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่มี 5 การศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นมีการลดความถี่ของการดื่มหนักเป็นครั้งคราว (heavy episodic drinking) ได้มากกว่าเพศชาย แต่มี 1 การศึกษาที่พบว่าสตรี

ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของการดื่มสุร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ เดือนที่ 12 ของการติดตาม

4. การบำบัดแบบสั้นจะให้ผลได้มากหากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีประสบการณ์ดื่มสุร่าเป็นครั้งแรก และเป็นผู้ที่ดื่มแล้วขับ

การศึกษาการบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินในอเมริกา โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิงร้อยละ 31.0 บำบัดโดยแพทย์ พยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติ นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างที่ผลการคัดกรองเป็นบวกตามแนวปฏิบัติของ NIAAA คือมีการดื่มสุร่าแบบเสี่ยงน้อย (ผู้หญิง < 7 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ หรือ < 3 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง, ผู้ชาย < 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ หรือ < 4 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นจะมีการลดการดื่มต่อสัปดาห์โดยเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม และร้อยละ 28.0 ของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดจะลดการดื่มลง เทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีการลดการดื่มลงเพียงร้อยละ 18.0 (34)

การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาจากการดื่มสุร่าในสถานพยาบาลทั่วไป ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของวิธีการบำบัดที่แตกต่างกันในเพศหญิงและเพศชาย โดยเปรียบเทียบ 3 กลุ่มระหว่างกลุ่มควบคุมที่ให้เพียงคู่มือดูแลตัวเอง กลุ่มบำบัด สองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ stepped care โดยได้รับการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับการดื่ม คู่มือดูแลตัวเองและการบำบัดแบบสั้น 1-3 ครั้งขึ้นอยู่กับผลการบำบัดครั้งก่อนว่าสามารถปรับลดพฤติกรรมกรดื่มให้อยู่ในระดับได้ และการบำบัดแบบ fixed care ที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นทั้งสิ้น 4 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีร้อยละ 34.0 พบว่าสตรีที่ได้รับการบำบัดแบบ stepped care มีการลดการดื่มสุร่าได้มากกว่าเพศชาย ในขณะที่กลุ่มควบคุมและกลุ่ม fixed care ไม่พบการลดการดื่มทั้งเพศชายและหญิง แสดงให้เห็นปัจจัยด้านเพศที่มีผลต่อผลลัพธ์การรักษาโดยเพศหญิงได้ประโยชน์ด้วยวิธีการบำบัดในครั้งแรก และไม่เข้มข้นมาก (36)

การบำบัดแบบสั้นเพียง 1 ครั้ง 15 นาที ครอบคลุม 6 ขั้นตอน หญิง 215 ราย และชาย 772 ราย มีวิธีการบำบัดโดย 1) ขอบคุณผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดครั้งนี้ และให้ความมั่นใจในการรักษาความลับหรือสิ่งที่เป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย 2) ให้ข้อมูลย้อนกลับเรื่องการดื่มสุร่าของผู้ป่วยซึ่งคล้ายคลึงกับการดื่มของผู้ชายหรือผู้หญิงในสังคมนั้นๆ และสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสิ่งที่ได้ยิน 3) ให้ผู้ป่วยบอกถึงข้อดี-ข้อเสียของการดื่มของตนเอง 4) ให้ผู้ป่วยบอกถึงระดับความสำคัญและความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงการดื่มของตนเองในขณะนี้ตามสเกลตั้งแต่



1 ถึง 10 5) กำหนดวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แบบแผนในการดื่มของผู้ป่วยและสนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น 6) ให้เอกสาร/คู่มือพร้อมทั้งข้อความเป้าหมาย/แบบแผนในการดื่ม และใบประเมินคะแนน AUDIT แก่ผู้ป่วย เมื่อทำการติดตามในเดือนที่ 12 ด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์พบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้น กลุ่มควบคุมที่ได้รับการประเมิน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการประเมินมีการเปลี่ยนแปลงการดื่มจากระดับเสี่ยง เป็นระดับเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 35.6, 34.0, และ 37.0 ตามลำดับ, $p = 0.71$) ผู้ป่วยทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าตนเองมีการลดการดื่มลง ลดปัญหาที่เกิดจากการดื่ม และมีการดื่มหนักแบบ binge drinking เป็นบางโอกาส สอดคล้องกับคะแนน AUDIT (9)

การบำบัดแบบสั้น นอกจากจะใช้ได้ผลกับผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous) ที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินแล้ว ยังใช้ได้ผลในการลดปัญหาการดื่มสุราแบบอันตราย (harmful) ที่มารับบริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิด้วย โดยพบว่า**การบำบัดแบบสั้นในกลุ่มหญิงและชายวัยผู้ใหญ่ที่ดื่มสุราในระดับเสี่ยง (hazardous, harmful, heavy หรือ high-risk) ณ สถานบริการสุขภาพเบื้องต้นจำนวน 5 การศึกษาที่ใช้วิธีการวิเคราะห์เมตา** พบข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้ (13)

1) การศึกษาในปี ค.ศ. 1997 ที่วิเคราะห์เมตาในงานวิจัย RCTs จำนวน 8 การศึกษากลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ดื่มหนัก การบำบัดที่ใช้คือ การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational counseling) ที่มีการสะท้อนข้อมูล ให้ความรู้ และให้คำแนะนำค่า Odds Ratio แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นจำนวน 2 ครั้ง จะมีการลดการดื่มหนักเป็นดื่มปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (OR = 1.95; 95% CI = 1.66-2.30) และอัตราการลดการดื่มหนักเป็นดื่มปานกลางของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้น 2 ครั้งจะมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้น 1 ครั้ง (OR = 2.12 และ OR = 1.83 ตามลำดับ)

2) การศึกษาในปี ค.ศ. 1999 ที่วิเคราะห์เมตาในงานวิจัย RCTs จำนวน 7 การศึกษา และติดตามผลในเดือนที่ 6 ถึง 12 การบำบัดแบบสั้นที่ใช้เวลาสั้นมาก คือ 5 ถึง 20 นาทีกับการบำบัดที่ใช้เวลาหลายครั้ง ผลการวิเคราะห์พบว่า**การบำบัดแบบหลายครั้ง** ให้ผลต่อการลดการดื่มสุราลงของกลุ่มสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการบำบัดแบบสั้นมากไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มเพศชายและในกลุ่มเพศหญิง

3) การศึกษาในปี ค.ศ. 2002 ที่วิเคราะห์เมตาในงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มที่ไม่แสวงหาการรักษา พบว่าการทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าอิทธิพลอยู่ระหว่างน้อยถึงปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการดื่มสุราที่อยู่ในกลุ่มทดลอง จะได้ประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

4) การศึกษาในปี ค.ศ. 2003 ที่วิเคราะห์เมตาในงานวิจัยแบบ RCT ที่ใช้การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น ประกอบด้วย**การสะท้อนข้อมูลการดื่ม การให้ความรู้เรื่องการดื่มแบบ**

เสียง กลวิธีการเปลี่ยนแปลงการดื่ม และให้คำแนะนำในการลดการดื่ม โดยใช้เวลา 10-20 นาที จำนวน 5 ครั้ง พบว่าร้อยละ 10.0 ของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมลดการดื่มลง และ

5) การศึกษาในปี ค.ศ. 2004 ประเมินประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นในสถานพยาบาลปฐมภูมิ จำนวน 13 การศึกษาที่เป็นการศึกษาแบบ RCT และมีการติดตามที่เดือนที่ 6 และ 12 ในกลุ่มตัวอย่าง 4 ลักษณะคือ 1) กลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุราที่ไม่เฉพาะเจาะจง ยกเว้นกรณีที่มีปัญหาสุขภาพเด่นชัดหรือผู้ป่วยต้องการ 2) กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำทั่วๆ ไปเกี่ยวกับการดื่มนาน 3-5 นาที (minimal intervention) 3) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นนาน 10-15 นาที โดยการบำบัดแรกจะเน้นเรื่องการสร้างความตระหนักในการดื่มของตนเอง ความเสี่ยงต่อสุขภาพ และกลวิธีการลดการดื่มลง การบำบัดครั้งต่อไป ถ้าผู้ป่วยสามารถมาได้ จะใช้เวลา 3-5 นาที 4) การบำบัดแบบสั้นหลายครั้ง (extended BIs) มีการติดตามเพื่อรับการบำบัดต่อเนื่องหลายครั้งโดยแต่ละครั้งจะให้การบำบัดที่เฉพาะเรื่อง ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้น และการบำบัดแบบสั้นหลายครั้ง ให้ผลดีในกลุ่มที่ดื่มแบบเสียง ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำทั่วไป (minimal intervention) ให้ผลไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อัตราการให้ประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้น ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ minimal intervention และกลุ่มควบคุม (OR = 1.6)

พยาบาลสามารถให้การบำบัดแบบสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยพบว่ามีจำนวน 3 การศึกษา ที่ศึกษาผลของการบำบัดแบบสั้นในกลุ่มผู้ดื่มมากเกินไป (excessive drinkers) ที่บำบัดโดยพยาบาล และมี 1 การศึกษาที่ศึกษาในกลุ่มดื่มแบบเสียง (at-risk drinkers) เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดระหว่างผู้บำบัดที่เป็นพยาบาลกับแพทย์ พบว่าหลังการบำบัด 2 ครั้ง ณ เดือนที่ 6 กับ 12 ของการติดตาม การบำบัดโดยพยาบาลและโดยแพทย์ให้ประสิทธิผลต่อการลดปริมาณและความถี่ของการดื่มได้ไม่แตกต่างกัน

การศึกษาในพยาบาลปฐมภูมิที่ให้การบำบัดแบบสั้นในผู้ที่ดื่มมากเกินไปและผู้ที่ยังไม่ติดสุรา พบว่าค่าเฉลี่ยของ GGT ในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 1.52 เป็น 1.2, $p < 0.05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 1.75 เป็น 2.16 นอกจากนี้ การบำบัดแบบสั้นโดยพยาบาลจำนวน 1 ครั้งนาน 60 นาที และบำบัดครั้งที่ 2 หลังจำหน่ายได้ 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม ณ เดือนที่ 6 มีร้อยละ 78.0 ที่มีการดื่มสุราลดลงมากถึงร้อยละ 63.0-68.0 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ลดการดื่มได้เพียงร้อยละ 7.0

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่ดื่มสุราแบบเสียง (hazardous drinkers) ในสถานพยาบาลปฐมภูมิจำนวน 6 การศึกษา (RCT) ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง 1001 ราย และกลุ่มตัวอย่างเพศชาย 1980 ราย เป็นการศึกษาในสหราชอาณาจักร จำนวน 2 การศึกษาในออสเตรเลีย 1 การศึกษา และในอเมริกา 3 การศึกษา พบว่า หลังให้การ



บำบัดแบบสั้น ณ เดือนที่ 12 ของการติดตาม (มี 1 การศึกษาที่ติดตาม ณ เดือนที่ 6) ทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีการลดการดื่มสุร่าต่อสัปดาห์ในจำนวนใกล้เคียงกัน โดย standardized effect sizes ในการลดการดื่มสุร่าของผู้หญิงและชายมีความคล้ายคลึงกัน (ชาย $d = -0.25$, 95% CI = -0.34-0.17 หญิง $d = -0.26$, 95% CI = -0.38-0.13) และอัตราของความถี่ในการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ก็มี ความคล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มเพศหญิงและเพศชาย (ใน 4 การศึกษา ชายมีค่า OR = 2.32, 95% CI = 1.78-2.93 หญิงมีค่า OR = 2.31, 95% CI = 1.60-3.17) (32)

การบำบัดแบบสั้นในหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุร่าพบว่าสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์หยุดดื่มสุร่าได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมถึง 5 เท่า และทารกแรกเกิดในแม่ที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นจะมีน้ำหนักแรกคลอดและความยาวของลำตัวสูงกว่า อัตราการตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมถึง 3 เท่า (ร้อยละ 0.9 เปรียบเทียบกับร้อยละ 2.9) (37)

การศึกษาการให้การบำบัดแบบสั้น 5-10 นาที โดยพยาบาลในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 51.0 (จำนวน 34 ราย) และเพศชายร้อยละ 49.0 (จำนวน 32 ราย) พบว่าคะแนนเฉลี่ยของ AUDIT ของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ เดือนที่ 12 ของการติดตาม (baseline = 11.1, SD = 5.0 และเดือนที่ 12 = 9.7, SD = 6.6, $t = 2.04$, $p = 0.04$) (17)

ผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นเพื่อลดการดื่มสุร่าของผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ โดย Cochrane review และเป็นการทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1840-2006 พบว่า เป็นงานวิจัยแบบ RCTs จำนวน 22 การศึกษา (มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7,619 ราย) ที่ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า (19)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นจะมีการลดการดื่มสุร่าได้มากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการติดตาม 1 ปี หรือนานกว่า (mean difference = -38 grams/week, 95% CI = -54 ถึง -23) โดยการศึกษาทั้ง 22 เรื่องนี้ เป็นการศึกษาทั้งเพศหญิงและชายจำนวน 12 การศึกษา (ร้อยละ 57.0)

2. เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศ (มี 8 การศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 2,307 ราย) ให้ผลยืนยันว่าการบำบัดแบบสั้นให้ประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายได้อย่างชัดเจน โดยค่า mean difference = -57 grams/week, 95% CI = -89 ถึง -25 แต่ไม่พบในเพศหญิง (mean difference = -10 grams/week, 95% CI = -48 ถึง -29)

ผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่ดื่มสุร่าแบบ (risky) หรือแบบอันตราย (harmful drinkers) ในสถานพยาบาลปฐมภูมิในสหรัฐอเมริกา จำนวน 15 การศึกษา (RCTs) ระหว่างปี ค.ศ. 1994-2002 ที่ใช้หลักการบำบัด 5 ขั้นตอน คือ สะท้อนข้อมูล, แนะนำ, ตัวเป้าหมาย, การสนับสนุนต่อเนื่อง และการติดตาม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีจำนวนหนึ่งในสามของการศึกษามี 3 การศึกษาที่ศึกษาเฉพาะในเพศชายสูงอายุ และ

มี 12 การศึกษาที่แพทย์เป็นผู้ให้การบำบัดแบบสั้นในครั้งแรก ส่วนการบำบัดครั้งต่อมาจะทำโดยแพทย์ หรือผู้ให้การปรึกษาหรือพยาบาล ผลการศึกษาที่น่าสนใจมีดังนี้ (12)

1. การศึกษาที่มีคุณภาพในระดับพอใช้ (7 การศึกษาที่ประเมินโดยผู้วิจัย) ไม่พบประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นต่อการลดการดื่มโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. การศึกษาที่มีคุณภาพในระดับดี (4 การศึกษาที่ประเมินโดยผู้วิจัย) พบว่าการบำบัดแบบสั้นให้ผลต่อการลดการดื่มโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ได้ร้อยละ 13.0-34.0 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการดื่มต่อสัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 2.9-8.7)
3. การศึกษาที่เป็นการศึกษาให้การบำบัดต่อเนื่องหลายครั้ง (multi-contact interventions) และมีคุณภาพในระดับพอใช้ (1 การศึกษาที่ประเมินโดยผู้วิจัย) พบว่าให้ผลต่อการลดการดื่มสุราโดยเฉลี่ยต่อวันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. การศึกษาที่มีคุณภาพในระดับดี (1 การศึกษาที่ประเมินโดยผู้วิจัย) พบว่าไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มโดยเฉลี่ยต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
5. การศึกษาที่มีคุณภาพในระดับดี (5 การศึกษาที่ประเมินโดยผู้วิจัย) พบว่าให้ผลต่อการมีพฤติกรรมกรรมการดื่มในระดับปลอดภัยได้ร้อยละ 10.0-19.0 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม
6. มีจำนวน 2 ใน 4 ของการศึกษาที่มีคุณภาพในระดับดี ที่ให้ผลต่อการลดการดื่มแบบ binge drinking ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
7. ในการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดื่มหนักแบบ binge drinking อย่างน้อยร้อยละ 49.0 ภายหลังการบำบัดยังคงมีการดื่มแบบ binge drinking ร้อยละ 31.0-69.0
8. การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเพศหญิง 53 ราย (ร้อยละ 34.0) จำนวน 1 การศึกษาพบว่าให้ผลต่อการลดการดื่มได้ดีกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น
9. ความแตกต่างในผลของการให้การบำบัดแบบสั้นระหว่างในเพศชายกับในเพศหญิงพบว่ายังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

การทบทวนรายงานการวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมโดยวิธีการบำบัดแบบสั้นเพื่อป้องกันการดื่มสุราแบบเสี่ยง (hazardous) โดย Cochrane Review พบดังนี้ (39)

1. มีรายงานการวิจัยและงานวิจัยของนักศึกษาปริญญาเอกเกี่ยวกับเรื่องนี้จำนวน 478 การศึกษา โดยในจำนวน 27 การศึกษากลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (BI) และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองใช้เวลาการบำบัดที่หลากหลาย มีตั้งแต่ 5 นาที 10-15 นาที และมากกว่า 15 นาทีถึง 60 นาที มี 1 การศึกษาที่ให้การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy)



ทุก ๆ 2 เดือน เป็นเวลา 1 ปี ใช้เวลาการบำบัด 45 นาทีในครั้งแรก ครั้งต่อไปใช้เวลาครั้งละ 20 นาที (6 ครั้ง) ส่วนในการศึกษาอื่นๆ พบว่ามีการใช้ Cognitive Behavior Therapy (CBT) จำนวน 6 ครั้ง ในช่วง 3 เดือนแรก และมีการบำบัดต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 3 ครั้ง ในช่วง 3 เดือนต่อมา วัตถุประสงค์ของการบำบัดคือเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างลดการดื่มลงเหลือครึ่งหนึ่ง หรือดื่มน้อยกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน การติดตามเพื่อรับการบำบัดต่อเนื่องมีตั้งแต่ 1-6 ครั้ง การบำบัดส่วนใหญ่จะประกอบด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ การพูดคุยถึงการดื่มแบบเสี่ยงหรือการดื่มหนัก และให้คำแนะนำในการลดการดื่มลงในระดับเสี่ยงน้อยหรือดื่มแบบมีปัญหามาตามมาน้อยลง

2. มีจำนวน 18 ใน 25 การศึกษา (RCTs) ที่มีคุณภาพของการบำบัดแบบสั้นในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าการบำบัดให้ผลในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใน 18 การศึกษานี้ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างในสถานบริการสุขภาพทั่วไปที่เป็นเพศหญิง 1,614 ราย และเพศชาย 6,198 ราย และใน 25 การศึกษาดังกล่าว มี 6 การศึกษาที่เก็บข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และมี 1 การศึกษาที่เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล และยังพบว่า มี 7 การศึกษาที่การบำบัดมีความหลากหลายตั้งแต่การใช้วิธีให้การปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) จนถึงการใช้รูปแบบของการปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) จำนวน 6-9 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี นอกจากนี้ ยังมี 2 การศึกษาที่พบว่า การบำบัดแบบสั้นให้ผลต่อการลดการดื่มสุราโดยระดับ GGT ของกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากระดับ GGT ของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และให้ผลต่อการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอีก 1 การศึกษาพบว่า การบำบัดแบบสั้นให้ผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุครั้งใหม่และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การศึกษาผลของการบำบัดแบบสั้นในระยะยาวที่ผ่านมาเร็ว ๆ นี้จำนวน 2 การศึกษาพบว่า การบำบัดแบบสั้นสามารถช่วยลดอัตราการตายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรารายหลังได้รับการบำบัด 10-16 ปี ส่วนอีกหนึ่งการศึกษาไม่พบผลในระยะยาวดังกล่าว มีจำนวน 6 การศึกษาที่แสดงให้เห็นผลของการบำบัดแบบสั้นในทางบวกสำหรับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล โดยสามารถลดระดับ GGT ลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ลดปัญหาทางจิตสังคมและปัญหาทางกายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น และมี 1 การศึกษาที่แสดงให้เห็นความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยดีขึ้น

4. การศึกษาที่มีคุณภาพยอดเยี่ยมหลายการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบสั้นในสตรีให้ผลต่อการลดการดื่มสุราของสตรีได้อย่างมาก เช่น การศึกษาของเฟรมมิ่งและคณะ พบว่าในสตรีจำนวน 148 รายมีเกือบบ้อยละ 50.0 ที่ลดการดื่มสุราลงภายหลังได้รับการบำบัดแบบสั้น เมื่อติดตามที่เดือนที่ 12 พบว่ามีสตรีเพียงร้อยละ 22.0 ดื่มสุราเกินระดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีร้อยละ 49.0 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



การศึกษาของวอลแลนซ์ และคณะที่ศึกษาในสตรีจำนวน 272 ราย พบว่าการบำบัดแบบสั้นให้ผลต่อการลดการดื่มสุราของสตรีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และให้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาในเพศชาย ส่วนการศึกษาการบำบัดแบบสั้นขององค์การอนามัยโลก ที่ศึกษาในสตรีจำนวน 299 รายพบว่าสตรีทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการลดการดื่มสุราลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระหว่างกลุ่มไม่พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของสก็อตและแอนเดอร์สันที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่มสตรี ดังนั้นอาจสรุปในเบื้องต้นได้ว่าการบำบัดแบบสั้นให้ผลที่เหมือนกันทั้งในเพศหญิงและเพศชาย

นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดในรูปแบบของการปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive Intervention) โดยมีการนัดติดตามเพื่อรับการบำบัดหลายครั้งร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าให้ผลดีกว่าการบำบัดแบบสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ถึงแม้ว่าการบำบัดแบบสั้นจะให้ผลในทางบวกในหลายการศึกษาที่เป็น RCTs แต่การนำไปใช้ในงานประจำของสถานพยาบาลปฐมภูมิ และการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางสุขภาพนำการบำบัดโดยวิธีนี้ไปใช้ยังพบว่ามีจำกัด อย่างไรก็ตามการศึกษารอบอริยและคณะ ชี้ให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะให้การศึกษารอบอริยแก่บุคลากรทางสุขภาพในการนำการบำบัดแบบสั้นไปใช้ และสิ่งที่จำเป็นต่อการระบุให้ได้ว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีปัญหาการดื่มสุราโดยการมีระบบคัดกรองที่ดี

6. การบำบัดทางจิตสังคมที่เฉพาะกับกลุ่มเป้าหมาย (specific treatment) จะให้ผลดีกว่าการบำบัดทั่วไปหรือแบบมาตรฐาน (usual or standard treatment) เช่น การให้การปรึกษาเพื่อประคับประคองจิตใจ (supportive counseling) เพราะการบำบัดที่เฉพาะจะมีทฤษฎีเป็นฐาน และทำได้โดยผู้บำบัดที่ผ่านการฝึกอบรมโปรแกรมนั้นมาแล้ว รวมทั้งมีคู่มือและจะได้รับการช่วยเหลือแนะนำอย่างเป็นระบบจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น การบำบัดแบบ motivation-enhancing treatment, cognitive behavioral therapy, 12-step treatment หรือ structured interactional therapy.

7. การบำบัดคู่สมรส (Marital therapy) และการบำบัดครอบครัวของผู้มีปัญหาการดื่มสุราพบว่าให้ผลในทางบวก โดยการบำบัดคู่สมรสจะให้ผลได้เท่ากับหรือให้ผลได้ดีกว่าการบำบัดแบบรายบุคคล และหากสามารถให้การบำบัดคู่สมรสของผู้ป่วยได้จะให้ผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงการดื่มสุราของผู้ป่วย

การทบทวนผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นในกลุ่มนักศึกษาที่เป็นการวิจัยแบบ RCTs จำนวน 15 การศึกษา ในแต่ละการศึกษามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีร้อยละ 47.8, 55.0, 57.0, 51.0, 100.0, 56.3, 28.0, 00.0, 65.0, 54.0, 100.0, 60.0, 72.0, 40.0, และ 00.0 ผลการศึกษาโดยการวิเคราะห์แบบ integrative analysis มีดังนี้ (18)



1. **ตัวแปรตาม** พบว่าตัวแปรตามที่ทุกการศึกษาใช้เหมือนกันคือ “การลดการดื่มสุรา” และส่วนใหญ่จะศึกษาผลของการบำบัดแบบสั้นต่อการลดการดื่มสุรา

2. **ลักษณะของการออกแบบการวิจัย** พบว่าการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษา ส่วนใหญ่ใช้การสุ่มแบบ convenience sampling และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกระทำในชั่วโมงแนะนำจิตวิทยามี 7 รายงานที่บำบัดจำนวน 1 ครั้ง หรือ 2 ครั้ง บำบัดโดยติดตามผลระยะยาวตั้งแต่ 2 ปี 4 ปี และ 5 ปี และส่วนใหญ่จะวัดผลหลังการบำบัด ณ สัปดาห์ที่ 2 ถึง 4 ส่วนทฤษฎีที่นำมาใช้สนับสนุนผลการศึกษาคือทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation theory)

3. **จุดแข็งและข้อจำกัด** จุดแข็งที่พบคือ มีการใช้แบบการวิจัยที่เป็น RCTs เพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือสูงเพราะมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการทดลอง มีการนำทฤษฎีมาใช้อธิบายผลการศึกษได้อย่างเหมาะสม เช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือทฤษฎีด้านการศึกษา และได้องค์ความรู้ที่เกิดจากการทดสอบนวัตกรรมการบำบัดแบบใหม่ในการช่วยประชาชนลดการดื่มสุรา

ส่วนข้อจำกัดในการศึกษา ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก หรือกลุ่มตัวอย่างมีการขาดหายไปในช่วงการศึกษา ส่งผลให้อำนาจในการทดสอบทางสถิติลดลง จึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการบ่งชี้ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2) การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษาที่ใช้การสุ่มแบบ convenience sampling อาจทำให้เกิดความลำเอียงในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจะได้รับการบำบัดแบบสั้นอาจไม่ถูกคัดเลือกเข้ามาศึกษา การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกระทำในชั่วโมงแนะนำในจิตวิทยา ซึ่งอาจทำให้ได้กลุ่มที่ดื่มในระดับปานกลางถึงมากเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ผลการศึกษามีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มที่ดื่มสุราหนัก (high-use)

3) การศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้บอกขนาดของอิทธิพล (effect sizes) ซึ่งทำให้ขาดการได้กลุ่มตัวอย่างในขนาดที่เหมาะสมและมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่สองได้ (type II errors)

4) การศึกษาเกือบทั้งหมดมีการติดตามประเมินผลในระยะสั้น ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ที่ 2 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าผลสำเร็จของการบำบัดมีความยั่งยืนหรือไม่

5) การเขียนบรรยายวิธีการทดลองในบางการศึกษามีลักษณะที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

6) มีเพียง 2-3 การศึกษาเท่านั้นที่ระบุถึงทักษะในการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการบำบัดส่วนหนึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยได้รับความรู้และทักษะการจัดการกับความเครียด และอาจได้ผลการศึกษาที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการมีความเครียดสูงกับการดื่มสุรา

7) การศึกษาส่วนใหญ่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยไว้บางประเด็น ทำให้ยากต่อการประเมินว่าแบบวิธีนั้นสามารถตอบโจทย์วิจัยได้หรือไม่อย่างไร ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีคู่มือการทดลองหรือคู่มือการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างชัดเจน

8) มีเพียง 3 การศึกษาเท่านั้นที่รายงานว่ามีกระบวนการตรวจสอบขบวนการ ซึ่งมีความสำคัญต่อการสร้างความมั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดกระทำอย่างถูกต้องตามแนวทางที่กำหนดไว้

9) มีเพียงการศึกษาเดียวเท่านั้นที่ใช้การวัดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ด้วยวิธีที่สามารถพิสูจน์ได้

10) ยังมีข้อสงสัยในเรื่องความตรงและความเชื่อถือได้ของเครื่องมือวิจัยบางชนิดที่ใช้ในการศึกษา เช่น เครื่องมือหรือแบบวัดที่เป็นการรายงานด้วยตนเองเกี่ยวกับข้อมูลการดื่มสุราในอดีตและในช่วงที่ผ่านมาเร็ว ๆ นี้ ซึ่งต้องให้นักย้อนไปในอดีต ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจบิดเบือนจากความเป็นจริง

4. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก

การคัดกรอง ควรทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาด้วยท่าทีที่สงบ นิ่ง และไม่มีทัศนคติทางลบหรือตัดสินผู้ถูกคัดกรอง รับรู้ว่าการดื่มสุราของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเป็นเรื่องที่ทำกันอยู่ทั่วไป ให้ถือว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และเข้าใจปัจจัยที่นำไปสู่การมีความเสี่ยงต่อการดื่มสุราของเขา

สิ่งที่นักวิจัยควรมีหรือควรกระทำ คือ

1) เข้าใจเรื่องสุขภาพจิต เช่น ความเครียด สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด อาการซึมเศร้า ลักษณะการจัดการปัญหา และระบบ/แหล่งสนับสนุน

2) กำหนดผลลัพธ์ของการศึกษาให้ชัดเจน เช่น จำนวนและความถี่ของการดื่มสุราผลที่ตามมาจากการดื่มสุรา

3) ทบทวนทักษะของตนเองต่อการดื่มสุรา

5. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการบำบัดหรือการจัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่างนำทฤษฎีมาสนับสนุนการบำบัด/การจัดกระทำ การให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่กลุ่มตัวอย่างต้องกระทำด้วยท่าทีที่สงบ นิ่ง และไม่ตัดสินเขา การบำบัด/การจัดกระทำต้องทำอย่างต่อเนื่องให้การบำบัดด้วย Brief Motivational Interventions (BMIs) และทำการส่งต่อเมื่อจำเป็น

สิ่งที่นักวิจัยควรมีหรือควรกระทำ คือ

1) อภิปรายร่วมกันในเรื่องการดื่มสุราของนักศึกษา

2) อภิปรายร่วมกันในเรื่องระดับความเข้มข้นสูงสุดของแอลกอฮอล์ในเลือดหรือ

ในลมหายใจ



- 3) อภิปรายร่วมกันในเรื่องผลวิจัยที่ออกมาในทางตรงกันข้าม
- 4) ให้การบำบัดเป็นรายบุคคล
- 5) วัตถุประสงค์ของการบำบัดคือการทำให้เห็นความไม่สอดคล้องกันระหว่างสิ่งที่

คาดหวังกับมาตรฐานทั่วไปของสังคม

6. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดย

1) แบบการวิจัยควรมีลักษณะที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จาก convenience sampling เท่านั้น ใช้เครื่องมือที่เป็นชนิดเดียวกันในการวัดแต่ละครั้ง ทำการศึกษาซ้ำหลายครั้ง ใช้แบบการวิจัยแบบ RCTs การบำบัด/การจัดกระทำในกลุ่มทดลองต้องกระทำควบคู่ไปกับการจัดกระทำในกลุ่มควบคุม การบำบัด/การจัดกระทำควรดำเนินการโดยมีทฤษฎีสนับสนุน ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่พอ ให้ความสนใจกับกลุ่มที่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังการบำบัด กลุ่มตัวอย่างควรมีความหลากหลายของวัฒนธรรมและเชื้อชาติ มีคู่มือดำเนินการวิจัย เพื่อให้ผลวิจัยสามารถตอบโจทย์การวิจัยได้ มีการตรวจสอบขบวนการลดโอกาสที่จะเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ลดโอกาสที่จะก่อให้เกิดภาวะต่อกลุ่มตัวอย่าง นำการบำบัด/การจัดกระทำมาจัดทำเป็นหลักสูตรที่เป็นมาตรฐาน ใช้วิธีการที่จะช่วยเพิ่มการนำผลวิจัยไปใช้อนุมาณในกลุ่มอื่นได้ การเขียนรายงานวิจัยควรพูดถึงขนาดของอิทธิพลด้วย ใช้แบบการวิจัยที่มีการปรับปรุงใหม่

2) เครื่องมือวิจัย ควรใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และการวัดปริมาณการดื่มควรทำพร้อมกับการวัดความถี่ของการดื่ม

3) ผลลัพธ์ของการบำบัด/การจัดกระทำวัดที่การดื่มสุราและวัดผลที่ตามมาจากการดื่ม โดยวัดทั้งผลที่เกิดขึ้นทันที และผลที่เกิดขึ้นในระยะยาวมากกว่า 1 ปี

การบำบัดแบบสั้นที่ใช้เวลา 30 นาที จำนวน 1 ครั้งในกลุ่มผู้ป่วยในที่มีปัญหาด้านสุขภาพกายและมีการดื่มสุราที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ คือดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ หรือดื่มตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปต่อวันที่มีโอกาสดื่ม (ผู้ชาย) และดื่มตั้งแต่ 4 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปต่อวันที่มีโอกาสดื่ม (ผู้หญิงและในผู้ที่มีอายุ 66 ปีขึ้นไป) พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง 40 ราย (ร้อยละ 23.0) และเพศชาย 60 ราย (ร้อยละ 77.0) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการลดจำนวนวันที่ดื่มสุรา การลดการดื่มหนัก และการเพิ่มร้อยละของการหยุดดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ณ เดือนที่ 3 และเดือนที่ 12 ของการติดตาม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการบำบัดแบบสั้นอาจไม่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยใน (11)

2. การบำบัดแบบสั้นชนิดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing; MI)

การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดแบบสั้นชนิดหนึ่ง ที่ให้ประสิทธิผลต่อการลดการดื่มสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย แต่ไม่พบมีการศึกษาชัดเจนในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ผลการทบทวนวรรณกรรม 1 การศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยในอายุ 18-64 ปี ที่มีผลการคัดกรองด้วย AUDIT 8 คะแนนขึ้นไปร่วมกับมีปัญหาด้านจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป ติดตามในระยะ 5 ปี ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างหญิงและชายได้รับการบำบัดแบบ MI จำนวน 29 ราย และ 31 รายตามลำดับและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการชูดข้อแนะนำ (Information pact) (มีจำนวน 26 ราย และ 32 รายตามลำดับ) พบผลการศึกษาที่น่าสนใจดังนี้ (24)

1. ระยะเวลาการมีชีวิตรอด (to first hospital event) ในกลุ่มที่ได้รับ MI มีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean 583 วัน SE 63, และ 392 วัน, SE 52; log rank test $\chi^2_1 = 4.75$, $p = 0.029$)

2. ระยะเวลาการมีชีวิตรอด (to first alcohol-related event approached) ในกลุ่มที่ได้รับ MI มีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean 1261 วัน, SE 70 และ 1092 วัน, SE 72; log rank test $\chi^2_2 = 3.8$, $p = 0.051$)

3. อัตราส่วนของการมีชีวิตรอดถึง 5 ปี ของกลุ่มที่ถูกจัดเป็น hazardous, harmful, และ dependent มีร้อยละ 75.0, 60.0, และ 35.0 ตามลำดับ และระยะเวลาการมีชีวิตรอด (to first alcohol-related event) ในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (hazardous mean 1585 วัน, SE 74; harmful mean 1230 วัน SE 77; dependent mean 884 วัน, SE 90; log rank test $\chi^2_1 = 23.95$, $p = 0.001$)

4. ระยะเวลาการมีชีวิตรอด (to first mental health event) ในกลุ่มที่ได้รับ MI มีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean 788 วัน, SE 75 และ 580 วัน, SE 70; log rank test $\chi^2_1 = 4.53$, $p = 0.033$)

การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในสตรีระหว่างตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษานิสัยสุราโดย Cochrane review และเป็นการทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1806-2007 ซึ่งพบว่าไม่มีงานวิจัยแบบ RCTs เลย จึงมีข้อเสนอแนะที่สำคัญคือ

1) ควรมีการศึกษาเชิงทดลองแบบ RCTs ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์เพื่อให้ทราบชนิด/วิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ดีที่สุดสำหรับสตรีตั้งครรภ์และเพื่อลดอัตราการเกิด fetal alcohol syndrome (FAS)

2) การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมในสตรีตั้งครรภ์ควรใช้กลุ่มตัวอย่างที่มาจากหลายพื้นที่



3) การฝึกอบรมแพทย์ให้มีความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคม ในสตรีตั้งครรภ์อาจช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสม หรือได้รับการส่งต่อไปยัง ผู้ที่เหมาะสม

4) สถานที่ให้การบำบัดอาจเป็นห้องทำงานของแพทย์/ผู้ให้การรักษา ในโรงพยาบาล ในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน หน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา/สารเสพติด หรือสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและปลอดภัย

5) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจควรทำอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์สำหรับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา

6) ประเด็นเหล่านี้ควรได้รับการศึกษาในลักษณะที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ของการบำบัด เวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง การบำบัดแบบรายบุคคลกับรายกลุ่ม ระยะเวลา ที่ให้การบำบัด ชนิดของการบำบัดทางจิตสังคม

7) ควรมีก่อนเปรียบเทียบ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดใดๆ กลุ่มที่ได้รับ placebo หรือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยยา

8) เหตุผลสำคัญของการให้การบำบัดแบบสั้นในสตรีตั้งครรภ์คือเพื่อป้องกันการเกิด FAS และการเกิดอันตรายต่อเด็ก ดังนั้นจึงควรมีการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับอายุครรภ์ขณะคลอด น้ำหนักตัวของเด็ก และอาการของ FAS

9) ผลลัพธ์ของการศึกษาที่สำคัญคือการที่กลุ่มตัวอย่างยังคงเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ความถี่ของการมารับการบำบัด เหตุผลที่ไม่มารับการบำบัด วิธีการประเมินการหยุดดื่มสุรา ความถี่และปริมาณของสุราที่ดื่มต่อสัปดาห์/โอกาส ในระหว่างการติดตาม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ จะช่วยให้ประเมินว่าการบำบัดทางจิตสังคมแบบใดที่จะให้ผลดีที่สุดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มี ปัญหาจากการดื่มสุรา (2)

การบำบัดแบบสั้นในสตรีสูงอายุที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง (hazardous) และใช้ benzodiazepines ในทางที่ผิด โดยการบำบัดแบบสั้นใช้หลักการของ A-FRAMES คือ assessment, feedback, responsibility, advice, menu, empathy และ self-efficacy พบว่าสามารถช่วยให้สตรีสูงอายุ ลดการดื่มสุราและลดการใช้ benzodiazepine ในทางที่ผิดลง (29)

การบำบัดแบบสั้นที่กระทำโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พบว่าแพทย์ชายให้การบำบัดแบบสั้น ในผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรามากกว่าแพทย์หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 71.1 กับร้อยละ 36.0, $p = 0.017$) ประสิทธิภาพให้การบำบัดแบบสั้นของแพทย์ดังกล่าวทำให้ได้ข้อคิดเห็นที่เป็น ประโยชน์คือ ยังไม่ควรจะถามเรื่องการดื่มสุราของผู้ป่วยถ้าหากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับ แพทย์ยังไม่เกิดขึ้น แพทย์ควรรับผิดชอบให้การบำบัดแบบสั้นในผู้ที่ดื่มสุรามากเกินระดับ (excessive drinking) แพทย์เชื่อว่าการบำบัดแบบสั้นจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ดื่มสุรามากเกินระดับ

การถามเรื่องการดื่มสุราก็จะถามเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะที่สงสัยว่าจะดื่มแบบมากเกินระดับอย่างชัดเจน แต่มีบางประเด็นที่ควรพิจารณาคือแพทย์ร้อยละ 88.0 (56 ราย) มีความเห็นว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรู้ว่าตนเองดื่มสุรแบบมากเกินกำหนด ส่วนการให้การบำบัดแบบสั้นโดยพยาบาลแผนกอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ที่ได้รับการฝึกอบรมครั้งเดียว 6-8 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดในหอผู้ป่วยทั้งสองแห่งหลังจากได้รับการบำบัดแบบสั้นแล้ว ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และเมื่อประเมินที่ตัวพยาบาลเองพบว่าพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ในเรื่องการดื่มสุรา/การใช้สารเสพติด และเทคนิคของการบำบัดแบบสั้นมากขึ้น (21)

การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นยังสามารถทำได้ทางเว็บไซต์ โดยพบว่าหญิงและชายจำนวน 187 รายที่ใช้บริการทางออนไลน์ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินความเสี่ยงของการดื่มสุราชนิด AUDIT และ CAGE มีการสะท้อนข้อมูลกลับรายบุคคลมีข้อมูลความรู้/คำแนะนำตามแนวทางของการบำบัดแบบสั้น รวมทั้งมีการประเมินพร้อมให้ข้อมูลเรื่องความเครียดและการเผชิญปัญหาพบว่าร้อยละ 81.0 มีความเห็นว่าเป็นวิธีที่ใช้ได้ง่าย หญิงและชายส่วนใหญ่ให้ความสนใจที่จะวิเคราะห์ว่าตนเองมีการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงสูงหรือไม่ แต่มีบางส่วนที่มีความเห็นว่าจะไม่กลับไปใช้บริการนี้อีกเพราะไม่มีข้อมูลใหม่ๆ ให้ศึกษา ไม่มีเวลาที่จะใช้บริการทางออนไลน์ ไม่ตรงกับความต้องการ ไม่มีข้อมูลที่เพียงพอต่อการช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีเผชิญปัญหา และไม่มีความเป็นส่วนตัว เป็นต้น กลุ่มที่มีการดื่มสุรแบบเสี่ยงสูงและเสี่ยงปานกลางจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความสนใจในข้อมูลเกี่ยวกับแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 46.4$, $df = 2$, $p < 0.001$ และ $\chi^2 = 10.2$, $df = 2$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) และมีร้อยละ 8.0 ที่รายงานว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มหลังจากได้รับการบำบัดแบบสั้นทางออนไลน์ (23) และการศึกษาผลของการบำบัดโดยการสะท้อนข้อมูลการดื่มและการให้ข้อมูลความรู้ผ่านทางออนไลน์ในสหราชอาณาจักรพบว่า นักศึกษาหญิงร้อยละ 69.0 (3,478 ราย) และนักศึกษาชายร้อยละ 31.0 (1,562 ราย) มีค่าเฉลี่ยของการดื่มสุราในแต่ละโอกาสที่ดื่มก่อนและหลังการบำบัดทางออนไลน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean ก่อนบำบัด = 10.22, $SD = 8.17$ และ mean หลังบำบัด = 8.46, $SD = 5.68$) แต่ค่าเฉลี่ยของการดื่มสุราต่อสัปดาห์ และค่าเฉลี่ยของคะแนน CAGE ก่อนและหลังการบำบัดทางออนไลน์พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางออนไลน์ที่มีคะแนน CAGE สูงได้รายงานว่าบำบัดทางออนไลน์ช่วยให้ตนเองได้คิดและตระหนักมากขึ้นเกี่ยวกับปริมาณสุราที่ตนเองเคยดื่ม (33) นอกจากนี้การใช้การบำบัดทางออนไลน์ยังสามารถช่วยป้องกันการดื่มสุรแบบเสี่ยงอย่างได้ประสิทธิผลในกลุ่มนักศึกษาหญิงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยนักศึกษาหญิงในกลุ่มทดลองจะมีการลดปริมาณการดื่มหนักลง และมีปัญหา



ที่ตามมาจากการดื่มสุราเพียง 2-3 ปัญหา และในกลุ่มทดลองที่ดื่มแบบ binge drinkers พบว่า จะลดปริมาณการดื่มลงอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (30)

3. การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)

ในผู้ที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงโดยใช้คอมพิวเตอร์ที่ประกอบด้วยการคัดกรอง AUDIT การสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มที่ได้จาก AUDIT แบบสอบถามความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง แบบสอบถามและข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการติดตาม ณ เดือนที่ 6 กับ 12 พบว่าการติดตาม ณ เดือนที่ 6 กลุ่มทดลองมีการลดการดื่มสุราร้อยละ 35.7 ส่วนกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 20.5 การติดตาม ณ เดือนที่ 12 กลุ่มทดลองมีการลดการดื่มสุราร้อยละ 22.8 ส่วนกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 10.9

4. การบำบัดแบบสั้นทาง web-based (self-guided treatment program)

สำหรับสตรีที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในเขตชนบทของอเมริกาพบว่า ความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายการเปลี่ยนแปลงการดื่ม และการเกิด self-efficacy ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงไม่ได้เป็นตัวทำนายระดับการดื่มที่มากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป แต่ค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลง self-efficacy ระหว่างก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และกลุ่มที่ได้เข้าโปรแกรม web-based เป็นไปในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของระดับการดื่มลดลง แต่ระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (31)

5. การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น

พบว่าใช้ไม่ได้ผลกับผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมที่มีประวัติดื่มสุราในปัจจุบันในลักษณะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยมีการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยหญิง 40 ราย และผู้ป่วยชาย 132 ราย ที่นอนโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางอายุรกรรมและมีการดื่มสุราในลักษณะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หญิงและผู้มีอายุตั้งแต่ 66 ปีขึ้นไปที่ดื่มมากกว่า 11 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ หรือตั้งแต่ 4 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง ส่วนชายคือดื่มมากกว่า 14 ดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ หรือตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง ใช้เวลาการบำบัดนาน 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง พบว่า ณ เดือนที่ 12 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการลดการดื่มหนักลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.193$) และจำนวนวันที่หยุดดื่มในกลุ่มควบคุมมีมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$) ตัวแปรตามในด้านความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา การเข้ารับบริการแผนกฉุกเฉิน หรือจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัด

แบบสั้นไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในด้านการไปขอรับความช่วยเหลือด้านการดื่ม (11)

อัตราการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในวัยรุ่นที่กระทำโดยแพทย์จะสูงขึ้นในกรณีต่อไปนี้

- 1) แพทย์มีความเชื่อในทักษะของตนเองเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุรา
- 2) แพทย์มีแหล่งส่งต่อ และ
- 3) แพทย์ประเมินได้ว่าสัดส่วนของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยวัยรุ่นมีมากขึ้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นๆ ปัญหาการดื่มสุราอีกที่สามารถทำนายอัตราการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในวัยรุ่นโดยแพทย์ เช่น เป็นแพทย์ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา แพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิก หรือแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรเฉพาะทางเป็นต้น (27)

การทบทวนงานวิจัยทางคลินิกในการรักษาปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use disorders) จำนวน 59 การศึกษา (41) พบว่า

1) มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72,052 ราย หลายการศึกษาจะใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายอย่างเดียว ในการศึกษาทั้งสองเพศจะพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84.0) การศึกษาในปี 1970s พบกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเพียงร้อยละ 7.0 ในปี 1980s มีเพศหญิงร้อยละ 17.0 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.0 ในปี 1990s เนื่องจากสถาบันสุขภาพแห่งชาติของอเมริกาเริ่มมีการนำกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเข้ามาศึกษามากขึ้น

2) ค่าเฉลี่ยของร้อยละของเพศหญิงที่เข้าร่วมวิจัยได้เพิ่มจากร้อยละ 3.8 ในปี ค.ศ. 1953-59 เป็นร้อยละ 27.4 ในปี ค.ศ. 1995 ขึ้นไป โดยรวมแล้วค่าเฉลี่ยของร้อยละของเพศหญิงที่เข้าร่วมวิจัยมีร้อยละ 15.8

3) การบำบัดทางจิตสังคมที่ให้ประสิทธิผลอย่างชัดเจนในหลายการศึกษาคือการบำบัดแบบสั้น การฝึกทักษะทางสังคม การใช้ชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุน การบำบัดในคู่สมรส และการจัดการรายกรณี

4) ยาที่ให้ประสิทธิผลในการรักษาคือ กลุ่ม opiate antagonists (naltrexone, nalmefene) และ acamprosate

6. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 5 ครั้ง (หญิง 18 ราย ชาย 42 ราย) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับคู่มือดูแลตัวเอง และโทรศัพท์ติดตาม 5 ครั้ง ในเวลา 7 สัปดาห์พบว่า CBT ให้ผลดีในผู้ติดสุราที่มีอาการนอนไม่หลับ ดังนี้



- 1) กลุ่มที่ได้รับ CBT มีคุณภาพการนอนหลับ มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ เวลาของการตื่นนอน และเวลาของการเข้านอนในแต่ละวันดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม
- 2) ไม่พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการบำบัดแบบรายบุคคลกับการดูแลตนเองในประเด็นความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ
- 3) ณ เดือนที่ 6 ของการติดตามพบว่าร้อยละ 60.0 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยานอนหลับ มีการเปลี่ยนจากการใช้เป็นประจำมาเป็นการใช้เป็นบางครั้ง และ
- 4) การบำบัดแบบ CBT ให้ผลต่อการป้องกันการกลับมาดื่มสุราซ้ำได้เพียงเล็กน้อย (6) ผู้ที่ดื่มสุราและสารเสพติดร่วมกับมีอาการทางจิตครั้งแรก หลังจากได้รับ Brief CBT (4-6 sessions) พบว่าผู้ป่วยสามารถลดความบ่อยของการดื่มสุราและการใช้กัญชาแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบว่า CBT ให้ผลต่อการลดปริมาณการดื่มสุราหรือลดปริมาณการใช้สารเสพติดแต่อย่างใด (4)

7. การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (Twelve-Step Facilitation; TSF)

การทบทวนรายงานการวิจัยอย่างเป็นระบบโดย Cochrane reviews เกี่ยวกับการใช้ Alcoholics Anonymous (AA) หรือ TSF ในผู้ติดสุราทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุมากกว่า 18 ปี เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับหรือได้รับการบำบัดทางจิตใจโดยวิธีอื่นจำนวน 8 การศึกษา (20) พบว่า

- 1) AA สามารถช่วยผู้ติดสุรายอมรับการบำบัดและคงการบำบัดได้มากกว่าการบำบัดโดยวิธีอื่น
- 2) มีบางการศึกษารายงานว่า AA ให้ผลต่ออัตราการคงอยู่ของการบำบัดได้ใกล้เคียงกับการบำบัดโดยวิธีอื่น
- 3) มี 3 การศึกษาที่พบว่า AA ให้ผลต่อปริมาณการดื่มและร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มแตกต่างจากการบำบัดโดยวิธีอื่นเพียงเล็กน้อย
- 4) ความรุนแรงของการติดสุราและผลกระทบของการดื่มไม่ได้มีอิทธิพลต่อการให้ผลลัพธ์ของการบำบัดแบบ AA ที่แตกต่างจากการบำบัดโดยวิธีอื่น และยังไม่สามารถสรุปได้ว่าอัตราการหยุดเข้าร่วมกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลองมีความแตกต่างกัน และ
- 5) ผลจากการศึกษายังไม่สามารถสรุปได้ว่า AA ให้ผลต่อการหยุดดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาด และการศึกษาความแตกต่างของการ remission จากปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use disorders) ระหว่างเพศชาย (229 ราย) และเพศหญิง (232 ราย) ที่เข้าร่วมกลุ่ม AA พบว่าทั้งหญิงและชายที่เข้าร่วม AA เป็นระยะเวลานาน จะลดละการดื่มสุราได้มากขึ้น และเพศหญิงจะมีการเข้าร่วม AA ได้นานกว่าชายรวมทั้งได้รับประโยชน์จาก AA มากกว่าชาย (10) เช่น

ร้อยละของการมีปัญหามาจากการดื่มสุราลดลงมากกว่าชาย (baseline หญิง = 94.4 ชาย = 94.8, 1-ปี หญิง = 45.3 ชาย = 57.6, 8-ปี หญิง = 31.9 ชาย = 45.4, 16-ปี หญิง = 28.4 ชาย = 39.7)

ปริมาณการดื่มสูงสุด (ออนซ์) ของหญิงก็ลดลงมากกว่าชาย (baseline หญิง = 11.8 ชาย = 13.1, 1-ปี หญิง = 3.5 ชาย = 4.7, 8-ปี หญิง = 5.8 ชาย = 3.0, 16-ปี หญิง = 1.5 ชาย = 2.6)

ร้อยละของการดื่มสุราเพื่อลดความตึงเครียดของหญิงก็ลดลงมากกว่าชาย (baseline หญิง = 88.3 ชาย = 79.8, 1-ปี หญิง = 39.8 ชาย = 50.0, 8-ปี หญิง = 28.1 ชาย = 41.2, 16-ปี หญิง = 29.4 ชาย = 35.5)

8. การบำบัดแบบ Intensive Out-Patient Treatment (STND)

ผู้ป่วยที่ติดสุรา และ/หรือโคเคน เมื่อได้รับการบำบัดแบบ STND คือจะได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม 2 ครั้ง/สัปดาห์ โดยใช้รูปแบบของการให้คำปรึกษา (addiction counseling) และหลักการ 12 ขั้นตอน (12 step) พบว่าจะมีร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราหรือหยุดใช้โคเคน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบให้คำปรึกษาแบบสั้นและติดตามทางโทรศัพท์ (telephone monitoring and brief counseling, TEL) แต่ทั้งกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ STND, TEL และการป้องกันการกลับดื่มซ้ำรายบุคคล (Relapse Prevention; RP) พบว่า 1) ร้อยละ 60.0-69.0 จะหยุดดื่มสุรา/หยุดใช้โคเคนในช่วง 1-3 เดือนระหว่างได้รับการบำบัด 2) ร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มลดลงจาก 93.0 ของช่วง 1-3 เดือนแรก เป็น 80.0-86.0 ในช่วง 10-12 เดือนต่อมา 3) อัตราการหยุดดื่มลดลงประมาณร้อยละ 45.0-50.0 ในช่วง 10-12 เดือนต่อมา (5)

9. การบำบัดแบบสั้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังได้พบว่า มีนักวิชาการพยายามพัฒนาการบำบัดแบบสั้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self efficacy) เพื่อให้พยาบาลในสถานบริการสุขภาพทั่วไป หรือพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน/วิกฤต สามารถนำไปใช้กับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราได้ รูปแบบการบำบัดแบบสั้นที่ส่งเสริมการรับรู้ในความสามารถของตนเอง จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาจากการดื่มสุรา โดยมี 9 ขั้นตอน คือ การพูดคุยในระยะเริ่มแรก (preliminary discussion) การให้ข้อมูลและความรู้ที่จำเป็น (acquiring and providing information) การควบคุมตนเอง (self monitoring) การเพิ่มความตระหนักในตนเอง (increasing awareness) การประเมินสถานการณ์และการเลือกใช้วิธีการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม (situation - appraisal and appropriate coping strategies) การกำหนดเป้าหมาย (goal setting) การกลับป่วยซ้ำ (relapse)



การประเมินตนเองและการเสริมสร้างศักยภาพของตนเอง (self evaluation and self reinforcement) การพัฒนาการบำบัดแบบสั้นในหลักการดังกล่าวใช้กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มสุราในระดับเสี่ยง (hazardous or harmful alcohol consumption) เพศหญิง 32 ราย และเพศชาย 183 ราย อายุระหว่าง 18-75 ปี ทำการบำบัดโดยพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที/ราย ได้ผลของการบำบัดคือผู้ป่วยสามารถลดระดับการดื่มสุราของตนเองลงได้ (25)

โดยสรุป ประเด็นที่พบเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมในผู้มีปัญหาการดื่มสุราคือ ไม่ปรากฏว่ามีรูปแบบที่เฉพาะสำหรับสตรี วิธีการบำบัดในวรรณกรรมต่างประเทศที่ให้ประสิทธิผลต่อ หญิงและชายที่มีการดื่มสุราแบบ hazardous, harmful, risk, heavy, หรือ binge drinking คือการบำบัดแบบสั้น (BI) ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ และที่แผนกฉุกเฉิน โดยสามารถช่วยลดพฤติกรรม การดื่มแบบอันตราย/เสี่ยงให้เป็นระดับเสี่ยงต่ำ เพิ่มความถี่ของการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ลดการดื่ม เฉลี่ย/วัน/สัปดาห์ ลดผลกระทบที่ตามมาจากการดื่มมีสุขภาพดีขึ้น การทำหน้าที่ของระดับดีขึ้น บางการศึกษาพบว่าสตรีที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นจะลดความถี่ของการดื่มหนักได้มากกว่าผู้ชาย ในสตรีสูงอายุที่ดื่มสุราหลังจากได้รับการบำบัดแบบสั้นจะมีการลดการดื่มลงอย่างชัดเจน การคัดกรองและให้การบำบัดแบบสั้นในสตรีที่มาใช้บริการ ณ สถานพยาบาลปฐมภูมิ จะให้ ประสิทธิภาพต่อการลดการดื่มลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าจะมีการติดตามในระยะยาวถึง 1 ปี ก็ยังพบว่าได้ผลอยู่

การบำบัดแบบสั้นใช้เวลาสั้นที่สุดตั้งแต่ 5 นาทีจนถึงนานที่สุดคือ 60 นาที จำนวนการ บำบัดคือ 1-4 ครั้ง ขั้นตอนการบำบัดไม่ซับซ้อนเพราะมีสาระสำคัญ 4 องค์ประกอบหลักคือ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback), การให้คำแนะนำ (advice), การกำหนดเป้าหมายการดื่ม (goal setting), และให้เอกสาร/คู่มือการดูแลตนเอง (self help manual) ร่วมกับการนัดติดตาม ครั้งต่อไป (follow up) วิชาชีพที่สามารถให้การบำบัดแบบสั้นได้หลังจากผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้บริการปรึกษา เป็นต้น

ผลการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุมหลายการ ศึกษาพบว่า การบำบัดแบบสั้นยังให้ผลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน กล่าวคือ บางการศึกษาได้ผลดี กับผู้ป่วยชายมากกว่า บางการศึกษาได้ผลดีทั้งสองเพศ หรือได้ผลไม่แตกต่างกัน และมีบางการ ศึกษาได้ผลดีกับสตรีสูงอายุ การบำบัดแบบสั้นที่มีการติดตามให้มารับการบำบัดมากกว่า 1 ครั้ง (extended BI) จะให้ประสิทธิภาพต่อการลดการดื่มสุราแบบอันตรายของสตรีได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

ข้อเสนอแนะเพื่อกำหนดแนวทางการวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรีมีดังนี้

1. พัฒนาระบบการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นในสตรีที่มารับบริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ และที่แผนกฉุกเฉิน
2. ฝึกอบรมบุคลากรในสถานพยาบาลปฐมภูมิและที่แผนกฉุกเฉินให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการมีความรู้ มีทักษะการคัดกรองและการให้การบำบัดแบบสั้น และให้การคัดกรองด้วยท่าทีสงบ เป็นมิตรกับผู้รับบริการที่เป็นสตรี
3. กำหนดนโยบายให้ทุกสถานพยาบาลปฐมภูมิมีระบบการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นสำหรับสตรีที่มารับบริการด้วยปัญหาทางกาย
4. ศึกษาผลของการให้การบำบัดแบบสั้นในกลุ่มสตรีที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบ hazardous หรือ harmful drinkers โดยออกแบบการวิจัยเป็น RCT
5. ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้การบำบัดแบบสั้นระหว่างผู้หญิงและผู้ชายที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยออกแบบการวิจัยเป็น RCT
6. พัฒนาโปรแกรมการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นทางเว็บไซต์สำหรับสตรีวัยรุ่นไทย หรือกลุ่มนักเรียน นักศึกษาหญิงไทย
7. ผู้ให้การบำบัดแบบสั้นมีการทบทวนทัศนคติของตนเองต่อการดื่มสุราอย่างสม่ำเสมอ และเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตในแง่มุมต่าง ๆ
8. ทีมผู้ให้การบำบัดแบบสั้นมีการพูดคุย อภิปรายร่วมกันในเรื่องการกำหนดผลลัพธ์ของการบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยสตรี และเลือกวิธีการประเมินที่น่าเชื่อถือได้ เช่น ร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น โดยมีวิธีวัดผลการบำบัดที่เกิดขึ้นทันที ผลในระยะต่อมา ผลในระยะ 1 ปี และผลในระยะยาว เช่น อัตราการรอดชีวิต
9. ศึกษาเชิงทดลองแบบ RCTs ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์เพื่อให้ทราบชนิด/วิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ดีที่สุดสำหรับสตรีตั้งครรภ์และเพื่อลดอัตราการเกิด FAS
10. ฝึกอบรมแพทย์ให้มีความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคมในสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสม
11. กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ควรได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์



ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเข้ารับการรักษาและการฟื้นฟูจากการเสพติดสุราของสตรี

การศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มบันทึกประวัติของผู้ป่วยพบว่า ปัจจัยทำนายการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยหญิง 147 ราย และผู้ป่วยชาย 272 ราย ที่มารับบริการในคลินิกสุราในสหราชอาณาจักร ได้แก่ การมีอายุมาก การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น เครือญาติ การดื่มสุราในปริมาณ 2-3 ดื่มมาตรฐานต่อวัน การไม่ใช้สารเสพติด ช่วงเวลาที่ประเมินกับช่วงที่เริ่มบำบัดรักษามีระยะเวลาไม่ห่างกันมาก การมีที่อยู่อาศัยใกล้คลินิก และการมีการสอบถามข้อมูลจากคลินิกก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา ส่วนปัจจัยทำนายการเข้ารับการรักษาติดตามอย่างต่อเนื่องคือ การมีอายุมาก ช่วงเวลาที่ประเมินกับช่วงที่เริ่มบำบัดรักษามีระยะเวลาไม่ห่างกันมาก และการเลือกโปรแกรมการบำบัดแบบมีโครงสร้างที่ใช้เวลา 6 สัปดาห์มากกว่าที่จะเลือกการบำบัดที่เน้นระดับประคองทางจิตใจเท่านั้น (38)

การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การฟื้นฟูจากการติดสุราของสตรีที่ติดสุราในอเมริกาจำนวน 12 ราย โดย 6 รายยังคงอยู่ในระหว่างการบำบัดในชุมชนที่ใช้เวลา 90 วัน และอีก 6 ราย ดีขึ้นมากกว่า 5 ปี พบว่า “การมีความเชื่อมโยง” และ “การไม่มีความเชื่อมโยง” (connectedness and disconnectedness) เป็นแก่นสาระสำคัญของการติดสุราและของกระบวนการฟื้นฟูจากการติดสุราของสตรี เนื่องจากความเชื่อมโยงหมายถึงการที่สตรีมีการเชื่อมโยงกับข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของตนเอง โดยการบอกเล่าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลสำคัญในครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้อง การปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมักจะไม่ได้พูดในรายละเอียดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูในวัยเด็กของตนเอง แต่จะพูดในช่วงที่ตนเองเป็นวัยรุ่นที่มีความรู้สึกเจ็บปวดโดดเดี่ยว แยกจากครอบครัว และถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน สตรีกลุ่มนี้ยังได้พูดถึงความต้องการที่จะเชื่อมโยงประสบการณ์ในวัยเด็กที่มีผลต่อวัยผู้ใหญ่ของตนเอง แต่ส่วนใหญ่บอกเล่าถึงสิ่งแวดล้อมในบ้านที่ไม่เป็นระเบียบ ไม่มีความสุข และสับสนวุ่นวาย บางรายเล่าถึงการแตกแยกครอบครัว โดยมีพ่อหรือแม่ดื่มสุราและใช้ความรุนแรง (7)

ส่วนกระบวนการที่ไม่เชื่อมโยงหมายถึงการบอกเล่าถึงความรู้สึกที่แปลกแยก โดดเดี่ยว พลัดพรากในช่วงวัยต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยรุ่น เพราะถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน รู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน ไม่มีเพื่อนสนิท ไม่มีคนรัก เพื่อนที่เข้ามาหาเพียงเพื่อต้องการสิ่งของบางอย่างจากตนเองเท่านั้น รู้สึกครอบครัวไม่รัก ไม่สนใจ ไม่เป็นที่ต้องการของแม่ สิ่งเหล่านี้ทำให้พวกเขารู้สึกไม่เชื่อมโยงกับผู้อื่น และถอยห่างจากคนอื่นมากขึ้น และยังมองว่าตนเองขาดทักษะทางสังคม การใช้สุราและสารเสพติดก็เพื่อให้ตนเองหนีจากคำว่า connectedness และเพื่อการเติมเต็มความรักให้ตนเอง (7)

กระบวนการทำให้เกิดการเชื่อมโยงใหม่ (process of reconnecting) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สตรีเหล่านี้ใช้ในช่วงการฟื้นฟูตนเอง โดยการบอกเล่าวิธีการที่พวกเขาใช้เชื่อมโยงกับผู้อื่นใหม่ การเข้าหาผู้อื่นก่อนในวิธีที่แตกต่างออกไปจากเดิม เช่น การเปลี่ยนจากการมีปฏิสัมพันธ์แบบผิวเผินมาเป็นแบบเชิงลึกมากขึ้น เชื่อมโยงตนเองใหม่ในด้านความรู้สึกสัมผัส และจิตวิญญาณ หาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากภายนอก เช่น แหล่งบริการทางสุขภาพ ประกันสังคม แหล่งจ้างงาน ส่วนกลุ่มแอลกอฮอล์นิรนาม (AA) หรือ Narcotics Anonymous (NA) ช่วยทำให้ตนเองมีสัมพันธภาพกับสตรีรายอื่นๆ ได้แก่ การเป็นพี่เลี้ยงให้ตนเอง (sponsor) การได้เชื่อมโยงตนเองใหม่กับครอบครัว กับตนเอง และกับอำนาจเหนือตน (higher power) (7)

ในขณะที่การศึกษาเชิงคุณภาพอีกเรื่องหนึ่งในอเมริกาพบว่าปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟูตนเองของสตรีที่เสพติดสุราคือ การเข้าร่วมโปรแกรมอย่างจริงจัง การหาระบบสนับสนุน การแก้ไขพฤติกรรมเดิมในอดีต การยอมรับว่าการฟื้นฟูจากการติดสุราเป็นกระบวนการที่ใช้เวลาตลอดชีวิต และการได้ช่วยฟื้นฟูสตรีที่ติดสุราด้วยกัน ส่วนปัจจัยที่จะเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นฟูตนเองคือ ความเครียดในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกถูกตีตรา/อคติว่าเป็นผู้หญิงชั่วร้าย และการที่ต้องจัดการกับความเจ็บปวดทางใจในวัยเด็ก (42)

อุปสรรคที่ทำให้สตรีที่มีปัญหาการดื่มสุราหลีกเลี่ยงเข้ารับการบำบัดรักษาหรือเข้ารับการบำบัดรักษาช้าเกินไป ได้แก่ ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเองที่ถูกสังคมกำหนดว่า ‘ผู้หญิงไม่ควรดื่มสุรา’ การมีความละเอียดและมีความรู้สึกผิดจากการที่ตนเองไม่สามารถควบคุมหรือดูแลตนเองได้ มีการกระทำที่ไม่เหมาะสม หรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนปกติ นอกจากนี้การที่สตรีกลุ่มนี้ไม่ต้องการที่จะถูกรับรู้ว่าตนเองเป็นคนไม่ดีพอจึงหลีกเลี่ยงเข้ารับการบำบัดรักษา แต่ก็มีปัจจัยที่ส่งเสริมให้สตรีแสวงหาการรักษาปัญหาสุราของตนเองคือ แรงผลักดันจากบุคคลสำคัญในชีวิต และการได้พูดคุยปัญหากับผู้อื่น เช่น ปัญหาเรื่องสุขภาพ หรือเรื่องงานที่พวกเธออาจประสบถ้าหากไม่เข้ารับการบำบัดรักษา (43)

จากวรรณกรรมข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้บำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพของสตรีที่เสพติดสุรา โดยให้เข้าใจโลกทัศน์ภายในของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง เข้าใจกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เปิดกว้างต่อการนำการบำบัดแบบ 12 ขั้นตอนมาใช้ และหากกลยุทธ์การนำผู้ป่วยเหล่านี้เข้ารับการบำบัดรักษาให้เร็วที่สุด



การบำบัดรักษาอาการถอนพิษสุรา

การทบทวนรายงานการวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการถอนพิษสุรา โดย Cochrane review พบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้ยารักษาอาการถอนพิษสุราที่เป็น RCTs มีจำนวน 82 การศึกษา โดยส่วนใหญ่ใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ส่วนยาชนิดอื่นได้แก่ antiepileptics, α 2-agonists, β -receptor antagonists, calcium antagonists, magnesium, antipsychotic drugs, and thiamine และในแต่ละการศึกษาให้ผลที่สอดคล้องกัน คือ benzodiazepines ช่วยลดอาการ autonomous hyperactivity (perspiration, tremore, palpitation และอื่น ๆ) (39)

การศึกษาโดยวิธีวิเคราะห์เมตาของงานวิจัยจำนวน 5 การศึกษาที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มคัดเลือกเข้ามาในการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเมื่อได้รับยาในกลุ่ม benzodiazepines จะให้ผลในการป้องกันอาการ delirium และ withdrawal seizures ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ placebo (39)



เอกสารอ้างอิง

1. Aalto M, Varre T, Pekuri P, Seppa K. The role of general practitioners' working style and brief alcohol intervention activity. *Addiction* 2003;98:1447-51.
2. Lui S, Terplan M, Smith EJ. Psychosocial interventions for women enrolled in alcohol treatment during pregnancy: review [Online]. [cited 2009 Feb 2]; Available from: URL:<http://www.thecochranelibrary.com>
3. Sommers MS, Wray J, Savage C, Dyehouse JM. Assessing acute and critically ill patients for problem drinking. *Dimens Crit Care Nurs* 2003;22(2):76-88.
4. Kemp R, Harris A, Vurel E, Sitharthan T. Stop using stuff: Trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems. *Australas Psychiatry* 2007;15(6):490-3.
5. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Morgenstern J, Forman RF, Pettinati HM. Do patient characteristics and initial progress in treatment moderate the effectiveness of telephone-based continuing care for substance use disorders?. *Addiction* 2005;100:216-26.
6. Currie SR, Clark S, Hodgins DC, el-Guebaly N. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral intervention for insomnia in recovering alcoholics. *Addiction* 2004;99:1121-32.
7. Masters C, Carlson DS. The process of reconnecting: Recovery from the Perspective of Addicted Women. *J Addict Nurs* 2006;17:205-10.
8. Heather N, Dallolio E, Hutchings D, Kaner E, White M. Implementing routine screening and brief alcohol intervention in primary health care: A Delphi Survey of expert Opinion. *J Subst Use* 2004; 9(2):68-85.
9. Daeppen JB, Gaume J, Bady P, Yersin B, Calmes JM, Givel JC, Gmel G. Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency departments: A Randomized Controlled Clinic Trial. *Addiction* 2007;102:1224-33.
10. Moos RH, Moos BS, Timko C. Gender, Treatment and self-help in remission from alcohol use disorders. *Clin Med Res* 2006;4(3):163-74.
11. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Freedner N, Dukes K, Kraemer KL, Roberts MS, Guerriero RT, Samet JH. Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use. *Ann Intern Med* 2007;146:167-76.
12. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:557-68.
13. Hyman Z. Brief interventions for high-risk drinkers. *J Clin Nurs* 2006;15:1383-96.
14. Helmkamp JC, Hungerford DW, Williams JM, Manley WG, Furbee PM, Horn KA, Pollock DA. Screening and brief intervention for alcohol problems among college students treated in a university hospital emergency department. *J Am Coll Health* 2003;52 (1):7-16.
15. Crawford M, Patton R, Touquet R, Drummond C, Byford S, Barrett B, Reece B, Brown A, Henry J. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: A Pragmatic randomized Controlled Trial. 2004;364:1334-9. Available from: URL:www.thelancet.com,



16. นิชาภัทร บุญสวัสดิ์กุลชัย. การป้องกันการดื่มสุรามีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
17. Kaner E, Heather N, Doughty J, Crawshaw A, McNamee P, Purdy S, Pearson P. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Adv Nurs* 2006;54(4): 426-39.
18. Fager JH, Melnyk BM. The effectiveness of intervention studies to decrease alcohol use in college undergraduate students: An Integrative Analysis. *Worldviews Evid Based Nurs* 2004;1(2):102-19.
19. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations [Online]. 2007 [cited 2009 Feb 2]; Available from: URL:mhtml:file:///J:\Crochran review\Crochren review\Crochran 1.mht
20. Ferri MMF, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence [Online]. [cited 2009 Feb 2]; Available from: URL:mhtml:file:///J:\Crochran review\Crochren review\Crochran 3.mht
21. Grupp K. Enhancing nurse assessment of alcohol and drig dependency: A Preliminary Study. *J Addict Nurs* 2004;15:81-4.
22. วนิดา พลเชียงสา. การแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลบ้านไผ่ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
23. Westrup D, Futa KT, Whitsell SD, Mussman L, Wanat SF, Koopman C, Winzelberg A, Matano R. Employees' reactions to an interactive website assessing alcohol use and risk for alcohol dependence, stress level and coping. *J Subst Use* 2003;8(2):104-11.
24. Hulse GK, Tait RJ. Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult inpatients with psychiatric disorders. *Addiction* 2003;98:1061-8.
25. Holloway AS, Watson HE, Starr G. How do we increase problem drinkers' self-efficacy? A nurse-led brief intervention putting theory into practice. *J Subst Use* 2006;11(6):375-86.
26. Delva J, Smith MP, Howell RL, Harrison DF, Wilke D, Jackson DL. A study of the relationship between protective behaviors and drinking consequences among undergraduate college students. *J Am Coll Health* 2004;53(1):19-26.
27. Millstein SG, Marcell AV. Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States. *Pediatrics* 2003;111(1):114-22.
28. Roberts AM, Marshall EJ, Macdonald AJD. Which screening test for alcohol consumption is best associated with 'at risk' drinking in older primary care attenders?. *Primary Care Mental Health* 2005;3:131-8.
29. Finfgeld-Connett DL. Treatment of substance misuse in older women: Using a Brief Intervention Model. *J Gerontol Nurs* 2004:31-7.
30. Chiauuzi E, Green TC, Lord S, Thum C, Goldstein M. My student body: A High-Risk drinking Prevention Web Site for College Students. *J Am Coll Health* 2005;53(6):263-74.
31. Finfgeld, Madsen R. Web-based treatment of alcohol problems among rural women. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008;46(9):46-53.

32. Ballesteros J, Gonzalez-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are wqually effective in men and women. *Addiction* 2004;99:103-8.
33. Bewick BM, Trusler K, Mulhern B, Barkham M, Hill A. The feasibility and effectiveness of a web-based personalized feedback and social norms alcohol intervention in UK university students: A Randomised Control Trial. *Addict Behav* 2008;33:1192-8.
34. Peter M, editor. Brief intervention effective in reducing unhealthy drink among at-risk emergency department patients. *The Brown University Digest of Addiction Theory and Application* 2008;Apr.
35. Ed Management. Alcohol screening can reduce readmissions [Online]. 2008;81-2. [cited 2009 Feb 2]; Available from: URL:www.ena.org/ipinstitute/SBIRT/default.asp.
36. Reinhardt S, Bischof G, Grothues J, John U, Meyer C, Rumpf HJ. Gender differences in the efficacy of brief interventions with a stepped care approach in general practice patients with alcohol-related disorders. *Alcohol & Alcoholism* 2008;43(3):334-40.
37. O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health* 2007;97(2):252-8.
38. Jackson KR, Booth PG, McGuire J, Salmon P. Predictors of starting and remaining in treatment at a specialist alcohol clinic. *J Subst Use* 2006;11(2), 89-100.
39. Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andreasson S, Ojehagen A. Treatment of alcohol abuse: An Evidence-Based review. *Alcohol Clin Exp Res* 2003;27(10):1645-56.
40. Nilsen P, Baird J, Mello MJ, Nirengerg T, Woolard R, Bendtsen P, Longabaugh R. A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *J Subst Abuse Treat* 2008; 35:184-201.
41. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002;97:265-77.
42. Brewer MK. The contextual factors that foster and hinder the process of recovery for alcohol dependent women. *J Addict Nurs* 2006;17:175-80.
43. Jakobsson A, Hensing G, Spak F. The role of gendered conceptions in treatment seeking for alcohol problems. *Scand J Caring Sci* 2008;22:196-202.
44. สิริดา อธิระวัฒน์สกุล, จิราพร สุวรรณธีรางกูร, วราภรณ์ ปัญณวลี. การดื่มและมาตรการเพื่อลดการดื่มสุรา: กรณีศึกษา 2 ชุมชนภาคเหนือ. *เอกสารเผยแพร่ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา*; 2549.



เพศภาวะและการดื่มสุราของสตรี

IWFเพศภาวะ:

เพศภาวะ (Gender) คือภาวะที่แตกต่างกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชายซึ่งสังคมมนุษย์เป็นผู้กำหนด โดยการกล่าวอ้างหรือการประกอบสร้างทางสังคมที่เกี่ยวพันกับความสัมพันธ์และโอกาสในสังคมเพราะการเป็นชายหรือหญิง โดยเพศภาวะกำหนดความคาดหวังผู้หญิงหรือผู้ชายว่าเป็นอย่างไร ร่วมกับการยินยอมและให้คุณค่าหญิงหรือชายในบริบทที่ได้รับมอบมาจากสังคม ในสังคมส่วนใหญ่ผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างและความไม่เสมอภาคในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบที่ได้รับมาจากสังคม หน้าที่ที่ทำได้ การเข้าถึง และควบคุมทรัพยากร รวมทั้งโอกาสในการตัดสินใจ ดังนั้น เพศภาวะจึงถูกใช้เพื่อกำหนดลักษณะต่างๆ ของผู้หญิงและผู้ชายในบริบททางสังคมหนึ่งๆ ที่ดำรงชีวิตอยู่ (1, 31)

ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้จะนำเสนอมุมมองของเพศภาวะทางด้านชีววิทยา และเพศภาวะทางด้านบทบาททางเพศตามความคาดหวังของสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา และผลกระทบจากการดื่มสุรา ดังนี้

IWFเพศภาวะด้านชีววิทยา

เพศภาวะเป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานทางชีววิทยาที่มีต่อเพศสรีระ หรือลักษณะที่ปรากฏภายนอก และอวัยวะที่แสดงความเป็นหญิงหรือชาย เช่น ลักษณะร่างกายของผู้ชายจะมีกล้ามเนื้อ มีหนวดเครา ลูกกระเดือก และอวัยวะเพศชาย เป็นต้น ส่วนผู้หญิงมีหน้าอก มีมดลูก มีสเปกพวย สามารถตั้งครรภ์ได้ เป็นแม่ และสามารถให้นมลูกได้ (15, 28)

เพศสรีระของหญิงจึงสามารถอธิบายอันตรายที่พบในสตรีที่ดื่มสุราที่แตกต่างจากชาย ได้แก่ การเป็นโรคกระดูกพรุนในสตรีที่ดื่มสุราอย่างเรื้อรังและดื่มหนัก (22, 23, 24) ประจำเดือนมาไม่ปกติ มีบุตรยาก และเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วขึ้น ฮอโมนเอสโตรเจนในสตรีจะลดลง ร่วมกับการเพิ่ม glucocorticoids ซึ่งมีผลต่อการกดภูมิคุ้มกันในร่างกายของสตรี (23, 24, 25) เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคเมรังเต้านมในสตรีที่ดื่มสุราแบบ moderate drinkers โดยเฉพาะสตรีวัย 23-30 ปีและวัยหลังหมดประจำเดือนจะยังมีความเสี่ยงสูงเพราะแอลกอฮอล์มีผลต่อการลดการหลั่งฮอโมนเอสโตรเจน และความเสี่ยงในการเกิดโรคเมรังเต้านมในสตรีจะสูงขึ้นประมาณร้อยละ 9.0 เมื่อสตรีดื่มแอลกอฮอล์ทุก ๆ 10 g/วัน (50)

เพศสรีระของหญิงยังเกี่ยวข้องกับอาการเมาสุราที่แตกต่างจากชาย เนื่องจากการดูดซึมและการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในร่างกายของผู้หญิงมีไม่เท่ากับผู้ชาย เพราะร่างกายของผู้หญิงจะมีไขมันมากกว่าในขณะที่แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมได้ดีในน้ำมากกว่าในไขมัน ซึ่งหมายถึงหญิงจะมีระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ (Blood Alcohol Concentration; BAC) สูงกว่าชายเมื่อดื่มในปริมาณที่เท่ากัน ผู้หญิงจึงมีอาการเมาสุราได้เร็วกว่าผู้ชาย อาการเมาสุราของผู้หญิงที่เกิดได้เร็วกว่าชาย ยังเกี่ยวข้องกับการที่ร่างกายของผู้หญิงมีการผลิตน้ำย่อย Gastric Alcohol Dehydrogenase (GADH) ได้น้อยกว่าผู้ชาย จึงทำให้การเผาผลาญแอลกอฮอล์ของผู้หญิงแตกต่างจากชาย นอกจากนี้ในช่วงก่อนและขณะมีประจำเดือนและการดูดซึมแอลกอฮอล์ของผู้หญิงจะเร็วขึ้นกว่าปกติ ผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดการดูดซึมแอลกอฮอล์เข้าสู่กระแสเลือดจะเร็วกว่าผู้หญิงที่ไม่รับประทานยาคุมกำเนิด เมื่อแอลกอฮอล์ถูกดูดซึมได้เร็วจึงทำให้มีอาการเมาสุราได้เร็วขึ้น (29)

เพศภาวะ:ต้นแบบทางเพศ (gender roles) ตามความคาดหวังของสังคม

บทบาททางเพศของหญิงชายตามเพศภาวะมีความเกี่ยวข้องกับเพศสรีระของหญิงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะร่างกายของผู้หญิงที่มีมดลูกจึงถูกใช้ในกระบวนการเจริญพันธุ์เพื่อผลิตแรงงานให้กับสังคม บทบาทของผู้หญิงจึงถูกกำหนดให้มีหน้าที่หลักในการผลิตสมาชิก เป็นผู้เลี้ยงดูลูก และรับผิดชอบงานในบ้าน (28) สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่สังคมเชื่อว่าเหมาะสมสำหรับปัจเจกบุคคลตามเพศของเขาและเธอ บทบาทของหญิงชายตามเพศภาวะจึงเกิดขึ้นจากการเรียนรู้มีมาแต่กำเนิดและจะแตกต่างกันไปในวัฒนธรรมหนึ่งสู่วัฒนธรรมหนึ่ง และจากคนรุ่นหนึ่งไปยังคนอีกรุ่นหนึ่ง เปลี่ยนแปลงในกาลเวลาที่ผ่านไปเพราะผลพวงจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ การศึกษา เทคโนโลยี ศาสนา และโครงสร้างทางการเมือง (1) จึงทำให้เกิดวิธีคิดว่าพื้นที่สำหรับผู้หญิงคือบ้าน ผู้หญิงจึงต้องดูแลบ้าน ดูแลลูก ให้ความสุขและการสนับสนุนด้านกำลังใจแก่สามี ส่วนเรื่องนอกบ้านเป็นหน้าที่ของผู้ชาย ผู้ชายควรเป็นผู้ออกไปปฏิบัติภารกิจนอกบ้าน ภายนอกบ้านอันเป็นพื้นที่สาธารณะ จึงเท่ากับเป็นการเปิดพื้นที่ให้ผู้ชายได้รับโอกาสต่างๆ ในชีวิตมากกว่าผู้หญิง (30)

ดังนั้นการที่ผู้ชายและผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคมให้มีความสำคัญในบทบาทที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผู้หญิงเป็นฝ่ายที่ถูกเอาเปรียบและถูกกดขี่จากสังคมที่ผู้ชายเป็นใหญ่ (patriarchal society) ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่อีกฝ่ายหนึ่งรู้สึกต่ำต้อยกว่า และต้องพึ่งพิงอีกฝ่าย ผู้หญิงจึงพยายามเปลี่ยนแปลงและเคลื่อนไหวในสังคมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคม (egalitarianism) (3, 4, 5, 13, 15, 17)



บทบาทหญิงชายตามเพศภาวะ (gender roles) และความสัมพันธ์ของหญิงชายตามเพศภาวะ (gender relations) ได้เพิ่มความเสี่ยงในการดื่มสุราให้สตรีและเพิ่มความเสี่ยงของผู้ชายจากอุดมการณ์ของ “ความเป็นชาย” ที่ครอบงำสังคมอยู่คือ “**ลูกผู้ชายต้องดื่มเหล้า**” (14, 18) ส่งผลให้สตรีมีความเปราะบางต่อการได้รับความรุนแรงจากชายที่มีเมานเมาสุรา โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 70.0-80.0 จะมีประสบการณ์การใช้ความรุนแรงต่อสตรีและเด็ก โดยการทุบตี ทำร้าย ช่มชืด กระทบช้ำเราบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น ทำให้สตรีต้องตกอยู่ในภาวะยากลำบาก ไม่กล้าบอกเล่าให้ใครฟังเพราะมีทัศนคติที่ถือว่เป็นเรื่องน่าอับอายและเป็นความบกพร่องของตนเอง (18) เมื่อสตรีอยู่ในภาวะอารมณ์ตึงเครียด เคร้า เสียใจ ไม่สบายใจ มีความขัดแย้งกับคู่สมรสหรือผู้อื่น และมีประวัติถูกกระทำทางเพศ หรือถูกทารุณกรรมทางเพศซ้ำแล้วซ้ำอีกจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมดื่มสุรามากขึ้น (14, 21) เพราะสตรีกลุ่มนี้มักจะตอบสนองอารมณ์ดังกล่าวด้วยการดื่มสุรามากกว่าเพศชาย

บทบาทหญิงชายตามเพศภาวะได้มีอิทธิพลต่อวิถีคิดและการตัดสินใจในการแสวงหาการรักษาปัญหาสุราของตนเอง โดยเพศหญิงจะแสวงหาการเยียวยารักษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของตนเองก็ต่อเมื่อได้รับแรงกดดันหรือการพยายามผลักดันจากบุคคลสำคัญ เช่น เพื่อนสนิท ญาติสนิท หรือแฟน/คู่รัก หรือแม้แต่พยาบาล แพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ ที่พวกเขาสามารถมีอิทธิพลให้ตนเองต้องทำตาม ซึ่งสะท้อนถึงการที่สตรีตกอยู่ภายใต้อำนาจของผู้อื่นอย่างจำนน ในขณะที่เพศชายมีเหตุผลของตนเองในการแสวงหาการรักษาปัญหาสุราคือ เพื่ออนาคตที่จะได้กลับเข้าไปทำงานได้อีก เพื่อให้คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น หรือเพื่อรักษาใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ของตนเองได้ เป็นต้น ซึ่งจะแตกต่างจากผู้หญิงโดยสิ้นเชิงตรงที่ผู้ชายเน้นการมองไปในอนาคตและมุ่งที่ตนเองมากกว่า ส่วนผู้หญิงจะเน้นที่ภาวะปัจจุบันและขึ้นกับผู้อื่น นอกจากนี้บทบาทหญิงชายตามเพศภาวะยังสามารถเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาการรักษาของหญิงและชายที่เสพติดสุราได้แตกต่างกันคือ ผู้ชายจะเกิดความรู้สึกอายและละอายแก่ใจ (shame and embarrassment) ที่ตนเองไม่สามารถจะควบคุม/จัดการเกี่ยวกับการดื่มสุราของตนได้ และความล้มเหลวนี้เป็นสัญญาณของความอ่อนแอ พวกเขาจึงหลีกเลี่ยงที่จะไปพบแพทย์หรือผู้บำบัด ซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้หรือการมองตนเองว่าเป็นผู้ที่สามารถควบคุม/จัดการได้ด้วยตนเอง และเป็นเพศที่เข้มแข็ง เมื่อไม่เป็นไปอย่างที่ดี ผู้ชายจึงปฏิเสธที่จะยอมรับความเป็นจริงอันส่งผลให้พลาดโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น ส่วนผู้หญิงจะมีความอายและรู้สึกผิด (shame and guilt) ที่ตนเองไม่สามารถดูแลตัวเองให้ทำหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ และเกิดความอายหลังจากสร้างมาแล้วเพราะไม่รู้ว่าตนเองไปทำอะไรไว้บ้างในขณะที่เมานเมาสุรา รวมทั้งไม่สามารถที่จะยอมรับได้ว่า ‘**ตนเองเป็นคนไม่ดีพอ**’ และไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าตนเองมีปัญหาการดื่มสุราเพราะพวกเขารู้เพียงว่า ‘**ผู้หญิงคือผู้ที่เลี้ยงดูลูก**’ และ ‘**ผู้หญิงคือสตรีที่ดี**’ อันสะท้อนถึงการถูกหล่อหลอมจากสังคมวัฒนธรรมให้รับรู้ถึงความเป็นหญิง และความเป็นชายว่าต้องมีลักษณะอย่างไร (21)



บทบาทของหญิงชายตามเพศภาวะยังได้มีอิทธิพลต่อเส้นทางและผลกระทบของการดื่มสุราของหญิงชาย เพราะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะกำหนดขอบเขตของความเสี่ยงในการดื่มสุราของผู้ชายและผู้หญิง กำหนดแบบแผนการดื่มสุรา และกำหนดวิธีการโต้ตอบของชุมชนและสังคมด้วยว่าเป็นอย่างไร ดังเช่นความเชื่อและค่านิยมเรื่องความเท่าเทียมกัน (egalitarianism) (2) โดยการดื่มสุราของสตรีแสดงถึงการมีความเท่าเทียมกับผู้ชาย (3, 4, 5, 13, 17) สังคมวัฒนธรรมมองว่าการดื่มสุราหรือการเมาสุราเป็นสิ่งที่ผู้ชายสามารถกระทำได้และเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผู้ชาย ในขณะที่สตรีในหลายประเทศถูกคาดหวังจากสังคมว่าเป็นผู้ที่ไม่ดื่มสุราและเป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องงานบ้าน (6, 13) เมื่อสตรีได้รับการศึกษาและมีรายได้เป็นของตนเองมากขึ้น ทำให้สถานะทางสังคมของสตรีไม่ใช่ช้างเท้าหลังที่เพียงแต่อยู่บ้านเลี้ยงดูลูก และดูแลบ้านแต่เพียงอย่างเดียว แต่ผู้หญิงออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้น หาเงินช่วยเหลือครอบครัวได้เช่นเดียวกับผู้ชาย การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงตัวเองของสตรีทั้งในด้านบทบาทการทำงาน และการเข้าสู่สิ่งแวดล้อมที่เดิมเป็นพื้นที่ของผู้ชายเท่านั้น ทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราของสตรีมีมากขึ้นเพื่อแสดงถึงความเท่าเทียมกับชายและแสดงถึงความเป็นอิสระในตนเองของสตรี (6, 13, 17) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงในบทบาททางเพศของสตรีจึงนำไปสู่การเพิ่มโอกาสในการดื่มสุราของสตรีมากขึ้น (16, 17)

การที่สตรีมีบทบาทมากขึ้นหลายด้านในเวลาเดียวกัน ทั้งบทบาทของการเป็นแม่บ้าน เป็นภรรยา เป็นแม่ เป็นคนงาน หรือเป็นพนักงาน ทำให้แบบแผนการดื่มสุราของสตรีมีความแตกต่างกัน โดยผลการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Cohort study) ในอเมริกาพบว่า สตรีที่ถูกจ้างงานจะมีการดื่มสุราบ่อยและดื่มหนักในช่วงอายุ 45-54 ปี หลังจากนั้นสตรีกลุ่มนี้จะลดการดื่มลง และการดื่มสุราในลักษณะดังกล่าวมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.0 ในปี ค.ศ. 1964 เป็นร้อยละ 6.0 ในปี ค.ศ. 1967 และเพิ่มเป็นร้อยละ 10.0 ในปี ค.ศ. 1979 ส่วนสตรีที่ไม่ถูกจ้างงานจะดื่มสุราบ่อย และดื่มหนักในช่วงอายุ 35-44 ปี และจะลดการดื่มลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยการดื่มดังกล่าวในช่วงที่ศึกษาพบว่ามีระดับคงที่คือร้อยละ 2.0-3.0 (17) ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์กันระหว่างแนวโน้มของการดื่มสุรามากขึ้นกับกำลังหรืออำนาจในการซื้อของสตรี

ลักษณะการดื่มสุราของสตรีในแต่ละสังคมวัฒนธรรมยังมีความแตกต่างกันตามการให้คุณค่าและความคาดหวังของสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ กล่าวคือในประเทศแถบเอเชียสตรีต้องดื่มแบบดื่กรึ่มสูง ผสมอ่อนๆ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมกับสตรีคือ เบียร์ และไวน์ (7, 8, 9, 10, 11) ส่วนในประเทศแถบอเมริกาและออสเตรเลีย พบว่านักศึกษาหญิงนิยมดื่มเหล้า (spirits) มากที่สุด (ร้อยละ 43.0) รองลงมาคือเบียร์ (ร้อยละ 41.0) และแม้ว่าการศึกษาในอีก 25 ปีต่อมาก็ยังพบว่าเหล้ายังคงเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักศึกษาหญิงอเมริกาและออสเตรเลียนิยมดื่มมากที่สุดเช่นกัน (16)



บทบาททางเพศและความแตกต่างในความเป็นหญิงเป็นชายในแนวคิดทฤษฎีสตรีนิยมได้แบ่งกลุ่มสตรีนิยมออกเป็นดังนี้ (18, 19, 20, 31)

กลุ่มแนวทางเสรีนิยม (liberal feminism) มีแนวคิดว่าการถูกกดขี่ การขาดสิทธิและโอกาสของสตรีที่กำหนดโดยวัฒนธรรมและกฎเกณฑ์ต่างๆ ของสังคม ทำให้สตรีถูกปิดกั้นไม่ให้เข้ามาเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในโลกของสาธารณชน เพราะสังคมมีความเชื่อผิดๆ ว่า โดยธรรมชาติแล้วสตรีมีความสามารถทางสติปัญญาด้อยกว่าผู้ชาย สตรีนิยมกลุ่มนี้จึงเชื่อว่าถ้าให้โอกาสสตรีเท่าเทียมกับผู้ชายทั้งในด้านอาชีพ การจ้างงาน และการศึกษา สตรีจะสามารถแสดงออกซึ่งศักยภาพต่างๆ ได้เต็มที่ แข่งขันกับผู้ชายได้ และมีความเท่าเทียมกันกับผู้ชาย แนวคิดเชิงสตรีนิยมกลุ่มนี้จึงเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการที่สตรีสามารถเต็มสุราได้เช่นเดียวกับเพศชาย

กลุ่มแนวทางหัวรุนแรง (radical feminism) หรือสตรีนิยมสายถอนรากถอนโคน มีแนวคิดว่าการกดขี่สตรีเกิดขึ้นเพราะพวกเธอเป็นผู้หญิง (เพราะความเป็นเพศหญิงของเธอ) ซึ่งเป็นผลมาจากระบบของโครงสร้างสังคม กฎหมาย และสถาบันต่างๆ ที่ชายเป็นใหญ่ คือผู้ชายมีความเหนือกว่าผู้หญิงในทุกๆ ด้าน ความเป็นรองของผู้หญิงจึงมีสาเหตุมาจากความต้องการที่เหนือกว่าของผู้ชาย สตรีนิยมกลุ่มนี้จึงเชื่อว่าวิธีที่จะเปลี่ยนสถานภาพที่ย่ำแย่ของผู้หญิงให้ดีขึ้น จำเป็นต้องถอนรากถอนโคนระบบที่มีผู้ชายปกครอง

กลุ่มแนวทางสังคมนิยม (socialist feminism) อธิบายถึงวัฒนธรรมในสังคมที่มีลักษณะของความไม่เท่าเทียมทางเพศอันเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ของระบบชายเป็นใหญ่และระบบทุนนิยมในสังคม ทำให้เกิดโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจที่ผู้ชายอยู่ในฐานะที่ได้เปรียบ หรือพื้นที่ของผู้ชายในสังคมมีมากกว่าพื้นที่ของผู้หญิง การอธิบายเรื่องการถูกกดขี่ของผู้หญิงจำเป็นต้องทำความเข้าใจในพื้นที่ส่วนตัวของผู้หญิงด้วย เช่น ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ และหน้าที่การให้กำเนิดบุตรของสตรี เป็นต้น

กลุ่มแนวทางมาร์คซิสต์ (marxist feminism) กลุ่มนี้เชื่อว่าลัทธิทุนนิยมหรือระบบเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรมเป็นสาเหตุของการกดขี่ผู้หญิง เพราะระบบทุนนิยมอุตสาหกรรมทำให้เกิดการแบ่งการทำงานออกเป็น 1) งานบ้านที่ถือว่าไม่ก่อให้เกิดผลผลิต ไม่มีคุณค่า และไม่มีค่าตอบแทน 2) งานนอกบ้านซึ่งเป็นงานที่ก่อให้เกิดผลผลิต มีค่าตอบแทน โดยระบบนี้พยายามที่จะให้ผู้หญิงรับผิดชอบทำแต่งานบ้าน เพื่อให้ประโยชน์ต่อผู้ชายในการสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ และนายทุนไม่จำเป็นต้องจ่ายค่าแรงสูงขึ้นเพราะมีผู้หญิง/ภรรยาทำงานบ้านให้อยู่แล้ว การต่อสู้ของสตรีในกลุ่มนี้มุ่งที่การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรม

กลุ่มแนวทางเชิงวัฒนธรรม (cultural feminism) ที่เชื่อว่าผู้หญิงมีคุณลักษณะแตกต่างจากชายที่เหนือกว่าคือการมีความอ่อนหวาน เข้าอกเข้าใจคน มีความอดทน เสียสละ และพร้อมที่จะร่วมมือ ซึ่งถือเป็นคุณสมบัติที่เป็นพลังสร้างสรรค์ที่ยิ่งใหญ่ สตรีนิยมกลุ่มนี้จึงเน้นที่การหาวิธีการสร้างสรรค์วัฒนธรรมสตรี เพื่อให้สตรีมีพลังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษยชาติ (20)

แนวคิดเชิงสตรีนิยมกลุ่มแนวทางหัวรุนแรง กลุ่มแนวทางสังคมนิยม กลุ่มแนวทางมาร์กซิสต์ และกลุ่มแนวทางเชิงวัฒนธรรม อาจใช้อธิบายความเกี่ยวข้องกับการตีมูลค่าของสตรีได้ไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการกำหนดแนวทางวิจัยและแนวทางการแก้ไขปัญหาการตีมูลค่าและการเสพติดสุราของสตรีมีดังนี้

1. การศึกษาเกี่ยวกับการตีมูลค่าและการบำบัดรักษาปัญหาการตีมูลค่าของสตรีในทุกประเด็น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้มุมมองของเพศภาวะมาเป็นฐาน
2. มีการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของสตรี รวมถึงการบำบัดรักษาปัญหาการตีมูลค่าของสตรีโดยใช้แนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับสตรีในบริบทของสังคมไทย



เอกสารอ้างอิง

1. วีระดา สมสวัสดิ์. เพศสภาวะและแอลกอฮอล์. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
2. Kubicka L, Csemy L. Women's gender role orientation predicts their drinking pattern: A follow-up Study of Czech Women. *Addiction* 2008;103(6):929-37.
3. Jhingan HP, Shyangwa P, Sharma A, Prasad KMR, Khandelwal SK. Prevalence of alcohol dependence in a town in Nepal as assessed by the CAGE Questionnaire. *Addiction* 2003;98:339-43.
4. อวิศา จันทร์แสนตอ. ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
5. สุภัทตรา โสมชัย. พฤติกรรมการดื่มสุราของสตรีผู้ไทยกับวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
6. Medina-Mora E. Drinking and the oppression of women: The Mexican experience. *Addiction* 1994; 89:958-60.
7. นิชาภัทร บุญสวัสดิ์กุลชัย. การป้องกันการดื่มสุรามีส่วนร่วมในกลุ่มนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
8. Janghorbani M, Ho SY, Lam TH, Janus ED. Prevalence and correlates of alcohol use: a population-based study in Hong Kong. *Addiction* 2003;98:215-24.
9. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: ไซดา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลัสซิง; 2550.
10. พนิดา นามจันดี. ความชุกและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอสีชมพู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขอนแก่น เขต 5 จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
11. เขมณัฐ สินสายสอ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเพศหญิง หมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
12. Lau-Barraco C, Skewes MC, Stasiewicz PR. Gender differences in high-risk situations for drinking: Are they mediated by depressive symptoms?. *Addict Behav* 2008;34(1):68-74.
13. สลิดา วีระวัฒน์สกุล, จิราพร สุวรรณธีรางกูร, วราภรณ์ ปัญณวลี. การดื่มและมาตรการเพื่อลดการดื่มสุรา: กรณีศึกษา 2 ชุมชนภาคเหนือ. *เอกสารเผยแพร่ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา*; 2549.
14. Gidycz CA, Loh C, Lobo T, Rich C, Lynn SJ, Pashdag J. Reciprocal relationships among alcohol use, risk perception, and sexual victimization: A Prospective Analysis. *J Am Coll Health* 2007;56(1): 5-14.
15. Thai Nuke. Gender. [Online]. 2007 [cited 2009 Feb 4]; Available from: URL:<http://www5.sac.or.th>
16. Engs R, Hanson DJ. Gender differences in drinking patterns and problems among college students: A Review of the Literature. *J Alcohol Drug Educ* 1990;35(2):36-47.

17. Fillmore KM. When angels fall: Women's drinking as cultural preoccupation and as reality. In: Sharon WC, Linda BJ, editors. Alcohol problems in women: antecedents, consequences, and Intervention. New York: Guilford Press; 1984. p. 7-36.
18. จะเด็จ ชาวีวิไล. เหล้า: ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก. ใน: การประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 2, ธันวาคม 2549; กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2549. หน้า 56-7.
19. Beasley C. Starters on the feminist menu: liberal, radical and Marxist/socialist feminisms. In: What is feminism?: An introduction to feminist theory. London: SAGE; 1999. p. 51-64.
19. Hunt J. Feminism and nursing [Online]. [cited 2008 Sep 5]; Available from: URL:<http://www.ciap.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/stvin98/a5.html>
20. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตสตรีไทยระหว่างปี พ.ศ. 2526-2537. Thai Journal Nursing Research 2541;2(2):53-66.
21. Jakobsson A, Hensing G, Spak F. The role of gendered conceptions in treatment seeking for alcohol problems. Scand J Caring Sci 2008;22:196-202.
22. Kovacs E, Messingham KAN. Influence of alcohol and gender on immune response. Alcohol Res Health 2002;26(4):257-63.
23. Cook LJ. Educating women about the hidden dangers of alcohol. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004;42(6):24-31.
24. Register TC, Cline JM, Shively CA. Health issues in postmenopausal women who drink. Alcohol Res Health 2002;26(4):299-307.
25. Crochran Review. Alcohol: A women's health issue [Online]. [cited 2009 Jan 12]; Available from: URL:[mhtml:file:///J:/Crochran review\Crochren review\Women and drinking.mht](mhtml:file:///J:/Crochran%20review/Crochren%20review/Women%20and%20drinking.mht)
26. Sampson W. Alcohol and other factors affecting osteoporosis risk in women. Alcohol Res Health 2002;26(4):292-8.
27. Gavalier JS. Should we consider an acceptable drinking level specifically for postmenopausal women? Preliminary findings from the postmenopausal health disparities study. Alcohol and Alcoholism 2005;40(5):469-73.
28. นันทพร แสนสิริพันธ์. มิติทางสังคมวัฒนธรรม: การตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดของหญิงชายในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
29. Cook LJ. Educating women about the hidden dangers of alcohol. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004;42(6):24-31.
30. นภาพร หะวานนท์. คู่มือการด้านสตรีศึกษาต่อสังคมไทย. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2547.
31. สุชาดา ทวีสิทธิ์. เพศภาวะ: การทำทายร่าง การค้นหาตัวตน. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2547.





Alcohol Consumption
and Alcohol Dependent
Among Women



Alcohol Consumption and Alcohol Dependent Among Women

**แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)**

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถ.เข่างิ้ว ต.พญา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 053-280228 ต่อ 236, 525
โทรสาร 053-273201
www.i-mapthailand.org