

อภิบาลทนาย



สำนักหอสมุด



รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเข้ายวน
เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูง
ในเขตภาคเหนือตอนล่าง

Model for Behavioral Changed to Reduce the Consumption of
Alcohol in Agricultural Housewife in
Extreme Consumption Area of Lower Northern Part



สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันลงทะเบียน 1 ส.ค. 2562
เลขทะเบียน 1019๑๕9
เลขเรียกหนังสือ 9 HV ๖๖๖

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน
จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ

๗๒๔๙๘
๕๕๖๐

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ประจำปีงบประมาณ 2560

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเฝ้ายวน 2) เพื่อลดการบริโภคสุราใน สตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง 3) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดื่มของสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสูง 4) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร และ 5) เพื่อประเมินผลรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีเกษตรกรพื้นที่ตำบลหนองกุลา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยประชากรเป็นผู้ที่ดื่ม แอลกอฮอล์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และตาม เกณฑ์คัดเข้า จำนวน 150 คน

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเฝ้ายวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการ ปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบ ความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ และ 4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกาย และ อารมณ์ หลังประเมินผล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนและ หลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวัง ในผลลัพธ์และพฤติกรรมการดื่มก่อนและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value < 0.001) และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (P -value < 0.001)

คำสำคัญ: หลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเฝ้ายวน, พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์, สตรีเกษตรกร

Abstract

This research was conducted by Action Research, the objective was to develop a behavioral modification model based on the persistence of seduction. To reduce alcohol consumption among women housewives in high-alcohol drinking areas in the lower northern region and to study the drinking behavior of women housewives in areas with high drinking rates. To study the effectiveness of the alcohol consumption modification program for female housewives. To evaluate the patterns of alcohol consumption behavior of female housewife. The population used in this research were farmers in Nong Kula Sub-district, Bang Rakam District, Phitsanulok Province. The population is alcoholic. Sample selection the researcher selected the sample by simple random sampling. And according to the criteria of 150.

The study found that the model of behavioral modification based on the persistence of seduction to reduce alcohol consumption among female housewives in high-alcohol drinking areas in the lower northern region consisted of group activities: 1) self-successful learning experiences in refusing alcohol, 2) To see the model or experience of others in refusing to drink alcohol. 3) Using words to convince people to believe themselves to refrain from drinking alcohol; and 4) To promote physical and emotional state. After evaluation, the experimental group had the average score of self-efficacy before and after experiment, there was a statistically significant difference at .05 level, with mean scores of expected results and pre- and post-test drinking behavior at the 0.05 level of significance. When analyzed by using the Repeated Measure ANOVA, it was found that the experimental group had the mean score of self-efficacy statistically significant difference at .05 level (P-value <0.001). The mean score of Alcohol Reduction was difference significantly (p <0.001)

Keywords: Persistence of seduction, Alcohol Drinking, Thai Female Farmers

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและคณะขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอบางระกำ ผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุลา ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ในการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน ตลอดจนศูนย์ปัญหาวิจัยสุราที่สนับสนุนทุนในการวิจัย

ขอขอบคุณ คุณพิชญ์ อาดอ่ำ ตลอดจนจนสตรีเกษตรกรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ที่ให้การสนับสนุน และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผศ.วิมาลา ชโยดม คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ได้ให้โอกาส และสนับสนุน ตลอดจนให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อคิดทางวิชาการให้งานวิจัยนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ครอบครัว และผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน



สารบัญ

บทที่		หน้า
	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาของปัญหา.....	1
	จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
	ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2	เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	7
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องต้มแอลกอฮอล์.....	10
	ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ.....	12
	สถานการณ์การดื่มสุราในประเทศไทย.....	16
	การดื่มสุราในสตรีและผลกระทบจากการดื่มสุราในกลุ่มสตรี.....	17
	สุรากับหญิงตั้งครรภ์.....	18
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	26
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
	วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	28
	การประเมินผลเชิงปริมาณ.....	30
	การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม.....	31
	วิธีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลแบบมีส่วนร่วม.....	31
	การวิเคราะห์และสรุปการประเมิน.....	31

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	ผลการวิจัย.....	32
	ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	32
	ตอนที่ 2 ข้อมูลแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์	34
	ตอนที่ 3 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย หลักความยั่งยืนหยุดจากสิ่งเขี้ยววน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้าน เกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง	36
	ตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืน หยุดจากสิ่งเขี้ยววน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มี อัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง	37
	ตอนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4....	38
	ตอนที่ 6 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการ ทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4	39
5	บทสรุป.....	42
	สรุปผลการวิจัย	42
	อภิปรายผล	46
	ข้อเสนอแนะ.....	48
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	48
	บรรณานุกรม.....	49
	ภาคผนวก.....	55

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกับโอกาสเกิดอุบัติเหตุจราจร	14
2	แสดงความสัมพันธ์ของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกับโอกาสเกิดอุบัติเหตุจราจร	29
3	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของสตรีแม่บ้านเกษตรกร	33
4	แสดงจำนวนและร้อยละแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มสตรีเกษตรกร	34
5	การวิเคราะห์แบบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดื่มสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร	35
6	แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง	37
7	แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลองที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 2 3 และ 4	38
8	แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มควบคุมที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 2 3 และ 4	38
9	แสดงค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลองที่ระยะก่อนทดลองหลังการทดลองครั้งที่ 1 2 3 และ 4	39
10	แสดงค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มควบคุมที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 2 3 และ 4	40

บทสรุปผู้บริหาร

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการค้ำสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากนั้นประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเฝ้ายวน 2) เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง 3) เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการค้ำของสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสูง 4) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร และ 5) เพื่อประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีเกษตรกรพื้นที่ตำบลหนองกู่ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยประชากรเป็นผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 150 คน ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการลดพฤติกรรมกรรมการค้ำแอลกอฮอล์ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ รูปแบบการลดพฤติกรรมกรรมการค้ำแอลกอฮอล์ในกลุ่มสตรีเกษตรกร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ 1) กระบวนการสังเกตของตนเอง 2) กระบวนการตัดสินใจ และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง การประเมินผลโปรแกรมโดยกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 5 ครั้ง คือ ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามแบบวัดความสามารถแห่งตนในการลดการดื่มแอลกอฮอล์และแบบวัดพฤติกรรมกรรมการค้ำแอลกอฮอล์ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีเกษตรกรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายละเอียดข้อมูลทั่วไป ดังนี้

อายุ พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีอายุ 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยสตรีเกษตรกรมีอายุเฉลี่ย 49 ปี

สถานภาพสมรส พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมา มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 10.0

ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมา มีระดับการศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.7

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 7,501 - 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 7,533 บาทต่อเดือน

ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีรายได้ในครอบครัวพอใช้จ่ายต่อเดือนและมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมา มีรายได้ในครอบครัวพอใช้จ่ายต่อเดือนแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 23.3

จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน 4 - 6 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมา มีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน 1 - 3 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

ข้อมูลแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีเกษตรกรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ในด้านต่างๆ ดังนี้

สาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก คือ เพื่อนชักชวน/ดื่มตามเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมา มีสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอยากลอง เพื่อเข้าสังคม และคลายเครียด/ลดความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 43.3 26.7 และ 20.0 ตามลำดับ โอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมา มีโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยง และมีคนชวน คิดเป็นร้อยละ 90.0 และ 86.7 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการดื่มสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Multivariate Analysis ระหว่างระดับการดื่มสุรากับปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีแม่บ้านเกษตรกร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบลำดับ (Ordinal Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter ซึ่งพิจารณานำตัวแปรที่มี p-value < 0.05 จากการวิเคราะห์แบบ univariate เข้ามาวิเคราะห์ในโมเดล

พบว่า สตรีเกษตรกรที่มีอายุมากกว่า จะมีโอกาสดื่มสูงกว่าสตรีเกษตรกรที่มีอายุต่ำกว่า คิดเป็น 1.04 เท่า (OR_{adj} 1.04, 95% CI: 0.98-1.10)

สตรีเกษตรกรที่เป็นหม้าย จะมีโอกาสดื่มสูงกว่าเกษตรกรที่สมรสหรือมีคู่ 3.76 เท่า (OR_{adj} 3.76, 95%CI: 1.15-12.33)

สตรีเกษตรกรที่มีการศึกษาระดับประถม จะมีโอกาสดื่มสูงกว่าเกษตรกรที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าประถม 3.14 เท่า (OR_{adj} 3.14, 95%CI: 1.26-7.86)

สตรีเกษตรกรที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีโอกาสดื่มต่ำกว่าเกษตรกรที่มีสตรีเกษตรกรที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาท 0.61 เท่า (OR_{adj} 0.61, 95% CI: 0.22-1.64)

สตรีเกษตรกรที่ปลูกข้าว จะมีโอกาสดื่มสูงกว่าสตรีเกษตรกรที่ปลูกอ้อย 3.49 เท่า (OR_{adj} 3.49, 95% CI: 1.27-9.63)

สตรีเกษตรกรที่มีความเพียงพอของรายได้ จะมีโอกาสดื่มสูงกว่าสตรีเกษตรกรที่ไม่มีความเพียงพอของรายได้ 3.96 เท่า (OR_{adj} 3.96, 95%CI: 1.28-12.27)

สตรีเกษตรกรที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว มากกว่า 6 คน จะมีโอกาสดื่มต่ำกว่าสตรีเกษตรกรที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว น้อยกว่า 6 คน 0.20 เท่า (OR_{adj} 0.20, 95%CI: 0.06-0.75)

การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเข้ยววน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเข้ยววน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรม “เหล้าสู้กันฟัง” การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แลกเปลี่ยนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้วแบ่งกลุ่มฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดจากสถานการณ์สมมุติ พร้อมร่วมกันอภิปรายให้ความคิดเห็น ความรู้สึก การซักถามต่อเหตุการณ์ที่เล่าและสรุปผลการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรม “ชีวิตดีดี ไม่มีเหล้า” การเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติตัวจากตัวแบบ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้แนวทางจากตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จจากการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรม “เล่าเรื่องเหล้า” การเรียนรู้จากวีดิทัศน์ ภาพเหตุการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากแอลกอฮอล์ พร้อมร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อภาพเหตุการณ์ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรม “เอาเหล้า มาเล่า” การแบ่งปันประสบการณ์ เล่าเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริง เกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม. ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด) และร่วมกันแสดงความคิดเห็น เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย แล้วสรุปกิจกรรมใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมการทบทวนความรู้และทักษะทั้งหมดที่ผ่านมาทั้ง 4 ครั้ง และกิจกรรม “พันธะสัญญาใจ” เพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วมกันในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

การประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเข้ยววน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตน 24.13 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตน 24.37 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 11.38 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 11.46 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value <0.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้นสูงสุดหลังการทดลองครั้งที่ 1 (\bar{X} = 32.00, S.D. = 1.62)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยับยั้งจากสิ่งเข้า ยวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่างประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง คือ 1) กิจกรรม “เหล้าสู้กันฟัง” การแลกเปลี่ยนประสบการณ์แลกเปลี่ยนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2) กิจกรรม “ชีวิตที่ดี ไม่มีเหล้า” การเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติตัวจากตัวแบบ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้แนวทางจากตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จจากการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) กิจกรรม “เล่าเรื่องเหล้า” การเรียนรู้จากวีดิทัศน์ ภาพเหตุการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากแอลกอฮอล์ พร้อมร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อภาพเหตุการณ์ 4) กิจกรรม “เอาเหล้า มาเล่า” การแบ่งปันประสบการณ์ เล่าเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริง เกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด) และ 5) กิจกรรมการทบทวนความรู้ทักษะทั้งหมดที่ผ่านมาทั้ง 4 ครั้ง และกิจกรรม “พันธะสัญญาใจ” เพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วมกันในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลทำให้สตรีแม่บ้านเกษตรกรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดื่มสุราลงได้ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (A. Bandura, 1986) คือ การรู้คิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมภายในร่างกายของบุคคล แบนดูรา เรียกว่าเป็นความสามารถแห่งตน ซึ่งจะสามารถทำได้ก็ต่อเมื่อมีการฝึกฝนและพัฒนา ซึ่งจากอดีตถึงปัจจุบันสังคมไทย พบว่า มีผู้หญิงดื่มเหล้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเภท เหล้า เบียร์ ไวน์ หรือยาต้องให้เห็นอยู่เสมอ (อนุภาดา สุทธิกุลพานิช, 2558) โดยก่อนที่สตรีแม่บ้านเกษตรกรจะเข้าร่วมโปรแกรมการลดพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการคัดเลือกสตรีแม่บ้านเกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง และได้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะและคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเรื่อง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเครื่องดื่มสุราด้วยหลักความยับยั้งจากสิ่งเข้า ยวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่างไปใช้ควรมีการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. การนำโปรแกรมการลดพฤติกรรมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์มาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการดื่มสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกรเพื่อประโยชน์ในการประยุกต์กิจกรรมให้สอดคล้องกับสาเหตุการดื่ม

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

“สุราเป็นสินค้าอันตราย” มีผลการศึกษามากมายจากทั่วโลกที่สนับสนุนและย้ำถึงผลกระทบจากการดื่มสุรา การดื่มสุราจะก่อให้เกิดความมึนเมาและอาจนำไปสู่ภาวะติดสุรา ซึ่งมีผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (WHO, 2004) สุราเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกกว่า 1.8 ล้านคน โดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.2 ของการตายทั้งหมด การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมามากกว่า 60 ชนิด และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารและตับ โรคตับแข็ง และนำไปสู่การใช้ความรุนแรง การฆาตกรรม รวมทั้งอุบัติเหตุจากการจราจรอีกด้วย (WHO, 2002) นอกจากสุราจะมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ที่ดื่มสุราแล้ว ยังมีผลกระทบทางด้านสังคม ซึ่งครอบคลุมทั้งปัญหาครอบครัว ปัญหาในที่สาธารณะและปัญหาในที่ทำงาน (Klingemann & Gmel, 2001) โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ประชากรโลกกว่า 2 พันล้านคนดื่มสุรา และมีปริมาณการดื่มสุราบริสุทธิ์เฉลี่ย 5.1 ลิตรต่อคนต่อปี ในจำนวนนี้กว่า 76.3 ล้านคนได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา โดยพบว่าประเทศกำลังพัฒนาในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีแนวโน้มของการดื่มสุราเพิ่มขึ้น (WHO, 2004)

วิถีชีวิตชาวไทยมีการเกี่ยวข้องกับสุรามานานเท่าใดยังไม่มีหลักฐานระบุชัดเจน กล่าวกันว่าคนไทยสมัยก่อนผลิตสุราไว้บริโภคเองในบ้านและไว้เลี้ยงแขกเมื่อมีงาน แต่จะไม่ผลิตเพื่อจำหน่าย ต่อมาจึงรู้จักการดื่มเหล้าจากโรงต้มกลั่นที่เรียกว่า “เหล้าโรง” จากชาวจีนที่อพยพเข้าสู่เมืองไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544 : 39) ชาวชนบทไทยมีการใช้เหล้าเป็นเครื่องปลีกรรม อันเป็นการคารวะแม่โพสพในพิธีสู่ขวัญข้าว โดยมีเจ้าของนาหรือปุ่จารย์ของหมู่บ้านเป็นผู้กล่าวคำสั่งเวย (เยาวนุช เวศร์ภาดา, 2541 : 71) นอกจากนี้ยังพบว่าธรรมเนียม ประเพณีและค่านิยมของสังคมชนบทที่คนส่วนใหญ่ถือปฏิบัติจะเป็นส่วนผลักดันให้คนอื่น ๆ ในสังคมต้องปฏิบัติตามๆ กันไป เช่น การดื่มสุราในเทศกาลต่างๆ เป็นต้นว่า ส่งท้ายฤดูทอกลเพาะปลูกที่ผ่านมา รับฤดูทอกลเพาะปลูกใหม่ การฉลองแต่งงาน ฉลองการบวช และการดื่มในงานศพ งานต่างๆ เหล่านี้หากเจ้าภาพเตรียมสุราไว้ไม่พอกับความต้องการของแขกจะถือว่าเป็นการ “เสียหน้า” ส่วนใหญ่แล้วในงานหนึ่งๆ เจ้าภาพจะเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องดื่มประมาณ 1 ใน 3 ของรายจ่ายทั้งหมด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544 : 110-111) ส่งผลให้ชาวชนบทมีการใช้จ่ายเงินเกินกำลังตนเอง บางครั้งต้องกู้เงินมาเพื่อที่จะเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดงานเหล่านี้อีกด้วย (สุพิสวา ธรรมพันทา, 2540 : 30) นอกจากนี้ยังพบว่าเกษตรกรบางส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราว่า สามารถขับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ เนื่องจากเมื่อดื่มแล้วจะทำให้เหงื่อออกสารเคมีจะไม่เข้าสู่ร่างกาย (กรมสุขภาพจิต, 2549) รวมทั้งความเชื่อของเกษตรกรบางส่วนในภาคกลาง ที่นิยมดื่มเหล้าขาวผสมเครื่องดื่มชูกำลัง หรือยาทัมใจ หรือยา ANT เพื่อแก้อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย และช่วยให้มีแรงในการทำงาน ในขณะที่ตอนเย็นหลังเลิกงานก็จะตั้งวงดื่มสุรากันตามร้านค้าในชุมชน (อุษณีย์ พึ่งปาน, 2548) โดยแหล่งจำหน่ายสุราในชนบทที่สำคัญคือ ร้านขายของชำ ที่เน้นรูปแบบการดำเนินกิจการที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชนเป็นสำคัญ โดยจะเห็นได้ว่าผู้ประกอบการส่วนใหญ่ในชนบทจะอนุญาตให้ลูกค้าดื่มสุราได้โดยยัง

ไม่ต้องชำระค่าสุรา นอกจากนั้นยังพบว่า สุรานอกระบบ หรือ เหล้าเถื่อน มีบทบาทในสังคมชนบท ไม่น้อยไปกว่าสุราในระบบทั่วไป และนับเป็นแหล่งจำหน่ายที่บูรณาการอยู่ในชุมชน และยังยืนอยู่ได้ แม้จะไม่ถูกต้องตามกฎหมาย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544 : 24-38)

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2548) ได้ประมาณการถึงความเสียหายทั้งหมดจากการดื่มสุราของพลเมืองไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีมูลค่าสูงถึงกว่า 3 หมื่นล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.56 ของ GDP ซึ่งสามารถแยกประเภทของความเสียหายได้ 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทต้นทุนส่วนบุคคลของผู้ดื่มสุรา ได้แก่ การเจ็บป่วยจากโรคเนื่องจากการดื่มสุราที่ ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาโรค ต้นทุนเวลาในการบำบัดรักษาโรค ต้นทุนเวลาในการขาดงาน และมูลค่าการสูญเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา มีมูลค่ากว่า 7 พันล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 38.2 ของมูลค่าความเสียหายทั้งหมด และประเภทต้นทุนต่อสังคมของการดื่มสุรา ได้แก่ การตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเนื่องจากการดื่มสุราซึ่งประกอบ ด้วยมูลค่าการสูญเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรที่มาจาก การดื่มสุรา มูลค่าการรักษาอุบัติเหตุ และมูลค่าการสูญเสียรายได้จากการรักษาพยาบาล มีมูลค่ารวมประมาณ 2 หมื่นล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 77.8 ของมูลค่าความเสียหายทั้งหมด นอกจากนั้น ยังมีความเชื่ออย่างแพร่หลายว่าการติดสุราหรือการดื่มมากเกินไปเป็นประจำก็อาจนำไปสู่ปัญหาความยากจนได้ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมทั้งในสถานะความยากจนของบุคคลครอบครัวและชุมชน

จากการจัดอันดับการบริโภคสุราของประชาชนในประเทศต่างๆทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก พบว่าประเทศไทยถูกจัดอันดับการบริโภคสุรารวมทุกประเภทสูงชันทุกปี จากอันดับที่ 50 ในปี พ.ศ. 2541 มาเป็นอันดับที่ 40 ในปี พ.ศ. 2544 โดยข้อมูลของ Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) พบว่าในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมีปริมาณการดื่มสุราทุกประเภทจำนวน 8.47 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ทั้งนี้เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2532 เกือบ 3 เท่าตัว (ศูนย์วิชาการเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาสุรา, 2548) โดยมีการบริโภคเหล้า (Spirits) เป็นอันดับ 5 ของโลก คิดเป็นปริมาณการบริโภคเท่ากับ 7.13 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ในขณะที่เบียร์ เป็นอันดับที่ 85 ของโลก คิดเป็นปริมาณการบริโภคเท่ากับ 1.31 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี และบริโภคไวน์ (Wine) เป็นอันดับที่ 124 ของโลก คิดเป็นปริมาณการบริโภคเท่ากับ 0.04 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี (WHO, 2004)

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของสตรี จากการสำรวจสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปี 2556 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงปี 2544-2554 ภาพรวมความชุกของนักดื่มในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมาขึ้นค่อนข้างคงที่ โดยมีทิศทาง ลดลงเล็กน้อย คือ จากร้อยละ 32.7 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 31.5 ในปี 2554 ซึ่งลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.37 ต่อปี ในส่วนของประชากรชายนั้น ความชุกของนักดื่มลดลงเล็กน้อย คือ จากร้อยละ 55.9 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 53.4 ในปี 2554 เป็น การลดลงร้อยละ 4.5 หรือลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.45 ต่อปี แต่สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีไทยมีแนวโน้มมากขึ้น โดยปี 2554-2557 ดื่มเพิ่มขึ้นถึง 636,428 ราย หรือเฉลี่ย 159,107 รายต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) ซึ่งมีการดื่มในเพศหญิง เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2539, 2544 และ 2547 ร้อยละ 8.1, 9.8 และ 10.3 ตามลำดับ และเริ่มลดลง

ในปี พ.ศ. 2549 ร้อยละ 9.8 และร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2550 แม้ว่าความชุกของนักดื่มหญิงจะไม่สูงมาก แต่ก็มีทิศทางเพิ่มขึ้นในช่วงที่ผ่านมา คือ จากร้อยละ 9.8 ในปี 2544 เป็น ร้อยละ 10.9 ในปี 2554 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.2 หรือเพิ่มขึ้น เฉลี่ยร้อยละ 1.1 ต่อปี และจากรายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี 2550 มีแนวโน้มการดื่มแบบประจำผู้หญิงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 65 จากร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมากกว่าผู้ชายที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 และผู้หญิงไทยดื่มสุราในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาจำนวน 3.2 ล้านคน ดื่มในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จำนวน 2.0 ล้านคน และดื่มในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 1.3 ล้านคน ผู้หญิงอายุ 25 – 44 ปี ดื่มมากที่สุด รองลงมาคืออายุ 12 -24 ปี และอายุ 45 – 65 ปี ตามลำดับ จะพบได้ว่า ไม่ว่าผู้หญิง ที่อยู่ในโรงเรียน หรือ ในชุมชน ส่วนใหญ่มีการดื่มสุราเพิ่มขึ้น และอายุที่เริ่มดื่ม ก็น้อยลงเรื่อยๆ อัตราการดื่มสุราผู้หญิงเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงคิดว่าการดื่มสุราเป็นการแสดงความเท่าเทียมกับผู้ชาย คือ ชายดื่มได้ หญิงก็ดื่มได้ ชายสนุกได้ หญิงก็สนุกได้เช่นกัน ส่วนเยาวชนหญิงของไทยดื่มสุรา เพราะได้รับอิทธิพลจากรูปลักษณ์ของสุรา และเจตคติเชิงบวกที่มีต่อการดื่ม โดยมีความคิดว่า เครื่องดื่มชนิดนั้นเป็นน้ำผลไม้หรือมีแอลกอฮอล์ต่ำสำหรับผู้หญิงและผู้ที่ยังไม่ดื่มสุรา (สมชาย จันทรธา, 2550) การดื่มสุราจะช่วยให้คนในกลุ่มวัยนี้สามารถจัดการกับความอาย เพิ่มความกล้าแสดงออก ทำให้สามารถเข้าสังคมได้ง่าย มีเพื่อนฝูงมากขึ้นและเกิดความสุขสนาน (บุญเสริม หุตะแพทย์ และคณะ, 2550) แต่ผู้หญิงที่ดื่มสุรา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งถึง 9.15 เท่า ในขณะที่เพศชายมีความเสี่ยง 1.62 เท่า และจากการสำรวจสถานการณ์การดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ชาวชนบท ในรอบ 11 ปี (2545-2556) ของศูนย์สารสนเทศเพื่อการพัฒนาชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน พบว่า ภาคเหนือ เป็นภาคที่ดื่มเหล้ามากที่สุด คือ ร้อยละ 6.05 โดยชาวชนบทนิยมดื่มเบียร์มากถึงร้อยละ 40.3 รองลงมาคือสุราขาว / สุรากลั่นชุมชน ร้อยละ 32.8 เหล้าที่เป็นที่นิยมน้อยที่สุด คือ ประเภทไวน์ (ร้อยละ 0.3) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554)

การบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านถือเป็นเรื่องปกติที่พบเห็นกันทั่วไปในชุมชน ทั้งในยามมีงานบุญหรือในยามชุมชนมีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งในยามปกติก็สามารถพบเห็นการดื่มได้ในครัวเรือน การเลี้ยงสุราในชุมชนถือเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่กระทำสืบเนื่องกันมาเป็นเวลายาวนาน สุราเป็นสัญลักษณ์ของความสนุกสนาน ในกลุ่มสตรีทั้งงาน กฐิน ผ้าป่า งานโรงเรียน งานในไร่ในนา สถานที่ดื่มก็ไม่จำกัด รวมถึงสถานที่กฎหมายห้ามดื่ม เช่น ในวัด โดยใช้วิธีเปลี่ยนใส่ในขวดอื่นๆ แทนขวดเหล้า แม้กระทั่งงานบวชนาคผู้ที่ทำหน้าที่ รอบอุโบสถ ก็ขับเคลื่อนด้วยสุรา ทั้งหญิงและชายมีการบริการรินเหล้าให้ดื่มตลอดเวลา ในงานเลี้ยงแทบทุกงานต้องมีสุราตั้งไว้บนโต๊ะพร้อมโซดาและน้ำเปล่า โต๊ะไหนถ้าไม่มีคนดื่มก็มีคนนำกลับบ้านไปฝากคนที่ดื่มที่บ้าน การดื่มถือเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของกลุ่มสตรีในชุมชน นอกจากนี้ ผู้ที่ดื่มสุราและบุคคลในครอบครัวได้ให้คุณค่าและเชื่อว่า สุราช่วยให้งานประสบความสำเร็จ โดยมองว่า ดื่มแล้วหายเหนื่อย หายปวดเมื่อย ดื่มแล้วเจริญอาหาร มีกำลังทำงาน สามารถรวมคนให้มามีส่วนร่วมได้ ภาพของสตรีในชุมชนดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำพบเห็นได้จนเป็นความเคยชิน และถูกซึมซับเข้าไปในวิถีการดำรงชีวิตประจำวันของคนในชุมชน การทำการใดๆ จะต้องมีการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสื่อกลางทางสังคม ใช้เป็นสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความมีน้ำใจไมตรี ทุกบ้านต้องเลี้ยงสุราหลังจากเสร็จการทำงาน รวมถึงงานบุญ เทศกาลสำคัญจนเป็นค่านิยมของชุมชน

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การปรับนิสัยการรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เช่น เลิกแอลกอฮอล์ เลิกบุหรี่ ล้วนเป็นเรื่องที่ยิ่งใหญ่ เป็นการยากที่จะปลุกพลังใจให้พยายามได้ต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนที่พยายามแล้วไม่สำเร็จหรือสำเร็จแล้วกลับล้มเหลวใหม่อีก Prochaska JO และ Velicer WF แห่งมหาวิทยาลัยโรดไอส์แลนด์ ได้เฝ้าสังเกตพฤติกรรมของคนเลิกบุหรี่โดยวิเคราะห์ประกอบกับทฤษฎีทางจิตบำบัดหลายทฤษฎี แล้วสรุปออกมาเป็นทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical หรือ Stage of Change Model) ออกมาเผยแพร่ (Prochaska JO, Velicer WF, 1997) ซึ่งได้รับการยอมรับและนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง ทฤษฎีนี้มีสาระสำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดจะต้องผ่านขั้นตอนตามลำดับ 6 ขั้น ได้แก่ (1) ขั้นยังไม่สนใจ (Precontemplate) (2) ขั้นสนใจแต่รอฤกษ์ (Contemplate) (3) ขั้นตัดสินใจทำ (Preparation) (4) ขั้นลงมือทำ (Action) (5) ขั้นทำได้ยึด (Maintenance) และ (6) ขั้นสำเร็จแน่แล้ว (Termination) เปลี่ยนพฤติกรรมได้แน่นอนแล้ว ไม่กลับไปทำแบบเก่าอีกเด็ดขาด (สันต์ ใจยอดศิลป์, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทดลองใช้ทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้าน จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างและใช้มาตรการทางสังคมในการควบคุมการดื่มของสตรีแม่บ้าน โดยการศึกษาจะมุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับสตรีแม่บ้าน และสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองและสังคม รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อประทศฐานใหม่ รูปแบบที่ได้แสดงให้เห็นว่าสามารถปฏิบัติได้จริงตามบริบทที่เป็นอยู่ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการคุ้มครองสุขภาพสตรีแม่บ้านและครอบครัวจากการได้ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเฝ้ายวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูง ในเขตภาคเหนือตอนล่าง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มของสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสูง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตในการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตเชิงพื้นที่และประชากร ได้กำหนดพื้นที่ในการศึกษาเป็นชุมชนชนบทในเขตภาคเหนือตอนล่าง ที่มีอัตราการบริโภคแอลกอฮอล์สูง ได้แก่ จังหวัดสุโขทัย ซึ่งมีอัตราการดื่มสูงสุดในเขตภาคเหนือตอนล่าง และเป็นลำดับ 4 ของประเทศ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุราแห่งชาติ, 2556)

2. ขอบเขตเชิงเนื้อหา การศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน ด้านหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเฝ้าหวนจากกระบวนการหลัก 4 ขั้นตอน คือ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ และ 4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

3. ขอบเขตเชิงเวลา ใช้ระยะเวลา 12 เดือน ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เหล้า สุรา หรือเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีส่วนผสมของเอทิลแอลกอฮอล์ และเมื่อบริโภคเข้าไปแล้ว จะออกฤทธิ์ทำให้มีอาการมึนเมา ตามปริมาณส่วนผสมที่แตกต่างกันของเอทิลแอลกอฮอล์

กลุ่มสตรีเกษตรกร หมายถึง กลุ่มผู้หญิงที่ทำงานด้านการเกษตร ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การกระทำที่เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มสตรีเกษตรกร ในการศึกษาพฤติกรรมประกอบด้วย ความถี่ในการดื่ม ปริมาณการดื่ม ระยะเวลาการดื่ม สาเหตุของการดื่ม ค่าใช้จ่ายในการดื่ม โอกาสในการดื่ม ช่วงเวลาในการดื่มและผลจากการดื่ม

โปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยความสามารถแห่งตน หมายถึง รูปแบบการเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของกลุ่มสตรีเกษตรกร ในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการนำไปสู่การกระทำพฤติกรรม ซึ่งการส่งเสริมให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น สามารถทำได้จากการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ และ 4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกาย และอารมณ์ให้มีความพร้อมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการมีกิจกรรมนันทนาการ การกระตุ้นการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้สึที่ดีต่อการเรียนรู้การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มสตรีเกษตรกรในการเข้าร่วมการปฏิบัติกิจกรรมที่นำไปสู่การป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม
2. หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สตรีแม่บ้านเกษตรกรสามารถลดปริมาณการดื่มสุราได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. จำนวนของสตรีเกษตรกรที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง
2. ได้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร
3. สามารถนำโปรแกรมที่ได้จากกระบวนการแก้ไขปัญหาดังกล่าว มาเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาโปรแกรมในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปได้
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยการใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนในกลุ่มสตรีเกษตรกรไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นที่มีปัญหาในลักษณะใกล้เคียงกัน
5. สตรีแม่บ้านเกษตรกรบริโภคสุราน้อยลง
6. เป็นแนวทางในการขยายผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุรากับกลุ่มอื่นๆ
7. หน่วยงานที่นำไปใช้ประโยชน์ ได้แก่
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - องค์การบริหารส่วนตำบล
 - พัฒนาการอำเภอ
 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยืนหยัดจากสิ่งเย้ายวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่างนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำเสนอได้ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ
4. สถานการณ์การดื่มสุราในประเทศไทย
5. การดื่มสุราในสตรีและผลกระทบจากการดื่มสุราในกลุ่มสตรี
6. สุรากับหญิงตั้งครรภ์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

หลักความยืนหยัดและสิ่งเย้ายวน(Self efficacy & temptation)

ความยืนหยัด (self efficacy) หมายถึง ความมั่นคงในทิศทางที่ตั้งใจไว้ แม้ในสถานการณ์ที่สั่นคลอน ซึ่งต้องต่อสู้กับสิ่งเย้ายวน (temptation) ซึ่งหมายถึงความแรงของสิ่งที่มาชักจูงให้ใจอ่อนหันเหกลับไปสู่วิถีเดิมๆ ก่อนการเปลี่ยนแปลง การจะเปลี่ยนแปลงให้สำเร็จ ต้องคอยเสริมสร้างความยืนหยัดให้หนักแน่นขึ้นทุกวัน และลดทอนสิ่งเย้ายวนให้เหลือน้อยที่สุดทุกคนที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเอง ต้องนำทฤษฎีนี้ไปใช้กับตัวเอง ใช้ตัวเองเป็นที่เลี้ยงให้ตนเอง และต้องถามตัวเองก่อนว่าอยู่ ณ ขั้นไหนของการปรับเปลี่ยน ติดอยู่ที่ตรงไหน จะแก้ไขอย่างไร อย่างเช่นถ้าติดอยู่ในขั้นที่ 1 คือ ยังไม่พยายามทำ ก็ต้องหาความบันเทิงใจก่อน หาเหตุผลที่คุณควรจะทำ คุณภาพชีวิตที่จะดีขึ้น และชีวิตที่ยืนยาวขึ้น เป็นต้น ถ้าไม่ยอมจะทำเพราะ ลึกๆแล้วไม่เชื่อว่าตัวเองจะทำได้สำเร็จ ก็ควรไปทำอะไรกับศรัทธา หรือความเชื่อของตัวเองเสียก่อน เราต้องเชื่อก่อน ว่าเราทำได้ มิฉะนั้นก็จะผ่านขั้นหนึ่งนี้ไปไม่ได้ บางครั้งความล้มเหลวเกิดจากการใจร้อนข้ามขั้น เช่น ลงมือลดน้ำหนักไปแล้ว (action) แต่ไม่สำเร็จ เพราะไม่ได้จัดทำแผน คือไม่ผ่านขั้น Preparation ซึ่งเป็นขั้นตัดใจเอาจริงและทำแผน แผนที่ดีต้องมีเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมและสมจริง มีกรอบเวลาชัดเจน เช่น ถ้าเป็นการออกกำลังกาย การวางแผนว่า “จะเดินให้มากขึ้น” เช่นนี้ ถือว่า เป็นวิธีการและเป้าหมายที่ไม่ชัด ต้องให้ชัด “ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2559 เป็นต้นไป จะเดินให้ได้วันละ 5 กม.ทุกวัน” อย่างนี้ จึงจะถือว่าเป็นแผนที่เป็นรูปธรรม ระหว่างทำ แม้มีความคืบหน้าเล็กน้อย ก็ควรให้รางวัลตัวเอง ปฏิบัติต่อตนเองเหมือนต่อเด็กที่เชื่อฟังผู้ใหญ่ด้วยดี เช่นเดินได้ทุกวันครบหนึ่งสัปดาห์แล้ว ควรได้รางวัล ประเมินและถามตัวเองเป็นระยะว่า “สำเร็จไหม?” ถ้าไม่สำเร็จ ก็ประเมินสาเหตุว่า ทำไม เป้ามันสูงเกินไปหรือไม่ หรือ มีอะไรมาขัดให้เสียจังหวะ ประเมินแล้วก็วางแผนแก้ แล้วทำใหม่อีกหลายๆครั้ง ถ้าสำเร็จก็ให้เกาะติดอย่าง

จริงจังไปอีกนานเท่านั้น จนกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ นั่นหมายความว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสำเร็จแล้ว (สันต์ ใจยอดศิลป์, 2553)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ และรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม ในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

หลักทฤษฎีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Transtheoretical หรือ Stage of Change Model)

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ไม่ว่าจะเป็น การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การปรับนิสัยการรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น เลิกแอลกอฮอล์ เลิกบุหรี่ ล้วนเป็นเรื่องที่ยิ่งใหญ่ เป็นการยากที่จะปลุกพลังใจให้พยายามได้ต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับคนที่พยายามแล้วไม่สำเร็จหรือสำเร็จแล้วกลับล้มเหลวใหม่อีก ดร.โพรแชสกาและดร.เวลิเชอร์ ที่มหาวิทยาลัยโรดไอส์แลนด์ ได้เฝ้าสังเกตพฤติกรรมของคนเลิกบุหรี่โดยวิเคราะห์ประกอบกับทฤษฎีทางจิตบำบัดหลายทฤษฎีแล้วสรุปออกมาเป็นทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical หรือ Stage of Change Model) ออกมาเผยแพร่ ซึ่งได้รับการยอมรับและ นำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางทฤษฎีนี้มีหลักขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นยังไม่สนใจ (Precontemplate) เป็นขั้นที่ไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อยก็ยังไม่ตั้งใจที่จะทำใน 6 เดือนข้างหน้า คนมักจะติดอยู่ที่ขั้นนี้นาน ส่วนใหญ่เป็นเพราะ ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะ เคยลองมาแล้วไม่สำเร็จ เลยไม่เชื่อว่าตนเองจะทำได้ เรียกว่า มีวิกฤติความเชื่อถือตนเอง จึงใช้วิธีไม่สนใจ
2. ขั้นสนใจแต่รอฤกษ์ (Contemplate) สนใจที่จะทำบ้าง แต่ยังรั้งรออยู่บ้าง โดยคิดว่าใน 6 เดือนข้างหน้าคงจะได้ลงมือทำ
3. ขั้นตัดสินใจทำ (Preparation) ตั้งใจเอาจริงแน่นอน วางแผนไว้แล้ว โดยคิดว่าไม่เกินหนึ่งเดือนข้างหน้าคงได้ลงมือทำจริง
4. ขั้นลงมือทำ (Action) คือ ลงมือทำไปแล้ว แต่ยังต่อเนื่องมาได้ไม่เกิน 6 เดือน
5. ขั้นทำได้นาน (Maintenance) ทำได้แล้ว ต่อเนื่องเกิน 6 เดือน แต่ยังไม่เกิน 5 ปี ยังพยายามทำอยู่ มีความเสี่ยงจะกลับไปใช้นิสัยเดิมอยู่เหมือนกัน แต่ก็พยายามที่จะไม่กลับไป
6. ขั้นสำเร็จแน่นอน (Termination) เปลี่ยนพฤติกรรมได้แน่นอนแล้ว ไม่กลับไปทำแบบเก่าอีกเด็ดขาด

หลักกระบวนการช่วยเปลี่ยนแปลง (Process of Change)

กระบวนการช่วยเปลี่ยนแปลงที่ทฤษฎีนี้แนะนำไว้มี 10 วิธี ได้แก่

1. **ปลุกจิตสำนึก (conscious raising)** เป็นการใช้วิธีต่างๆบอกให้รู้ผลเสียของการไม่เปลี่ยนแปลง และผลดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การให้การศึกษา อธิบาย ตีความหมายให้ฟัง บอกให้รู้ตรงๆ หรือรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ

2. **ใช้การเล่นละคร (Dramatic relief)** เพื่อกระตุ้น หรือ ผลักดันจิตใจ อารมณ์ ให้เกิดความอยากเปลี่ยนแปลง เช่น การให้ลองเล่นเป็นคนอื่นดู (role play) ให้สามีและภรรยาลองเล่นละคร สลับบทบาทกัน เพื่อสะท้อนความความรู้สึกต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของกันและกัน การใช้ตัวละครโฆษณาแสดงความรู้สึกผิดหรือเสียใจที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นต้น

3. **การใคร่ครวญผลต่อตนเอง (self reevaluation)** เช่น จินตนาการว่า ถ้าเอาแต่นอนโซฟาดูทีวี ภาพของตนเองต่อไปจะเป็นอย่างไร ถ้าขยับขยับแข้ง ออกกำลังกายทุกวัน ภาพของตนเองเป็นอย่างไร

4. **การใคร่ครวญผลต่อสังคมรอบข้าง (social reevaluation)** เช่น นึกต่อไปว่า ถ้าตนเองดื่มแอลกอฮอล์จัดอยู่ ต่อไปลูกๆ จะเป็นอย่างไร เป็นต้น

5. **การปลดปล่อยตนเอง (self liberation)** คือ การพยายามให้มีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง งานวิจัยบ่งชี้ว่าถ้าคนเรามีทางเลือกสองทาง จะมีความมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกทางเดียว ถ้ามีทางเลือกสามทาง จะมุ่งมั่นมากกว่ามีทางเลือกสองทาง ยกตัวอย่างการให้ทางเลือกเช่น ถ้าจะเลิกบุหรี่ยกให้เลิกได้สามทาง จะเลิกแบบหักดิบก็ได้ แบบกินนิโคตินทดแทนก็ได้ หรือเลิกแบบค่อยๆลดลงก็ได้ เป็นต้น

6. **การปลดปล่อยสังคม (social liberation)** คือ อาศัยความรู้สึกว่าเป็นการปลดปล่อยจากการถูกกดขี่เอาเปรียบทางสังคมมาเป็นตัวสร้างความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพชนกลุ่มน้อย เป็นต้น

7. **ให้เรียนรู้สิ่งตรงกันข้าม (counter condition)** เช่น ให้เรียนรู้การสนองตอบแบบผ่อนคลายเพื่อแก้ปัญหาเครียด ให้เรียนรู้การเป็นคนกล้าพูดกล้าแสดงออกเพื่อแก้ปัญหาการทนแรงกดดันจากเพื่อนชวนไม่ได้ เป็นต้น

8. **บังคับให้ทำสิ่งที่ดีกว่าทางอ้อม (stimulus control)** เช่น สร้างที่จอดรถให้ห่างที่ทำงาน เพื่อบังคับให้ต้องเดิน ติดตั้งงานศิลปกรรมไว้ข้างบันได เพื่อชักจูงให้ขึ้นลงบันได เป็นต้น

9. **จงใจใช้แผนกระตุ้น (contingency management)** เช่น การตรารางวัลถ้าทำสิ่งที่ดีกว่า การชื่นชมผลงาน หรือแม้กระทั่งการลงโทษถ้าไม่เลิกสิ่งที่ไม่ดี

10. **กัลยาณมิตร (helping relationship)** เช่น การเป็นที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ให้ การมีเพื่อนสนิทคอยสนับสนุน งานวิจัยพบว่าแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง คนเราจะต้องการวิเศษช่วยที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในระยะที่ยังไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลง วิธีที่ช่วยได้คือการปลุกจิตสำนึก ให้ข้อมูล ชักจูงให้เกิดอารมณ์อยากทำด้วยวิธีต่างๆ

ในระยะที่สนใจแต่ยังไม่ตัดสินใจ วิธีที่ช่วยได้คือ การใคร่ครวญผลต่อตนเองและต่อสังคม เมื่อมาอยู่ในขั้นตัดสินใจทำ สิ่งที่ช่วยได้คือ การปลดปล่อยทางเลือกให้ตัวเอง เมื่อมาอยู่ในขั้นลงมือทำ

สิ่งที่ช่วยได้คือ การใช้แผนกระตุ้น การบังคับให้ทำสิ่งที่ดีกว่าทางอ้อม การทำสิ่งตรงข้ามที่ดีกว่า และการมีกัลยาณมิตรและการใช้กัลยาณมิตรให้ถูกต้อง

หลักตุลการตัดสินใจ (Decisional Balance) หลักข้อนี้มีความหมายว่า แต่ละคนจะเปลี่ยนแปลงอะไรก็ต้องตั้งต้นด้วยการชั่งน้ำหนักดีเสีย เหตุผลที่ควรเปลี่ยน เหตุผลที่ไม่ควรเปลี่ยน การหาเหตุผลมาสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงให้ได้มากที่สุด จะทำให้การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ง่ายที่สุด

ความหมายของพฤติกรรม

คำว่า “พฤติกรรม” (behavior) มีนักจิตวิทยาได้ให้ความหมายไว้หลายนัย เช่น

ราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง “การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางท่าทาง ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า” (ราชบัณฑิตยสถาน, 2548)

โฮเวอร์ต ซี. วอร์เรน (Howard C. Warren) อธิบายว่า พฤติกรรม คือ “ชื่อโดยทั่วไปของความเป็นไปได้ทุกรูปแบบของระบบกล้ามเนื้อ และระบบต่อมในการตอบสนองของชีวิตต่อ การกระตุ้น” (H. C. Warren, 1934)

แอนดรู เอ็ม. โคลแมน (Andrew M. Colman) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า กิจกรรมทางกายของสิ่งมีชีวิต รวมถึงการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างเห็นได้ชัดทางสายตา และต่อมภายในร่างกาย และระบบสรีรวิทยาซึ่งเป็นที่รวมของร่างกายของสิ่งมีชีวิตและปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อสิ่งแวดล้อม คำนี้ยังหมายถึง การตอบรับทางร่างกายต่อสิ่งที่มีกระตุ้นหรือระดับของการกระตุ้นด้วย (Andrew M. Colman, 2004)

เมื่อรวบรวมนัยต่างๆ เหล่านี้แล้วสรุปได้ว่า คำว่า “พฤติกรรม” หมายถึง การกระทำทุกอย่างที่มนุษย์และสิ่งมีชีวิตแสดงออกมาเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า หรือสิ่งกระตุ้น ทั้งที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส ที่ไม่สามารถสังเกตได้แต่รู้ได้โดยอาศัยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ และที่ต้องสังเกตด้วยตนเอง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศไทยมีการแบ่งประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม มอก. 39-2516 ของกระทรวงอุตสาหกรรม ดังนี้

1. สุราแช่หรือเมรัย (Fermented Liquors) ผลได้จากการหมักส่ำให้เกิดเป็นน้ำเมาที่มีแรงแอลกอฮอล์เล็กน้อยตามต้องการ และไม่มีการกลั่น แบ่งเป็น 4 ชนิด ดังนี้

ชนิดที่ 1 ได้จากการหมักส่ำจากเมล็ดธัญพืช เช่น เบียร์ น้ำข้าว สาเก (Sake) สุราเสี้ยวเฮง เป็นต้น

ชนิดที่ 2 ได้จากการหมักส่ำจากผลไม้หรือน้ำตาลจากพืช เช่น ไวน์ (Wine) แชมเปญ (Champagne) น้ำตาลเมา (Toddy) ไชเตอร์ (Cider) เป็นต้น

ชนิดที่ 3 ได้จากชนิดที่ 1 และ ชนิดที่ 2 ผสมด้วยยาปรุงแต่ง สี กลิ่น รส ตามต้องการ เช่น เวอร์มูท (Vermouth) ไวน์ที่เป็นยา (Medicated) เป็นต้น

ชนิดที่ 4 ได้จากชนิดที่ 1 และ ชนิดที่ 2 ผสมสุรากลั่นแอลกอฮอล์ตามต้องการแต่ไม่เกิน 23 ดีกรี เช่น ไวน์อย่างแรง (Fortified Wine) เซอร์รี่ (Sherry) ปอร์ตไวน์ (Port Wine) เป็นต้น

2. สุรากลั่น (Distilled Liquors) ได้จากการหมักสาทำให้เกิดมีแรงแอลกอฮอล์แล้วกลั่นและบางชนิดต้องเก็บไว้นานเพื่อให้มีคุณภาพดี แล้วอาจปรุงแต่งให้มีแรงแอลกอฮอล์มากน้อยตามต้องการ สุรากลั่นของไทยส่วนมากที่มีจำหน่าย คือ สุราขาว (เหล้าโรง) สุราผสม สุราผสมพิเศษ สุราปรุงพิเศษ (เหล้าเหลียง) สุราไทยนิยมใช้สารปรุงแต่ง เช่น น้ำเชื้อ (Essence หรือ Flavor) เป็นต้น ได้มาจากการหมักแล้วกลั่น มีหลายประเภทดังนี้คือ

ชนิดที่ 1 สุรากลั่นที่กลั่นโดยตรงเพื่อให้ได้กลิ่นและรสเฉพาะจากวัตถุดิบนั้นอาจปรับปรุงเพียงเพื่อให้ได้กลิ่นรสดีขึ้น และทำให้มีแรงแอลกอฮอล์ตามต้องการ เช่น สุราขาว วอดก้า (Vodka) เกาเหลียง อาร์แรก (Arrack) เทกลา (Tequila) เป็นต้น

ชนิดที่ 2 สุรากลั่นหรือแอลกอฮอล์ผสมปรุงแต่งสี กลิ่น ความแรง แบ่งเป็นเข้ากับสมุนไพร เช่น สุราจีน ปรุงด้วยน้ำเชื้อ หรือเข้ากับผลไม้ สมุนไพรไม่มีสรรพคุณของตัวยาลือ เช่น สุราผสม สุราปรุงชนิดพิเศษ (แม่โขง) หรือเป็นชนิดรสหวาน เช่น สุราเปปเปอร์มินต์

ชนิดที่ 3 สุรากลั่นที่นำมาปรุงแต่งกรรมวิธีให้มี สี กลิ่น รส และแรงแอลกอฮอล์ตามต้องการ เช่น วิสกี้ (Whisky) บรันดี (Brandy) รัม (Rum)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์

การเลือกที่จะดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่นั้น แต่ละบุคคลไม่ได้มีอิสระอย่างเต็มที่ ในการตัดสินใจเลือกปัจจัยที่มีอิทธิพลกำหนดการตัดสินใจของบุคคล มีดังนี้

1. ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางกายภาพและความสะดวกในการติดต่อคมนาคม ในการทบทวนประวัติการดื่มแอลกอฮอล์จะพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ได้แพร่กระจายไปอย่างรวดเร็วเมื่อมีทางรถไฟเชื่อมระหว่างเมืองความสามารถในการขนส่งและความสะดวกในการขนส่งได้ทำให้ประชาชนรู้จักเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้นเร็วขึ้น และมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายชนิดให้ประชาชนสามารถทดลองได้ ส่วนปัจจุบันความสะดวกในการขนส่งทั้งบกและอากาศทำให้ผู้บริโภคมีโอกาสดื่มได้ง่ายขึ้น

ปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมทางการเมืองและเศรษฐกิจ ผลกระทบจากนโยบายทางการเมืองที่มองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในฐานะที่เป็นแหล่งทำรายได้ให้แก่ประเทศมากกว่าผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อประชาชนผู้บริโภคและสังคมโดยรวมปัจจุบันประมาณว่าแหล่งรายได้ที่ใช้ในกิจการของประเทศมากกว่าร้อยละ 35 มาจากภาษีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อรัฐมีแนวคิดที่ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเป็นแหล่งรายได้จึงเป็นการเปิดโอกาสให้มีการผลิต การกระจาย ตลอดจนนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างประเทศมากยิ่งขึ้น

2. ปัจจัยทางวัฒนธรรม

บทบาทของวัฒนธรรมที่มีต่อการดื่มแอลกอฮอล์นั้นนับว่ามีอยู่ไม่น้อย ด้วยวัฒนธรรมเป็นโครงสร้างหลักกำหนดแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล ว่าบุคคลนั้นจะเลือกบริโภคอะไรในเวลาใด บริโภคกับใครและปริมาณมากเท่าใด นั้นขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้น ๆ ด้วย

3. ปัจจัยเกี่ยวกับกลุ่มสังคม

กลุ่มสังคมพื้นฐานหลัก คือ ครอบครัว ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวจะเป็นกรอบการดำเนินชีวิตของสมาชิกรุ่นต่อไป การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ครอบครัวที่บิดาเป็นผู้ติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เรื้อรัง จะมีผลต่ออบทบาท และ ความสัมพันธ์ในครอบครัวบุตรจะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ มีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและตี้มแอลกอฮอล์ แต่ถ้าหากครอบครัวที่มารดาเป็นผู้ติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เรื้อรัง ผลกระทบที่เกิดกับเด็กจะรุนแรงมากกว่า เนื่องจาก บทบาทของมาในการดูแลบุตรไม่สามารถจะยกเลิกหรือ ละเว้น เช่น บิดา เด็กจะมีแนวโน้มที่จะถูกละเลยและถูกละเลยได้สูงกว่ารวมทั้งเด็กในครอบครัวเหล่านี้จะมีการเลียนแบบการตี้มแอลกอฮอล์จากบิดามารดาด้วยสถานะทางสังคม ปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงหันมาตี้มแอลกอฮอล์มากขึ้น โดยเฉพาะมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางการสมรส เช่น มีการหย่าร้าง ตกงาน ถูกพลัดพรากจากผู้เป็นที่รัก แต่สำหรับหญิงม่ายเพราะสามีตาย ส่วนใหญ่กลับไม่ตี้มแอลกอฮอล์เพื่อระงับความเศร้าโศก (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันสนีย์เวทย์, 2540)

4. ปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาบางครอบครัว พบว่า ถ้าคนในครอบครัวติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ลูกหลานจะพลอยติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ไปด้วย ถ้าพ่อแม่ หรือพี่น้องคนใดคนหนึ่งติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ คนอื่นในครอบครัวมีสิทธิติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ได้ถึง ร้อยละ 25 คือ สูงกว่าอัตราการติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในพลเมืองทั่วไป 5 เท่า ถ้าทั้งพ่อทั้งแม่ติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ทั้งคู่ อัตราการติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของลูกจะสูงขึ้น ร้อยละ 50 - 60 การศึกษาจากคูแฝดในประเทศสวีเดน ประเทศเดนมาร์ก และที่รัฐไอโอวาประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ถ้าฝาแฝดคนหนึ่งติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ โอกาสที่คูแฝดอีกคนจะติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์มีสูงมาก หากเป็นแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ อัตราการติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของคูแฝดจะมีร้อยละ 25 ถ้าเป็นแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันคูแฝดจะติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ร้อยละ 65.80 ก็แสดงว่า พันธุกรรมเป็นข้อบ่งชี้ถึงอิทธิพลของการติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ การศึกษาวิจัยโดยการแยกเด็กไปเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม (Adoption Study) ได้ข้อสรุปเป็นที่แน่ชัดว่าเมื่อแยกเด็กจากพ่อแม่เดิมที่ติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่วัยแรกเกิด เอาไปเลี้ยงในครอบครัวใหม่ที่ไม่ติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เด็กก็ยังติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์อยู่ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันสนีย์เวทย์, 2540)

ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ

การบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อร่างกาย โดยแอลกอฮอล์จะเข้าสู่ร่างกายและผ่านไปตามเซลล์ของเม็ดเลือดอย่างรวดเร็ว ฉะนั้นการตี้มสุราเรื้อรังจะทำให้ระดับแอลกอฮอล์สูงในเลือดถึง 95 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้น เมื่อแอลกอฮอล์ไหลผ่านอวัยวะในร่างกายย่อมมีผลกระทบต่อร่างกายแน่นอน เพราะ แอลกอฮอล์นั้นจะมีกรดที่ก่อให้เกิดการทำปฏิกิริยาต่อร่างกายเมื่อตี้มเข้าไป โดยจะมีผลกระทบต่อร่างกาย ดังนี้ (ขามิ อัฐกิจ และระพีพรรณ วงษ์ชุมทอง, 2550) ปากและลำคอ เหล้าจะไประคายเคืองชั้นเยื่อบุช่องเยื่อค่อนในปากและหลอดอาหาร มักจะร้อนชุ่มเมื่อผ่านลงไปกระเพาะอาหารและลำไส้ เหล้าจะไปมีผลกับผนังชั้นนอกสุดที่เป็นชั้นที่จะปกป้องกระเพาะอาหาร จะทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ ถ้าอาการเช่นนี้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดการอักเสบของเยื่อชั้นในสุด

ของผนังกระเพาะหรืออาจจะทะลุได้ในลำไส้เล็ก เหล้าจะไปเป็นอุปสรรคกับการดูดซึมของสารอาหารบางชนิด เช่น ไขมัน วิตามินบี 6, 12 เป็นต้น กระแสเลือด 95 เปอร์เซ็นต์ของเหล้าที่ดื่มเข้าไปในร่างกาย จะซึมเข้ากระแสเลือด โดยผ่านเยื่อในกระเพาะ และ ลำไส้อย่างรวดเร็ว เมื่อถึงกระแสเลือด มันจะเข้าไปในเซลล์และตามเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายอย่างรวดเร็วเช่นกัน แอลกอฮอล์ทำให้เซลล์ของเลือดเกาะเป็นก้อนเหนียว ทำให้การไหลเวียนช้าลง ออกซิเจนน้อยลงด้วย เหล้าทำให้โลหิตจางด้วย โดยไปลดการสร้างเม็ดเลือดแดง และยังไปทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกลืนตัวเชื้อและการทำลายแบคทีเรียช้าลง การทำให้การแข็งตัวของเกล็ดเลือดช้าลงด้วย ดับอ่อน แอลกอฮอล์จะทำให้เซลล์ของตับอ่อนระคายเคือง เซลล์บวมขึ้น เหล้าทำให้การไหลของน้ำย่อยไม่คล่องตัว สารเคมีไม่สามารถที่จะเข้าไปในลำไส้เล็กได้ ทำให้มันย่อยตัวดับอ่อนเอง ทำให้เกิดเลือดออกอย่างเฉียบพลันและการอักเสบของตับอ่อน พบว่า 1/5 จะเสียชีวิตไปในครั้งแรก เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับตับอ่อนนี้ทำให้การสร้างอินซูลินขาดหายไป และทำให้เป็นเบาหวาน ดับ แอลกอฮอล์มีอิทธิพลกับเซลล์ของตับ ทำให้เกิดการบวมและไปทางเดินน้ำดีเล็กๆ ที่จะเป็นทางไปสู่ลำไส้เล็ก ทำให้น้ำดีซึมผ่านไปที่ตับ ทำให้ตัวเหลืองตามส่วนขอบของตาและผิวหนังเป็นสีเหลือง ทุกครั้งที่ดื่มมันเซลล์ของตัวจะถูกทำลายในที่สุด ทำให้ตับแข็งการเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับมีถึง 8 เท่า เมื่อเทียบกับความปกติ หัวใจ แอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อของหัวใจบวมขึ้น ทำให้เกิดเป็นพิษกับหัวใจเป็นเหตุทำให้การสะสมของไขมันมากขึ้น และทำให้การเผาผลาญน้ำตาลไปด้วย กระเพาะปัสสาวะและไต แอลกอฮอล์ทำให้เยื่อของกระเพาะปัสสาวะบวมขึ้น ทำให้ไม่สามารถยืดตามปกติได้ในไต การระคายเคืองทำให้การสูญเสียน้ำมากขึ้น ต่อมาเพศต่อมอ้วนจะบวม ทำให้ความสามารถทางเพศลดลง และความรู้สึกละอายจะถูกขัดขวาง สมอง อวัยวะที่แอลกอฮอล์ลุกลามจะไปมีบทบาทและเห็นผลได้ชัด คือ สมอง มันจะไปกดศูนย์กลางของสมองทำให้การประสานงานเสื่อมลงเรื่อย ๆ สับสน จำความไม่ได้ เชื่องซึม ซา หรือสลบ โคม่าและตายได้ มันจะไปฆ่าเซลล์ของสมอง เมื่อเซลล์สมองถูกทำลายแล้วจะสร้างขึ้นใหม่ไม่ได้ การดื่มเป็นประจำระยะหนึ่งจะทำให้ความจำ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เสื่อมไป

การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost: YLLs) สาเหตุรายโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควร โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดความสูญเสียสูงสุดในเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน คิดเป็นร้อยละ 12 ความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Lost due to Disability: YLDs) สาเหตุรายโรค 10 อันดับแรก ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้น มีสัดส่วนสูงถึงประมาณสองในสามของความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) ทั้งหมด สาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชาย คือ ภาวะติดสุราซึ่งสูงถึงร้อยละ 22.6 ของความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) ที่สูญเสียในเพศชาย และจะเห็นว่าโรคและการบาดเจ็บที่เป็นต้นเหตุสำคัญของความสูญเสียทางสุขภาพเกือบทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556)

ในภาพรวมของประเทศในประชากรทั้งสองเพศ ในปี 2552 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรไทยในเพศชายถึง 20,842 ราย หรือ ร้อยละ 8.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด การดื่มสุราได้ทำให้ประชากรไทยตายก่อนวันอันควรมันนับรวมเป็น 408,839 ปีของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLL) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10.9 ของการสูญเสียจำนวนปีจากการตายก่อนวัยอันควร

ทั้งหมด แน่แน่นอนว่า เหนือจากปัญหาสุราจำนวนไม่น้อยที่ต้องอยู่กับความพิการโดยไม่ได้เสียชีวิตทันที การศึกษาภาระโรคได้ประมาณการว่า การดื่มสุราได้ทำให้ประชากรไทยมีชีวิตอยู่กับความพิการสะสมถึง 504,046 ปี หรือคิดเป็นร้อยละ 24.4 ของปีแห่งการสูญเสียจากความพิการ (YLD) และยังก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ถึง 912,885 ปี หรือ ร้อยละ 15.7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆแล้ว การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับหนึ่ง เมื่อพิจารณาจากความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับสาม เมื่อพิจารณาจากการเสียชีวิต และจำนวนปีการเสียเสียก่อนวัยอันควร (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556)

ตามรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556 ของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้บาดเจ็บในช่วงเทศกาล โดยช่วงเทศกาลจะมีจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับเวลาปกติ สถานการณ์อุบัติเหตุในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ปี 2557 จากข้อมูลจากศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน พบว่า จำนวนอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ ปี 2557 จำนวน 3,174 ครั้ง จำนวนผู้เสียชีวิต 366 ราย จำนวนผู้บาดเจ็บ 3,345 ราย จำนวนอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลเทศกาลสงกรานต์ ปี 2557 จำนวน 2,992 ครั้ง จำนวนผู้เสียชีวิต 303 ราย จำนวนผู้บาดเจ็บ 3,225 ราย (นพพล วิทย์วรพงศ์ และคณะ, 2557)

อุบัติเหตุจราจรที่มีความรุนแรงและบ่อยในปัจจุบัน มักมีความเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา เนื่องจากการดื่มสุราทำให้ความสามารถในการขับขี่ลดลง คนที่อยู่ในสภาพมึนเมานั้น จะขาดสติและไม่สามารถบังคับตนเองได้ โดยสุราที่ดื่มจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ลดความไวของการรู้สึกและการสั่งการของสมอง กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกันการมองเห็นผิดไป ไม่สามารถกะหรือกำหนดระยะทางได้ถูกต้อง และไม่สามารถตัดสินใจในเวลาอันรวดเร็วพอที่จะพาให้พ้นจากอุบัติเหตุได้ (ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา, ม.ป.ป.)

ความสัมพันธ์ของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกับโอกาสเกิดอุบัติเหตุจราจร มีดังนี้

ตาราง 1 แสดงความสัมพันธ์ของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกับโอกาสเกิดอุบัติเหตุจราจร

ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (ม.ก.%)	สมรรถภาพในการขับรถ	โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเมื่อเทียบกับคนที่ไม่ดื่มสุรา
20	มีผลเพียงเล็กน้อยเฉพาะบางคน	ใกล้เคียงกับคนไม่ดื่มสุรา
50	ลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 8	โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเป็น 2 เท่า
80	ลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 12	โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเป็น 3 เท่า
100	ลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 15	โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเป็น 6 เท่า
150	ลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 33	โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเป็น 40 เท่า
มากกว่า 200	ลดลงเป็นสัดส่วนกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด	ไม่สามารถวัดได้เนื่องจากควบคุมการทดลองไม่ได้

พ.ร.บ. การจราจรทางบก พ.ศ.2550 ในมาตรา 43(2) บัญญัติว่า ห้ามมิให้ผู้ใดขับขี่รถในขณะเมาสุราหรือเสพของมีนเมาอื่น และมาตรา 160 บัญญัติว่าผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 43 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับตั้งแต่ 5,000 - 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และให้ศาลสั่งพักใช้ใบอนุญาตขับขี่ของผู้นั้น มีกำหนดไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่ โดยผู้ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะถือว่าเป็นผู้ที่เมาแล้วขับขี่ (ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา, ม.ป.ป.)

ผลจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อมิติสุขภาพ ได้แก่ อุบัติเหตุและภาวะโรค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่ออุบัติเหตุในระดับบุคคล อุบัติเหตุถือว่าเป็นเกิดขึ้นกับกลุ่มผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนใหญ่ ตามงานวิจัยของ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอนและคณะ (2550) ศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านอุบัติเหตุจราจรในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย พบว่า การเกิดอุบัติเหตุจราจรมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุสูง ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับขี่จะเกิดอุบัติเหตุมากกว่าผู้ขับขี่โดยไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2.83 เท่า สอดคล้องกับผลศึกษาของ กนิษฐา ไทยกล้า (2556) ศึกษาการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับความยากจนในครัวเรือนของภาคเหนือตอนบน พบว่าสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ดื่มประจำทุกสัปดาห์ ได้รับบาดเจ็บทางกายและได้รับอุบัติเหตุทางถนน มากกว่าคนที่ไม่ดื่มประจำทุกสัปดาห์ 2.56 เท่า และมีโอกาสได้รับอุบัติเหตุจากการดื่มมากกว่า 2.53 เท่า สมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ดื่มหนัก มีโอกาสได้รับอุบัติเหตุจากการดื่มมากกว่าคนที่ไม่ดื่มแบบหนัก 2.19 เท่า สำหรับระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามผลการศึกษาของณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ (2550) พบว่าความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจราจรมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ในกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อเกิดอุบัติเหตุ โดยอายุของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุหนึ่งส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ ตามการศึกษาของ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ (2550) พบว่า ปัจจัยด้านอายุและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร ได้ร้อยละ 74.30 ซึ่งกลุ่มอายุที่พบว่าดื่มมากที่สุด คือ อายุระหว่าง 25-59 ปี ตามผลการศึกษาของ จีรนนท์ แก้วกล้า และคณะ (2552)

สุราเป็นสารเสพติดที่ไม่เพียงพองแต่จะบ่อนทำลายสุขภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ดื่มเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่รอบข้างอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นการทำให้เกิดความเครียดกับบุคคลในครอบครัว การเกิดโรคร้ายจากความเครียด อับอาย เสียการเสีงาน เสียเงินทองไปกับการชำระหนี้สินที่เกิดจากการดื่มสุรา รวมถึงเรื่องของการกระทำ ความรุนแรง ทั้งนี้การดื่มสุรานับเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่การกระทำรุนแรง โดยเฉพาะในเด็กและผู้หญิง จากข้อมูลของศูนย์พึ่งได้กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีเด็กและผู้หญิงถูกกระทำ ความรุนแรงจากสุรา โดยเฉลี่ยวันละ 63 คน หรือซึ่งโมงละ 3 คน นอกจากนี้ผลการวิจัยของมูลนิธิเพื่อนหญิงยังพบอีกว่า 70 เปอร์เซ็นต์ของผู้ชายที่ดื่มสุรานั้นมักนำมาความรุนแรงมาสู่ครอบครัว ซึ่งสาเหตุที่การดื่มสุรานำไปสู่ความรุนแรง เนื่องมาจากสุราจะไปมีผลกับสมองของผู้ดื่ม ที่เกี่ยวข้องคือสมองที่ทำงานเกี่ยวกับการคิดการตัดสินใจ การใช้เหตุผล โดยสุราจะไปมีฤทธิ์กดสมองส่วนนี้ ทำให้ผู้ที่ดื่มขาดการยับยั้งชั่งใจ ใช้เหตุใช้ผลได้ไม่ถี่นัก ไม่รับรู้ว่ามีสิ่งใดผิดหรือถูก

บวกกับสุราทำให้เกิดความรู้สึกคึกคะนอง และก้าวร้าว ดังนั้นการกระทำความรุนแรงจึงเกิดขึ้นกับบุคคลที่อยู่รอบข้างได้ง่าย ทั้งการทำร้ายร่างกายด้วยวิธีการต่างๆ และทำร้ายจิตใจด้วยคำพูดหยาบคาย บั่นทอนความรู้สึก (ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา, ออนไลน์) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นผล ทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว โดยกลุ่มสตรีที่มีสามีดื่มฝ่ายเดียว และกลุ่มสตรีที่ดื่มและมีสามีที่ดื่มด้วย มีโอกาสเสี่ยงที่จะถูกกระทำความรุนแรง 4.27 เท่า (adjusted OR = 4.27, 95% CI = 1.10–16.62) และ 8.55 เท่า (adjusted OR = 8.55, 95% CI = 1.75–41.90) ของกลุ่มสตรีและสามีที่ไม่ดื่มและพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสตรี/สามีที่มีผลต่อการกระทำความรุนแรง ได้แก่ ปริมาณการดื่มมากกว่า 5 แก้วขึ้นไปต่อครั้ง (adjusted OR = 4.17, 95% CI = 1.14–15.28) และ การใช้สารเสพติดขณะดื่ม (adjusted OR = 3.97, 95% CI = 1.04 – 15.07) (พงษ์เดช สารการ และ คณะ, 2552)

สถานการณ์การดื่มสุราในประเทศไทย

ทักษพล ธรรมรังสี (2556) สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ ในประเทศไทย ปี 2556 พบว่า คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นนักดื่มในปัจจุบัน (Current drinker) หรือผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 16,992,017 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.5 ของประชากรผู้ใหญ่ สำหรับผู้ที่ไม่ดื่มนั้น ประชากร 32,189,553 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 59.7 เป็นผู้ที่ไม่ดื่มและไม่เคยดื่มเลยในชีวิต และอีกส่วนหนึ่ง คือ ประชากร 4,714,885 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 8.7 เป็นผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ได้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาความชุกของนักดื่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยที่ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรผู้ใหญ่ชายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในขณะที่ประชากรผู้ใหญ่หญิงที่ดื่มมีประมาณร้อยละ 11 ซึ่งเปรียบเทียบอย่างหยาบได้ว่า ประชากรผู้ใหญ่ชายมีความชุกการดื่มสูงกว่าประชากรผู้ใหญ่หญิงประมาณ 5 เท่า

ในปี 2554 ผู้ดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 16,992,017 คนนั้น จำนวนกว่า 7.5 ล้านคน หรือเกือบครึ่งของผู้ดื่มเป็นผู้ดื่มประจำ (Regular drinker) ซึ่งดื่มทุกสัปดาห์ และอีกกว่า 9 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 56 ดื่มแบบนานๆ ครั้ง (Occasional drinker) ซึ่งดื่มน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อพิจารณาการดื่มประจำ พบว่า มีผู้ดื่มทุกวันและเกือบทุกวันเกือบ 2.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของผู้ดื่มทั้งหมด โดยในกลุ่มนักดื่มชายมีสัดส่วนนักดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวันสูงกว่านักดื่มหญิงอย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 20 และร้อยละ 10.2 ในช่วงปี 2544-2554 นั้น สัดส่วนนักดื่มประจำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยสัดส่วนของนักดื่มประจำต่อนักดื่มทั้งหมดเพิ่มจากร้อยละ 35 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 44.2 ในปี 2554 ซึ่งคิดเป็นการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2.6 ต่อปี อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของนักดื่มประจำเพิ่มขึ้นอย่างมากที่สุดในปี 2549 แต่ก็ลดลงในปี 2550 และมีทิศทางที่เพิ่มสูงขึ้นหลังจากนั้น

โดยเฉลี่ยแล้ว ประชากรผู้ใหญ่ไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นมากในช่วงปี 2540 - 2554 กล่าวคือดื่มเพิ่มขึ้นจาก 37 ลิตรเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปีในปี 2540 เป็น 52 ลิตรเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี ในปี 2554 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.8 ต่อปี เมื่อดูที่ปริมาณดื่มในปี 2554 พบว่า ปริมาณ 52 ลิตรเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเทียบเท่ากับสุราสี 74 ขวดต่อปี หรือประมาณ 6 ขวดต่อเดือน และสามารถเทียบได้กับเบียร์ 83 ขวดใหญ่ หรือประมาณ 7 ขวดต่อเดือน ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจในปี 2554 พบว่า ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ สุรา

(ร้อยละ 55) เบียร์ (ร้อยละ 42.7) และไวน์ (ร้อยละ 0.6) นักดื่มชายดื่มสุราร้อยละ 57.7 ดื่มเบียร์ร้อยละ 40.8 และดื่มไวน์เพียงร้อยละ 0.4 อย่างไรก็ตาม นักดื่มหญิงดื่มเบียร์มากที่สุด (ร้อยละ 52.6) ดื่มสุราร้อยละ 40.6 และดื่มไวน์ร้อยละ 1.6

จากการสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า พบว่า คนไทยนิยมดื่มเหล้าในช่วงงานประเพณี หรือเทศกาลต่างๆ เช่น งานทอดกฐิน งานบวช งานศพ งานประจำปีต่างๆ มากถึงกว่า 40% ของประชากร ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงและมักเกิดโศกนาฏกรรมจากอุบัติเหตุและปัญหาอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสังคมตามมาอยู่เสมอ นอกจากนี้ มีการศึกษาสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวไทย พบว่า การจัดงานบุญประเพณีส่วนใหญ่นิยมจัดที่บ้าน เช่น งานศพ งานบวช โดยมีสุราเป็นเครื่องดื่มหลัก ที่น่าห่วงคือ เด็กที่ไปร่วมงานกับพ่อแม่จะได้ดื่มสุราในงานเหล่านี้ด้วย ขณะเดียวกันยังพบข้อมูลว่า ร้อยละ 35 ของเด็กที่ไปลานเบียร์ใกล้บ้านกับพ่อแม่สามารถเข้าได้ ไม่มีการห้ามเด็กต่ำกว่า 18 ปี และเด็กยังดื่มเบียร์ที่พ่อแม่ซื้ออีกด้วย อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบเทศกาลที่เด็กดื่มสุรามากที่สุด (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556)

การดื่มสุราในสตรีและผลกระทบจากการดื่มสุราในกลุ่มสตรี

จากอดีตถึงปัจจุบันสังคมไทย พบว่า มีผู้หญิงดื่มเหล้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภท เหล้า เบียร์ ไวน์ หรือยาดองให้เห็นอยู่เสมอ และมีแนวโน้มว่าผู้หญิงเริ่มต้นดื่มเหล้าในช่วงอายุที่น้อยลงเรื่อยๆ หรือเริ่มดื่มตั้งแต่วัยเรียน ซึ่งเหตุผลในการดื่มเหล้าของผู้หญิงมีด้วยกันหลายเหตุผล และการดื่มเหล้าก็ส่งผลกระทบต่อผู้หญิงในแบบที่ต่างๆ กัน ขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการดื่มเหล้า ปริมาณการดื่มเหล้า การตอบสนองของร่างกายที่มีต่อเหล้า แต่ทั้งหมดนี้ก็ส่งผลที่คล้ายกันคือ ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสมอง (นุชญาดา สุทธิกุลพานิช, 2558)

สาเหตุที่ทำให้สตรีดื่มสุรา

1. ผู้หญิงดื่มเหล้าเพราะต้องการเข้าสังคม เป็นที่ยอมรับของสังคม กลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มคนทำงานด้วยกัน
2. ผู้หญิงดื่มเหล้าเพราะช่วยเพิ่มความสนุก เหล้าจะช่วยทำให้รู้สึกกล้า ตัดความรู้สึกผิดชอบชั่วดี และความสำนึกผิดในช่วงระยะเวลาหนึ่ง
3. ผู้หญิงดื่มเหล้าเพราะเพื่อนชักชวน และความอยากรู้อยากลอง
4. ผู้หญิงดื่มเหล้าเพราะมีความเชื่อผิดๆ ว่าจะทำให้ผิวพรรณเปล่งปลั่ง
5. ผู้หญิงดื่มเหล้าเพราะเชื่อว่าสมองจะปลอดโปร่ง
6. ผู้หญิงดื่มเหล้าเพราะเชื่อว่าช่วยดึงดูดความสนใจของเพศตรงข้าม

ผลกระทบจากการดื่มสุราในสตรี

1. ทำให้ผิวเสีย มีริ้วรอยก่อนวัย เพราะการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ปัสสาวะบ่อย จึงส่งผลให้ผิวแห้ง ร่างกายสูญเสียน้ำ ซึ่งทำให้ผิวมีริ้วรอย หน้าเหี่ยว แก่ไว นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังทำให้ร่างกายขาดวิตามินบี ซึ่งการขาดวิตามินบีจะทำให้ผิวแห้งเหี่ยว เป็นสิว คันตามผิวหนัง ผิวแห้งแตกกลาย

2. เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เพราะแอลกอฮอล์ช่วยเพิ่มระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยให้เซลล์มะเร็งชนิดตอบสนองต่อฮอร์โมนเจริญเติบโต จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์วันละแก้วเป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

3. น้ำหนักเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดโรคอ้วน ลงพุง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพราะแอลกอฮอล์ให้พลังงานสูงมากเกือบเท่าไขมัน โดยเฉพาะผู้หญิงส่วนใหญ่ชอบดื่มแอลกอฮอล์ผสมกับน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลมที่มีน้ำตาลมาก ก็ยิ่งเพิ่มพลังงานให้สูงขึ้นมากกว่าปกติ

4. สมรรถภาพของผู้หญิงได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์มากกว่าสมรรถภาพของผู้ชาย ผู้หญิงจะสูญเสียเซลล์สมองเร็วกว่าผู้ชาย แม้ผู้หญิงจะดื่มน้อยกว่าผู้ชายก็ตาม

5. มีการสร้าง estrogen (ฮอร์โมนเพศหญิง) สูงจึงเป็นสาเหตุให้เกิดสมรรถภาพทางเพศลดลง

6. มีแนวโน้มและความเสี่ยงสูงที่จะถูกทำร้ายร่างกาย ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และถูกข่มขืน

7. มีโรคแทรกซ้อนและเกิดโรคอื่นๆ จากเหล้าได้มากกว่าผู้ชายเมื่อดื่มสุรารปริมาณเท่ากัน เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคตับอักเสบ โรคตับแข็ง มะเร็งปาก มะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับอ่อน เป็นต้น

8. ทำลายระบบประสาท ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า สับสน หัวใจเต้นเร็ว อารมณ์ฉุนเฉียว อาจมีอาการชักประสาทรุนแรง และถ้าดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับยาที่กดประสาท เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท จะเสริมฤทธิ์กันทำให้มีอันตรายมากขึ้นได้ บางรายอาจทำให้เกิดโรคจิต และหลอดเลือดสมองแตก

9. สตรีที่ดื่มเหล้าจนเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง จะมีใบหน้าบวมดู หน้าแดง ตาแดง ผิวหนังคล้ำ มือสั่น ลมหายใจมีกลิ่นแอลกอฮอล์ เบื่ออาหาร ร่างกายซูบผอม

10. สตรีที่ดื่มเหล้าในช่วงตั้งครรภ์ ดื่มท้องจะทำให้มีความเสี่ยงในการแท้งลูกได้ หรือเด็กเกิดมามีน้ำหนักน้อย มีปัญหาต่อสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ปากแหว่ง เด็กจะมีปัญหาทางสมอง สมาธิไม่ค่อยดี การเรียนรู้ต่ำกว่าปกติ คิดช้า ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมไม่ค่อยดี และอาจมีแนวโน้มที่จะติดยาเสพติด ติดเหล้าได้ง่ายเมื่อโตขึ้น

สุรากับหญิงตั้งครรภ์

สุรากับหญิงตั้งครรภ์และลูกน้อยกับ FAS.D. (Fetal Alcohol Spectrum Disorder)

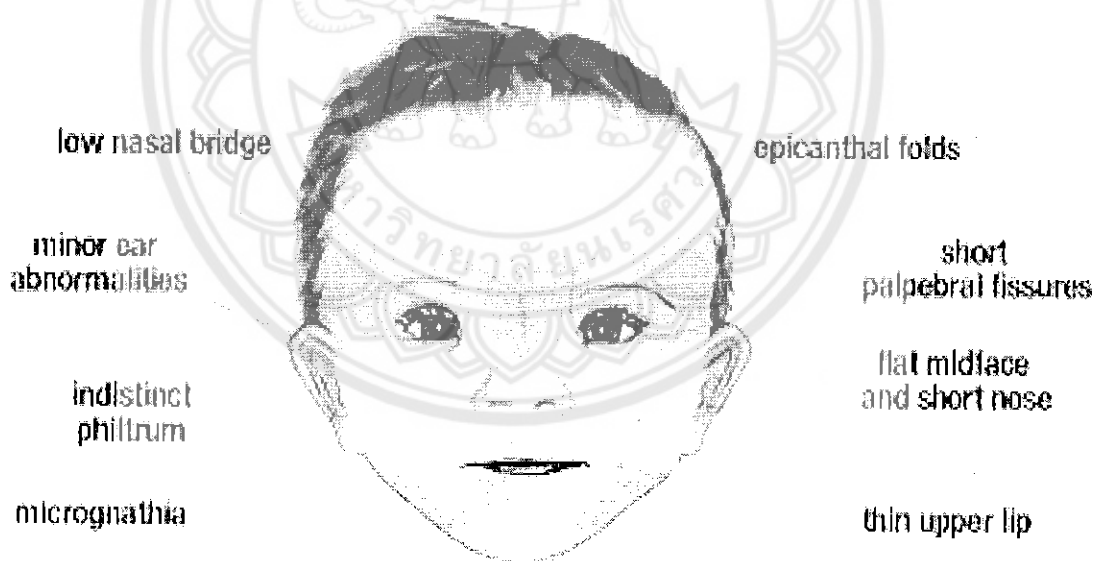
จากสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556 พบว่า ประมาณร้อยละ 32.9 ของผู้หญิงที่ตั้งท้องดื่มในช่วง 12 เดือน ก่อนการตั้งครรภ์ และร้อยละ 16.7 ของแม่ที่ดื่มไม่รู้ว่าตั้งท้องและยังดื่มเหล้า นอกจากนี้ยังมีคุณแม่อีกกลุ่มหนึ่ง (ร้อยละ 17.7) ที่ยังคงดื่มอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะท้อง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ผู้หญิงกลุ่มนี้มีภาวะการติดสุรา หรือไม่ทราบมาก่อนว่า การดื่มสุรามีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556)

แม่ดื่มขณะตั้งครรภ์ ลูกน้อยเสี่ยงต่อ FAS.D.

ผลที่ได้จากการดื่มของคุณแม่ขณะตั้งครรภ์หรือตลอดการตั้งครรภ์ จึงทำให้เกิดการแท้งลูกพิการแต่กำเนิดหรือมีอาการผิดปกติ ข้อค้นพบจากงานวิจัย ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิด Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FAS.D.) หรือกลุ่มอาการผิดปกติของเด็กทารก โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งในช่วงปฏิสนธิหรือในช่วง 3 เดือนแรก จะเกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า FAS.D. ซึ่งมีอาการแสดงได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ ไปจนถึงเมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มของแม่ ลักษณะอาการขั้นรุนแรงจะเรียกว่า Fetal alcohol syndrome (FAS) ซึ่งมีลักษณะทางร่างกายที่ผิดปกติ คือ ช่องตาสั้น ร่องริมฝีปากบน (Thin upper lip) เรียบ ริมฝีปากบนยาวและบาง หนังคลุมหัวตามาก (epicanthal folds) จมูกแบน ปลายจมูกเซิดขึ้น ส่วนกลางใบหน้ามีการพัฒนาน้อยกว่าปกติ (midface hypoplasia) และที่สำคัญที่สุด คือ เกิดการทำลายของเซลล์ประสาท จะส่งผลให้มีการเจริญเติบโตบกพร่อง น้ำหนักแรกเกิดน้อย และมีอัตราการเจริญเติบโตน้อย ศีรษะเล็ก เกิดความผิดปกติของโครงสร้างสมอง เช่น ไม่มีสมองใหญ่ (anencephaly) สมองใหญ่มีร่องผิดปกติ (schizencephaly) เยื่อหุ้มสมองและเนื้อสมองเลื่อน (lumbarmeningomyelocele) ส่วนด้านพัฒนาการของสติปัญญาก็มีความบกพร่อง มีปัญหาด้านความจำ การเคลื่อนไหวผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช เช่น ภาวะวิตกกังวล (anxiety disorder) มีภาวะซึมเศร้า (depression) พฤติกรรมอันธพาล (conduct disorder) และมีปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ เช่น อาการชุกชนไม่อยู่นิ่ง และสมาธิสั้น (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556)

FETAL ALCOHOL SYNDROME



ภาพ 2 กลุ่มอาการทารกในครรภ์ที่ได้รับแอลกอฮอล์

ที่มา: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh341/4-14.htm>

แม่ดื่มระหว่างตั้งครรภ์ ลูกน้อยพัฒนาการทางการเคลื่อนไหวช้า

ทุกครั้งที่แม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ที่กำลังดื่มไปกับแม่ด้วย โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แม่ดื่มเข้าไปนั้น จะเข้าสู่ทารกโดยตรงผ่านทางรก ทำให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของทารกในครรภ์สูงพอๆ กับแม่ตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา แต่ทารกต้องใช้เวลาใน

การขับสารพิษนี้ออกจากร่างกายมากกว่าแม่ถึง 2 เท่า ยิ่งไปกว่านั้น แม่ที่ดื่มเหล้า แล้วยังให้นมลูก แอลกอฮอล์จะยังคงตกค้างอยู่ในกระแสเลือดและในน้ำนมแม่ เป็นเวลาประมาณ 60-90 นาที หากดื่มเป็นประจำทุกวันระหว่างที่ให้นมลูกช่วง 3 เดือนแรก จะส่งผลให้การพัฒนาของระบบประสาท ด้านการเคลื่อนไหวของลูกล่าช้า

แม่หลายคนเข้าใจว่า ยาตองเหล้า เป็นยาบำรุงร่างกาย และทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว แต่ความจริงมิได้เป็นเช่นนั้น เพราะเมื่อแม่ดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพแม่และลูก หากอยู่ในช่วงให้นมบุตร แอลกอฮอล์จะปนออกมากับน้ำนมของแม่ด้วย ดังนั้น แม่ต้องหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด เพราะสิ่งที่แม่ดื่มจะถ่ายทอดผ่านทางน้ำนมแม่ไปถึงลูกด้วยและข้อมูลยังพบว่า แม่ที่ดื่มสุราจะมีความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรลดลง เกิดการใช้ความรุนแรงในครอบครัว เช่น การทำร้ายลูกและคู่สมรส และการเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีแก่เด็กและเยาวชนอีกด้วย แม้ว่าประเทศไทย จะยังไม่มีข้อมูลแน่ชัดเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิด FAS.D. แต่จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมมารดื่ม แอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ก็สะท้อนถึงความน่ากังวลเกี่ยวกับผลกระทบดังกล่าว และ FAS.D. สามารถ ป้องกันได้ 100% ด้วยการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิตนา วงศ์วาน (2548) ได้ศึกษาความชุกชุมและพฤติกรรมมารดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า เพศ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน พฤติกรรมการเที่ยวกลางคืน อิทธิพลของเพื่อน ความรู้เกี่ยวกับโทษของ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์และการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ของบิดา มารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กาญจนา แก้วสุวรรณ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธต่อพฤติกรรมมารดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน เป็น การศึกษาเชิงทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยรุ่นอายุ 14-18 ปี จำนวน 11 ราย ที่มีพฤติกรรมมารดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ซึ่งประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมมารดื่ม AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (WHO, 2001) มีระดับคะแนนอยู่ ระหว่าง 8-15 คะแนน นำกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจำนวน 7 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ และทำการประเมินพฤติกรรมมารดื่มก่อนและหลังการทดลองทันทีเมื่อ สิ้นสุดโปรแกรม และอีก 2 สัปดาห์ประเมินซ้ำอีกครั้ง รวมเป็น 6 สัปดาห์ พบว่า การส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คะแนนพฤติกรรมมารดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างลดต่ำลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เมื่อสิ้นสุดการทดลองทันทีและ หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ และคะแนนพฤติกรรมมารดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงภายหลัง สิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างจากหลังสิ้นสุดโปรแกรม

อัญชญา ณ ระนอง (2551) ได้วิเคราะห์หว่าค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี ส่วนทำให้คนที่ไม่จนตกมาอยู่ภายใต้เส้นความยากจนมากขึ้นเพียงใด ผลการศึกษา ชี้ให้เห็นว่า การ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบทางตรงต่อความยากจนไม่มากนัก ซึ่งอาจจะไม่รุนแรงเท่ากับ ผลกระทบที่มีต่อสุขภาพและผลิตภาพการทำงานซึ่งย่อมมีผลต่อเศรษฐกิจของครัวเรือนในระยะยาว

หรือผลทางอ้อมที่มีต่อการตายและการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุ การให้ความรู้หรือการรณรงค์กับประชาชนจึงควรให้ความรู้ที่ถูกต้อง คือ ควรหันไปเน้นที่ผลกระทบที่สำคัญอื่น ๆ ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แทนที่จะเน้นผลที่มีต่อความยากจนอย่างที่ผ่านมา นอกจากนี้ การศึกษาพบว่าคนจนเพราะการดื่มแอลกอฮอล์ในบ้านมากกว่าการดื่มนอกบ้าน ประกอบกับข้อมูลบ่งชี้ว่าคนไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่สูงกว่าประเทศอื่น ๆ อีกถึงกว่า 140 ประเทศ สะท้อนให้เห็นว่าคนไทยจำนวนมากยังมองว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องธรรมดาในสังคมไทย การที่จะลดผลกระทบด้านลบจากแอลกอฮอล์จึงควรเน้นที่การเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนในเรื่องนี้ด้วย

ประสิทธิ์ ไกยราช (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชายตอนต้น เป็นการศึกษาทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชายที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2552 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์ จำนวนกลุ่มละ 50 คน นำกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 70-80 นาที โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ และทำการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองทันทีเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และอีก 4 สัปดาห์ประเมินซ้ำอีกครั้ง พบว่า การสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยการใช้แนวคิดพีริ-ชีด-โพรซีดโมเดล ได้โปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม คือ การรณรงค์ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับนักเรียน การจัดทำป้ายรณรงค์การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดกิจกรรมกล่าวคำปฏิญาณตนการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดอบรมเรื่องการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และการจัดตั้งชมรมเพื่อรณรงค์การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนและในชุมชน หลังดำเนินการตามโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยการใช้แนวคิดพีริ-ชีด-โพรซีดโมเดล ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคะแนนทักษะปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สมชาย รักกลาง และคณะ (2553) ได้ศึกษามูลเหตุและแรงจูงใจในการดื่มสุราของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราของนักศึกษาอยู่ที่ 100-200 บาท/ครั้ง (ร้อยละ 58.9) มูลเหตุและแรงจูงใจในการดื่มสุรา ของนักศึกษา เพราะต้องการเข้าสังคมมากเป็นอันดับ 1 (ร้อยละ 16.9) อันดับ 2 คือ เพื่อนชวนดื่ม (ร้อยละ 15.2) และอันดับ 3 คือ คลายเครียด (ร้อยละ 13.9) พฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษา การดื่มสุราในครั้งแรกส่วนใหญ่อายุที่ดื่มคือช่วงอายุ 16-18 ปี (ร้อยละ 31.0) สุราที่ดื่มในครั้งแรก คือ เบียร์ (ร้อยละ 40.1) การดื่มสุราครั้ง

แรกจะดื่มกับเพื่อน (ร้อยละ 65.7) การดื่มสุราในปัจจุบันส่วนใหญ่จะดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน (ร้อยละ 38.8) การดื่มสุราจะมีการดื่มสุราที่ผับ บาร์ เคาท์ (ร้อยละ 31.3) ส่วนใหญ่จะไม่ดื่มใน มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 76.8)

เกษนภา กิ่งก้าน (2554) ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังตะคร้อ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 1 เดือน ร้อยละ 80 ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลดลง และร้อยละ 20 สามารถหยุดดื่มได้ ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ที่ เป็นโรคติดสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมที่มสุขภาพทุกคนเห็นด้วยกับการนำโปรแกรมไปใช้ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ประโยชน์ต่อผู้ป่วย และญาติ 2) การผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน 3) ประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน 4) ความสะดวก และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 5) ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้าร่วมศึกษา และลดการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นควรนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราไปใช้ในการติดตามดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อไป ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถทำให้พฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้าร่วมศึกษา ลดลง และลดการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นควรนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราไปใช้ในการติดตามดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อไป

ดรุณี คุณวัฒนา (2554) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของสตรี ในเขตอำเภอปักษ์ธงชัย จังหวัดนครราชสีมาปี 2554 พบว่า ร้อยละ 41.1 ของกลุ่มเป้าหมายอยู่ในวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.9 จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 42.3 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 62.9 และร้อยละ 14.5 เป็นหม้าย หย่า ร้อยละ 71.1 อยู่กับครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิก 4-6 คน สตรีส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทใดๆ ในสังคม รายได้เพียงพอร้อยละ 66 มีประสบการณ์ดื่มสุราร้อยละ 42.1 และเริ่มดื่มในกลุ่มอายุ 25 ปีขึ้นไปร้อยละ 42 ส่วนอายุต่ำสุดที่เริ่มดื่มคือ 13 ปี สตรีส่วนมากดื่มเบียร์ร้อยละ 40.7 ดื่มร่วมกับเพื่อนร้อยละ 77.2 มักดื่มที่บ้านตัวเองและบ้านเพื่อน ร้อยละ 33.3 และ 27.8 ตามลำดับ สาเหตุที่ดื่มครั้งแรกเนื่องจากงานสังสรรค์และฉลองในโอกาสสำคัญ ร้อยละ 42.6 และ 25.9 จะดื่มช่วงเย็นถึงค่ำมากที่สุดร้อยละ 81.4 ในปัจจุบัน พบว่า สตรียังคงดื่มสุรา ร้อยละ 77.9

พงษ์เดช สารการ และเยาวเรศ คำมะนาด (2555) ได้ศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยในประเด็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถจำแนกได้ ดังนี้ ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ดื่ม ซึ่งจำแนกตามลักษณะอาการแสดงได้ดังนี้ ภาวะมึนเมาจากแอลกอฮอล์ เป็นผลจากการที่แอลกอฮอล์ในกระแสเลือดไปมีผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการต่างๆแตกต่างกันไปตามระดับของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด ผู้ดื่มจะมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไป อัตราการเพิ่มสูงขึ้นของแอลกอฮอล์ในร่างกาย ซึ่งยิ่งดูดซึมเร็ว อัตรานี้จะยิ่งมากขึ้น ทำให้มีอาการได้เร็วและมากขึ้นตามลำดับ ภาวะร่างกายของแต่ละคนที่ตอบสนองต่อแอลกอฮอล์ ซึ่งบางคนต้องใช้แอลกอฮอล์

ปริมาณมากจึงจะเกิดการขึ้นได้ นอกจากนี้ปัจจัยทางพันธุกรรมที่เป็นตัวกำหนดการตอบสนองของสมองที่มีต่อระดับแอลกอฮอล์ และภาวะของอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในขณะที่ดื่ม ผลของแอลกอฮอล์ที่มีต่อการทำงานของสมองจะสัมพันธ์กับปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด โดยในระดับต่ำจะมีผลต่อการควบคุมอารมณ์ให้รู้สึกำแรง คึกคัก และความวิตกกังวลลดลง ต่อมาเมื่อระดับของแอลกอฮอล์เริ่มสูงขึ้น ก็จะมีผลต่อการประสานงานต่างๆ ในระบบการทำงานของสมอง ทำให้พูดไม่ชัดเจน เดินเซ การประสานงานระหว่างสายตา สมอง และการกระทำเริ่มผิดพลาดการตัดสินใจบกพร่อง มองเห็นภาพไม่ชัดเจน เกิดภาพซ้อน และเมื่อระดับแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นถึงระดับ 200 มิลลิกรัม/100 มิลลิลิตร จะมีผลต่อการทำงานของสมอง อย่างรุนแรง ทำให้สูญเสียต่อการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน จิตใจสับสน และถ้าระดับของแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นไปอีก จะทำให้หมดสติได้ นอกจากนี้ภาวะมีนเมาจากแอลกอฮอล์ยังมีผลเสียต่อร่างกายในด้านต่างๆ กล่าวคือ ทำให้เกิดการหน้าแดง หายใจเร็ว พฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว และยังมีผลเสียต่อระบบความจำ ทำให้จำอะไรไม่ได้ในขณะที่มีนเมา

ยุวดี อัครลาวัลย์ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็โรคติดสุรา อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์การศึกษา พบว่า หลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็โรคติดสุรา 1 เดือน ร้อยละ 100 ของผู้ที่เป็โรคติดสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็โรคติดสุรา มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง และร้อยละ 33.33 ไม่ดื่มสุรา โดยไม่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ที่เป็โรคติดสุราที่เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งทีมสุขภาพเห็นว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็โรคติดสุรา มีประโยชน์ในทุกด้านและมีความพึงพอใจต่อการนำโปรแกรมมาใช้ มีเพียง 1 ราย ที่เห็นว่าไม่มี ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็โรคติดสุรา ที่ทำให้พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็โรคติดสุราลดลงและลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ

Baune B. T. et al. (2005) ได้ศึกษาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คนต้องเข้าแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในเมืองเพิ่มขึ้น เพื่อดูอัตราผู้ป่วยที่มีปัญหาซึ่งสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐในเขตชุมชนเมือง 11 แห่งในประเทศเยอรมนี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 1,748 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.8 ซึ่งมีจำนวนครั้งของการมาใช้บริการเท่ากับ 2,372 ครั้ง อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 3 รวมจำนวนวันนอนทั้งหมดเท่ากับ 12,629 วัน และจำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อรายคิดเป็น 10 วันนอน เมื่อคำนวณอัตราผู้ป่วยคิดเป็น 10.7 ต่อ 1,000 คนของประชากร ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,748 ราย มีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการแผนกฉุกเฉินเพียงครั้งเดียว เท่ากับ 1,451 รายคิดเป็นร้อยละ 83 ของผู้ป่วยทั้งหมด ที่เหลือ 297 รายใช้บริการหลายครั้งซึ่งคิดเป็นค่ามัธยฐานได้เท่ากับ 3 ครั้ง (Median of Repeat Attendances = 3) จำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลช่วงสั้นๆ (น้อยกว่า 24 ชั่วโมง) สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ คือ เพศชาย ดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ประสบอุบัติเหตุ และมีโรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงสำหรับการมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินซ้ำ คือ การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากในครั้งแรกที่มาใช้บริการแผนกฉุกเฉิน เมื่อนำปัจจัยต่างๆ มาวิเคราะห์แบบพหุสัมพันธ์โดยใช้ Multinomial Logistic Regression Model พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก

ครั้งแรกที่มาแผนกฉุกเฉินสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับเพศชาย (OR 2.21, 95%CI 1.51-3.23) การประสบอุบัติเหตุ (OR 3.17, 95%CI 1.72-5.83) การมาตรวจตามแผนกอื่นๆ ในเวลาทำงาน (OR 8.56, 95%CI 5.72-12.81) การมาแผนกฉุกเฉินช่วงสั้นๆ (OR 9.42, 95%CI 5.65-15.70) การมาแผนกฉุกเฉินซ้ำๆ (OR 2.62, 95%CI 1.84-3.73) และการขอกลับบ้านเองโดยไม่สมัครใจรักษาต่อ (OR 1.93, 95%CI 1.08-3.42)

Charles Lwanga-Ntale ได้ศึกษาเรื่อง การดื่มสุรามีความยากจนมากขึ้นและนำไปสู่ความจนแบบถาวรในยูกันดา จากการวิจัยพบว่า การดื่มสุรามีความยากจนมากขึ้นและนำไปสู่ความจนแบบถาวรในยูกันดา ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในเชิงสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดการเจ็บป่วยจากการดื่มสุรามีความยากจนมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการบังคับใช้กฎหมาย สูญเสียกำลังการผลิตชิ้นงาน ทำให้คุณภาพชีวิตเลวลง สูญเสียทางเศรษฐกิจ

Diyana Samarasinghe ได้ ทำการศึกษาเรื่อง การดื่มแอลกอฮอล์กับความยากจน พบว่า ประชากรในประเทศกำลังพัฒนา ร้อยละ 20 ดำรงชีวิตอยู่ด้วยรายได้แค่วันละ หนึ่งดอลลาร์ และครอบครัวที่ยากจนเหล่านั้น มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด รายได้ส่วนหนึ่งของครอบครัวเหล่านี้นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการซื้อแอลกอฮอล์

Go V. L., Gukovskaya A., and Pandol S. J. (2005) ได้ศึกษาเรื่อง การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุของโรคกระเพาะเรื้อรัง โดยทำการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดโรคกระเพาะเรื้อรัง เพื่อประเมินว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระเพาะเรื้อรังหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า หลายงานวิจัยมีผลลัพธ์ที่ตรงกันว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นสาเหตุของโรคกระเพาะเรื้อรังอีกเสบเรื้อรังและโรคเบาหวานชนิด 2 ซึ่งโรคทั้งสองสัมพันธ์กับโรคกระเพาะเรื้อรัง ผู้วิจัยพยายามอธิบายกลไกการเกิดโรคกระเพาะเรื้อรังจากการดื่มแอลกอฮอล์ว่า แอลกอฮอล์และสารที่เกิดจากการเผาผลาญแอลกอฮอล์ เช่น Acetaldehyde และ Fatty Acid Ethyl Esters ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ Metabolic Pathways ที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองการอักเสบและการสร้างเซลล์มะเร็ง

Sakata K. et al. (2005) ได้ศึกษาเรื่อง การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการตายจากโรคกระเพาะเรื้อรังผลอดอาหารเป็นงานวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า 2 ปี ในกลุ่มตัวอย่างชายญี่ปุ่นทั้งหมด 42,578 คน ในประเทศญี่ปุ่น มีอายุระหว่าง 40-79 ปี เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการดื่มสุรากับการตายจากโรคกระเพาะเรื้อรังผลอดอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณการสูบบุหรี่ไม่เกิน 20 มวนต่อวัน ร่วมกับการดื่มมากกว่า 22 กรัม แต่ไม่เกิน 66 กรัม ของแอลกอฮอล์ต่อวันมีความเสี่ยงต่อการตายจากโรคกระเพาะเรื้อรังผลอดอาหารถึง 3.88 เท่า (Hazard Ratio 3.88, 95%CI 1.19-12.69) แต่ความเสี่ยงจะมากขึ้นถ้าสูบบุหรี่ มากกว่า 20 มวนต่อวัน ร่วมกับการดื่มมากกว่า 66 กรัมของแอลกอฮอล์ต่อวัน โดยมีความเสี่ยงต่อการตายจากโรคกระเพาะเรื้อรังผลอดอาหารสูงถึง 6.3 เท่า (Hazard Ratio 6.30, 95%CI 1.33-29.76) สำหรับคนที่ไม่สูบบุหรี่แต่ดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น หรือคนที่ไม่ดื่มเลยหรือดื่มไม่เกิน 22 กรัม ของแอลกอฮอล์ต่อวันแต่สูบบุหรี่มากขึ้นไม่พบความเสี่ยงต่อการตายจากโรคกระเพาะเรื้อรังผลอดอาหาร ผลการศึกษาสรุปว่า การสูบบุหรี่จัดพร้อมกันกับการดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการตายจากโรคกระเพาะเรื้อรังผลอดอาหารของชายญี่ปุ่น

Wakai K. et al. (2005) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคกระเพาะเรื้อรังลำไส้ใหญ่ในคนญี่ปุ่น พบว่า ระยะเวลาติดตามจาก 1988 ถึงเดือนธันวาคม 1997 โดยเฉลี่ย 7.6 ปี

1019959



(SD 1.9 ปี) ณ จุดเริ่มต้น มีชายที่ไม่ดื่มร้อยละ 18.5, หยุดดื่มร้อยละ 6.9, ยังดื่มอยู่ในปัจจุบันร้อยละ 74.5 ส่วนหญิงที่ไม่ดื่มร้อยละ 74.3, หยุดดื่มร้อยละ 1.9, กำลังดื่มอยู่ร้อยละ 23.8 พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon Cancer) 418 ราย (ชาย 220 ราย และหญิง 198 ราย) ผู้ป่วยโรคมะเร็งทวารหนัก (Rectal Cancer) 211 ราย (ชาย 150 รายและหญิง 61 ราย) ชายที่หยุดหรือกำลังดื่มอยู่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้มากกว่าชายที่ไม่ดื่มถึง 2 เท่า [Multivariate-adjusted IRR สำหรับผู้ที่หยุดดื่มเท่ากับ 2.01 (95%CI=1.09-3.68); IRR สำหรับผู้ที่ยังดื่มอยู่ในปัจจุบันเท่ากับ 1.97 (95%CI=1.28-3.03)] ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการดื่มกับการเกิดโรคมะเร็งไม่ชัดเจน เพศหญิงยังดื่มมากยิ่งขึ้นความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิด Rectal Cancer โดยพบว่า คนที่ดื่มเล็กน้อย (<22 g ethanol/day) ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งทวารหนัก [Multivariate-adjusted IRR สำหรับชายเท่ากับ 0.61 (95%CI=0.33-1.13); IRR สำหรับหญิงเท่ากับ 0.69 (95%CI=0.27-1.74)] แม้ว่า IRR สำหรับชายที่ยังดื่มอยู่ในปัจจุบันจะมีค่าเกือบเท่ากับชายที่ดื่มเล็กน้อย แต่ชายที่กำลังดื่มอยู่มีแนวโน้มที่จะเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามปริมาณที่ดื่มมากขึ้น (p =0.027)

Walton-Moss B. J. et al. (2005) ได้ศึกษาเรื่องผู้หญิงในเมืองที่มีคูร์กซึ่งดื่มสุราแบบอันตรายมีความเสี่ยงสูงต่อการถูกทำร้ายร่างกาย เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกายจากคูร์กของผู้หญิงที่อาศัยอยู่ใน 11 เมืองใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการถูกทำร้ายร่างกายจากคูร์กของผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในเมือง คือ ผู้หญิงอายุน้อย (Adjusted Odds Ratio (AOR) = 2.05, p = 0.011), มีปัญหาสุขภาพจิตปานกลางถึงรุนแรง (AOR = 2.65, p < .001), เคยมีคูร์กมาก่อน (AOR = 3.33, p < .001) ในด้านปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ชายที่ทำร้ายผู้หญิง ได้แก่ การศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลาย (AOR = 2.06, p = .014), มีปัญหาสุขภาพจิตปานกลางถึงรุนแรง (AOR = 6.61, p < .001), มีปัญหาใช้ยาเสพติด (AOR = 1.94, p = .020) หรือมีการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (AOR = 2.77, p = .001) หรือเคยทำร้ายสัตว์เลี้ยง (AOR = 7.59, p = .011) เมื่อนำปัจจัยต่างๆ มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กัน พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญต่อการถูกทำร้ายร่างกายจากคูร์กของผู้หญิง คือ คูร์กเป็นคนที่ปัญหาสุขภาพจิตปานกลางถึงรุนแรง (AOR = 2.13, p = .008), มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (AOR = 2.11, p = .020), มีพฤติกรรมชอบควบคุมบังคับ (AOR = 4.31, p < .001), เคยถูกจับเพราะคดีทำร้ายร่างกายคนในบ้าน (AOR = 2.66, p = .004), มีความสัมพันธ์นานกว่า 1 ปี (AOR = 2.30, p = .026)

พ.ศ. 2562
๑ HV
๓๗๗
๒๕๖๑
๒๕๖๐

กรอบแนวคิดการวิจัย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยืน
หยัดจากสิ่งเข้ยว่น เพื่อลดการบริโภคสุราใน
สตรีแม่บ้านเกษตรกร

1. ความสำเร็จในการกระทำ
2. การสังเกตตัวแบบ
3. การชักจูงด้วยคำพูด
4. สภาวะทางกายและอารมณ์

(Bandura, 1997)

พฤติกรรมลดการดื่ม
แอลกอฮอล์

1. การรับรู้ความสามารถของ
ตนเอง
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์
3. การมีความตั้งใจ



บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการวิเคราะห์พฤติกรรม การดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากนั้นประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ของสตรีแม่บ้านเกษตรกร

การศึกษาในส่วนนี้เป็นการศึกษา ด้านพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา เป็นการคัดเลือกชุมชนโดยวิธีเฉพาะเจาะจงได้แก่ชุมชน ในเขตภาคเหนือตอนล่างที่สตรีแม่บ้านเกษตรกรมีอัตราการบริโภคแอลกอฮอล์สูงตามรายงานสถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของศูนย์วิจัยปัญหาสุราแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2556 ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีอัตราการดื่มสูงสุดในเขตภาคเหนือตอนล่าง (ศูนย์วิจัยปัญหาสุราแห่งชาติ 2556)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีแม่บ้านสตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุราในชุมชนที่เป็นตัวแทนชุมชนที่มีการดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด ได้แก่ พื้นที่ตำบลหนองกุลา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก สุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 150 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

ทำการคัดเลือกสตรีแม่บ้านเกษตรกร มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. สตรีแม่บ้านสตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุรา
2. สามารถอ่าน เขียนหนังสือ
3. มีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยและร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด
4. มีภูมิลำเนาอยู่ใน ตำบลหนองกุลา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. สตรีแม่บ้านเกษตรกรที่เข้าร่วมโปรแกรมบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัย
2. สตรีแม่บ้านเกษตรกรที่เข้าร่วมโปรแกรมย้ายถิ่นที่อยู่ขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล อายุ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้แบบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของยัง และคณะ (Young et al., 2007) เป็นการวัดความมั่นใจ หรือความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโอกาสต่างๆ (Drinking Refusal Self - efficacy Questionnaire: DRSEQ) ซึ่งมีการแปลและประยุกต์ใช้ในงานวิจัยของอัญชลี เหมชะญาติ (2552) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scales) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มั่นใจอย่างยิ่ง ค่อนข้างมั่นใจ ค่อนข้างไม่มั่นใจ ไม่มั่นใจเลย

มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

มั่นใจอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	4
ค่อนข้างมั่นใจ	ให้คะแนน	3
ค่อนข้างไม่มั่นใจ	ให้คะแนน	2
ไม่มั่นใจเลย	ให้คะแนน	1

ส่วนที่ 3 แบบวัดการกำกับตนเองของการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation) (A. Bandura, 1986) เพื่อวัดการกำกับตนเองของการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้คะแนนเป็นรายข้อ ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับการปฏิบัติของการกำกับตนเองของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติได้ทุกครั้ง ปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง ปฏิบัติไม่ได้

มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติได้ทุกครั้ง	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติไม่ได้	1 คะแนน	3 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุรากับปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติ Binary Logistic นำข้อค้นพบไปสู่ขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในส่วนที่ 2 ต่อไป

ส่วนที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยหลักการยึดจากสิ่งยั่วยวน

คัดเลือกสตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุรา ที่มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 60 คน เข้าสู่กิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยหลักการยับยั้งจากสิ่งยั่วยวน ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่ม 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่ม 3) การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าวให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการดื่ม และ 4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความพร้อมต่อการปฏิเสธการดื่ม และมีกิจกรรมตามแผน คือ มีการกำหนดให้เข้ากลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง

ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการพัฒนาโปรแกรม

แหล่งที่มาของโปรแกรม	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยหลักการยับยั้งจากสิ่งยั่วยวน
	<ol style="list-style-type: none"> 1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง แล้วช่วยกันวิเคราะห์และอภิปราย 2. การให้ความรู้ในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานการณ์จำลองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ 3. การตั้งเป้าหมายร่วมกันในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
	<ol style="list-style-type: none"> 1. การใช้วีดิทัศน์เป็นตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยตัวแบบมีลักษณะดึงดูดความสนใจ มีอายุและเพศใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้นักเรียนได้เห็นความแตกต่างของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของตัวแบบทั้งสอง แล้วร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกจากการชมวีดิทัศน์
	<ol style="list-style-type: none"> 1. การให้กำลังใจ และชมเชยกลุ่มตัวอย่างในการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกิจกรรมต่างๆ ภายในกลุ่มเพื่อน 2. การสร้างแรงจูงใจจากการสนับสนุนของกลุ่มเพื่อน 3. การกระตุ้นให้ทบทวนประสบการณ์ของตนเองที่ประสบความสำเร็จ แล้วชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถป้องกันตนเองได้หากต้องเจอสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดความพยายามจนสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้คือการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แหล่งที่มาของโปรแกรม	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยหลักการ ยืนหยัดจากสิ่งยั่วชวน
4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State)	1. การสร้างสัมพันธภาพและเกมกระตุ้นการเรียนรู้เพื่อสร้าง ความรู้สึกที่ดีต่อการเรียนรู้การป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 2. การเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์ ผลกระทบจากอารมณ์และ การควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม 3. การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดจาก สถานการณ์สมมุติ

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้
กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรม "เหล้าสู่กันฟัง" การแลกเปลี่ยนประสบการณ์
แลกเปลี่ยนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้ว
แบ่งกลุ่มฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดจากสถานการณ์สมมุติ พร้อมร่วมกันอภิปราย
ให้ความคิดเห็น ความรู้สึก การซักถามต่อเหตุการณ์ที่เล่าและสรุปผลการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้
เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรม "ชีวิตดีดี ไม่มีเหล้า" การเรียนรู้แนวทางการ
ปฏิบัติตัวจากตัวแบบ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้แนวทางจากตัวแบบที่ประสบ
ผลสำเร็จจากการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรม "เล่าเรื่องเหล้า" การเรียนรู้จากวีดิทัศน์ ภาพ
เหตุการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากแอลกอฮอล์ พร้อมร่วมกันแสดง
ความคิดเห็นต่อภาพเหตุการณ์ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรม "เอาเหล้า มาเล่า" การแบ่งปันประสบการณ์ เล่า
เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริง เกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน
(อสม. ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด) และร่วมกันแสดงความคิดเห็น เปิดโอกาส
ซักถามข้อสงสัย แล้วสรุปกิจกรรมใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมการทบทวนความรู้และทักษะทั้งหมดที่ผ่านมาทั้ง
4 ครั้ง และกิจกรรม "พันธะสัญญาใจ" เพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วมกันในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ส่วนที่ 3 การประเมินผล

การประเมินผลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งในกลุ่มทดลอง

2. ข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองทำการวิเคราะห์ ดังนี้

- ทาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนการทดลอง

หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

3. การวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จากข้อมูลแบบสังเกต พฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้บันทึกก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ Independent sample t-test

การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation)

การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม เป็นการทบทวนผลที่ได้จากกิจกรรม ตรวจสอบปัญหาและ ตรวจสอบความสำเร็จร่วมกัน โดยใช้การประเมินตามจุดมุ่งหมายของโครงการวิจัยเป็นหลักเกณฑ์ในการประเมิน (Ayers,1987) สตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุราจะเป็นศูนย์กลางของการปฏิบัติการประเมิน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คำแนะนำแนวทางแก่สตรีผู้ดื่มสุรา ผู้วิจัยและสตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุราจะลงมือทำการประเมินผลร่วมกันในลักษณะที่เรียกว่ามีส่วนร่วม (participation) สตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุราจะเป็นผู้สะท้อนผลของรูปแบบโปรแกรม

จุดมุ่งหมายของการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

จุดมุ่งหมายของการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ประเมินรูปแบบการแก้ไขปัญหาคือ ได้ว่าสอดคล้องประสานกับความต้องการของสตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุราหรือไม่ (fit in with the elderly) มีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติมากน้อยเพียงใด การขยายผลสู่สตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุราอื่นมีมากน้อยเพียงใด ตลอดจนปฏิกิริยาโต้ตอบของสตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุราเป็นเช่นไร และ 2) การประเมินสัมฤทธิ์ผลของรูปแบบที่ออกมาในด้านรูปพรรณสัณฐาน (scenario) ได้แก่ การนำรูปแบบที่ได้เข้าสู่แผนพัฒนาตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล และสตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุรา มีศักยภาพเพิ่มขึ้นหรือไม่

วิธีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

คณะผู้วิจัยและสตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุรา จะร่วมกันเก็บข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งจะ เป็นลักษณะของการติดตามและประเมินปัญหาและอุปสรรคที่พบ ซึ่งจะเก็บข้อมูลกับกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการทุกคน โดยการเลือกรูปแบบที่มีการกำหนดแบบฟอร์มเพื่อใช้ในการตรวจสอบงานอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้จะมีการเก็บข้อมูลการติดตามประเมินผลโดยการจัดกลุ่มอภิปรายถึงรูปแบบที่ได้ เพื่อหาข้อบกพร่องจะได้แก้ไขได้ทันการ โดยให้กลุ่มประเมินผลตั้งคำถามประเมินกิจกรรมที่ผ่านมา รวมทั้งมีการศึกษาปฏิกิริยาโต้ตอบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มสตรีแม่บ้านเกษตรกรที่ดื่มสุรา

การวิเคราะห์และสรุปการประเมิน

คณะผู้วิจัยและสตรีผู้ดื่มสุรา จะร่วมกันวิเคราะห์และสรุปผลการประเมินร่วมกัน ข้อสรุปจะ มุ่งเน้นสะท้อนความเป็นจริงทั้งองค์รวมของรูปแบบ และให้สามารถตอบคำถามตามจุดมุ่งหมายของการประเมินได้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืน หนีตจากสิ่งเ้ายวณ เพื่อลดการบริโภคนสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงใน เขตภาคเหนือตอนล่าง เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มของสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสูง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราของสตรีแม่บ้าน เกษตรกร เพื่อประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร ผลการศึกษามี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของสตรีแม่บ้านเกษตรกร

ลักษณะส่วนบุคคล	สตรีแม่บ้านเกษตรกร (n=150)	
	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ (ปี)		
20 - 29 ปี	0	0.0
30 - 39 ปี	25	16.7
40 - 49 ปี	70	46.7
50 - 59 ปี	30	20.0
60 ปี ขึ้นไป	25	16.6
	$\bar{X} = 48.52, S.D. = 7.895$	
สถานภาพสมรส		
สมรส	135	90.0
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	15	10.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	105	70.0
มัธยมศึกษา	40	26.7
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	3.3
พืชที่ปลูก		
อ้อย	55	36.7
ข้าว	75	50.0
ข้าวโพด	5	3.3
ผัก	15	10.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มสตรีแม่บ้านเกษตรกร (n=150)	
	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	50	33.3
5,000 – 7,500	10	6.7
7,501 – 10,000	75	50.0
10,001 – 12,500	0	0.0
12,501 – 15,000	5	3.3
15,001 ขึ้นไป	10	6.7
$\bar{X} = 8,283.33$, S.D.=5324.704		
ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว		
มีพอใช้จ่ายต่อเดือนและมีเหลือเก็บ	100	66.7
มีพอใช้จ่ายต่อเดือนแต่ไม่เหลือเก็บ	35	23.3
ไม่พอใช้จ่ายต่อเดือนและต้องกู้ยืมเพื่อใช้จ่าย	15	10.0
จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน (คน)		
1 – 3 คน	60	40.0
4 – 6 คน	85	56.7
7 คนขึ้นไป	5	3.3

จากตาราง 3 พบว่า สตรีเกษตรกรมีรายละเอียดข้อมูลทั่วไป ดังนี้
อายุ พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีอายุ 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยสตรี
เกษตรกรมีอายุเฉลี่ย 49 ปี

สถานภาพสมรส พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส คิดเป็นร้อยละ
90.0 รองลงมามีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 10.0

ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด ระดับ
ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมามีระดับการศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.7

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 7,501
– 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000
บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 7,533 บาทต่อเดือน

ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีรายได้ในครอบครัว
พอใช้จ่ายต่อเดือนและมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมามีรายได้ในครอบครัวพอใช้จ่ายต่อ
เดือนแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 23.3

จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน 4 - 6 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมา มีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน 1 - 3 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

ตอนที่ 2 ข้อมูลแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มสตรีเกษตรกร

แบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มสตรีเกษตรกร (n=150)	
	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก		
อยากลอง	65	43.3
เพื่อเข้าสังคม	40	26.7
ว่างงาน	5	3.3
ปัญหาครอบครัว	5	3.3
คลายเครียด/ลดความวิตกกังวล	30	20.0
ผิดหวังเรื่องความรัก	10	6.7
รู้สึกเบื่อหน่าย	15	10.0
เพื่อนชักชวน/ดื่มตามเพื่อน	50	83.3
อื่นๆ	20	13.3
โอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์		
เทศกาลต่างๆ	140	93.3
งานบุญประเพณีต่างๆ	100	66.7
มีคนชวน	130	86.7
งานเลี้ยง	135	90.0
พบปะระหว่างเพื่อน	65	43.3
อื่นๆ	10	6.7

จากตาราง 4 พบว่า สตรีเกษตรกรมีแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ด้านต่างๆ ดังนี้
สาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก คือ เพื่อนชักชวน/ดื่มตามเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมา มีสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอยากลอง เพื่อเข้าสังคม และคลายเครียด/ลดความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 43.3 26.7 และ 20.0 ตามลำดับ โอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมา มีโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยง และมีคนชวน คิดเป็นร้อยละ 90.0 และ 86.7 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการดื่มสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Multivariate Analysis ระหว่างระดับการดื่มสุรากับปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีแม่บ้านเกษตรกร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบลำดับ (Ordinal Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter ซึ่งพิจารณานำตัวแปรที่มี p-value < 0.05 จากการวิเคราะห์แบบ unilabiate เข้ามาวิเคราะห์ในโมเดล

ตาราง 5 การวิเคราะห์แบบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดื่มสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร

ปัจจัย	Crude		Adjusted		p-value
	OR	95%CI	OR	95%CI	
อายุ (ปี, median (IQR))	1.05	1.01-1.10	1.04	0.98-1.10	0.181
สถานภาพสมรส					
คู่	1.00		1.00		
โสด	0.89	0.41-1.90	0.74	0.31-1.74	0.488
หม้าย	6.33	2.35-17.04	3.76	1.15-12.33	0.029
ระดับการศึกษา					
ประถม	2.64	1.32-5.27	3.14	1.26-7.86	0.014
สูงกว่าประถม	1.00		1.00		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว					
ต่ำกว่า 10,000	1.00		1.00		
สูงกว่า 10,000	0.23	0.10-0.53	0.61	0.22-1.64	0.323
พืชที่ปลูก					
อ้อย	1.00		1.00		
ข้าว	2.62	1.13-6.05	3.49	1.27-9.63	0.016
ความเพียงพอของรายได้					
ไม่เพียงพอ	1.00		1.00		
เพียงพอ	4.42	2.18-8.96	3.96	1.28-12.27	0.017
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
ต่ำกว่า 6 คน	1.00		1.00		
สูงกว่า 6 คน	0.28	0.09-0.85	0.20	0.06-0.75	0.017

จากตาราง 5 พบว่า สตรีเกษตรกรที่มีอายุมากกว่า จะมีโอกาสดื่มสุรามากกว่าสตรีเกษตรกรที่มีอายุต่ำกว่า คิดเป็น 1.04 เท่า (OR_{adj} 1.04, 95% CI: 0.98-1.10)

สตรีเกษตรกรที่เป็นหม้าย จะมีโอกาสดื่มสุรามากกว่าเกษตรกรที่สมรสหรือมีคู่ 3.76 เท่า (OR_{adj} 3.76, 95%CI: 1.15-12.33)

สตรีเกษตรกรที่มีการศึกษาระดับประถม จะมีโอกาสตี๋มสูงกว่าเกษตรกรที่มีการศึกษาระดับสูง กว่าประถม 3.14 เท่า (OR_{adj} 3.14, 95%CI: 1.26-7.86)

สตรีเกษตรกรที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีโอกาสตี๋มต่ำกว่าเกษตรกรที่มีสตรี เกษตรกรที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาท 0.61 เท่า (OR_{adj} 0.61, 95% CI: 0.22-1.64)

สตรีเกษตรกรที่ปลูกข้าว จะมีโอกาสตี๋มสูงกว่าสตรีเกษตรกรที่ปลูกอ้อย 3.49 เท่า (OR_{adj} 3.49, 95% CI: 1.27-9.63)

สตรีเกษตรกรที่มีความเพียงพอของรายได้ จะมีโอกาสตี๋มสูงกว่าสตรีเกษตรกรที่ไม่มีความ เพียงพอของรายได้ 3.96 เท่า (OR_{adj} 3.96, 95%CI: 1.28-12.27)

สตรีเกษตรกรที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว มากกว่า 6 คน จะมีโอกาสตี๋มต่ำกว่าสตรี เกษตรกรที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว น้อยกว่า 6 คน 0.20 เท่า (OR_{adj} 0.20, 95%CI: 0.06-0.75)

ตอนที่ 3 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยืนหยัดจาก สิ่งเข้ายวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการตี๋มสุราสูงในเขต ภาคเหนือตอนล่าง

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยืนหยัดจากสิ่งเข้ายวน เพื่อลดการบริโภค สุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการตี๋มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วย การ จัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรม “เหล้าสู้กันฟัง” การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แลกเปลี่ยนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการตี๋มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้ว แบ่งกลุ่มฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดจากสถานการณ์สมมุติ พร้อมร่วมกันอภิปราย ให้ความคิดเห็น ความรู้สึก การซักถามต่อเหตุการณ์ที่เล่าและสรุปผลการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้ เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรม “ชีวิตดีดี ไม่มีเหล้า” การเรียนรู้แนวทางการ ปฏิบัติตัวจากตัวแบบ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้แนวทางจากตัวแบบที่ประสบ ผลสำเร็จจากการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรม “เล่าเรื่องเหล้า” การเรียนรู้จากวีดีทัศน์ ภาพ เหตุการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากแอลกอฮอล์ พร้อมร่วมกันแสดง ความ คิดเห็นต่อภาพเหตุการณ์ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรม “เอาเหล้า มาเล่า” การแบ่งปันประสบการณ์ เล่า เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริง เกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม. ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด) และร่วมกันแสดงความคิดเห็น เปิดโอกาส ซักถามข้อสงสัย แล้วสรุปกิจกรรมใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมการทบทวนความรู้และทักษะทั้งหมดที่ผ่านมาทั้ง 4 ครั้ง และกิจกรรม “พันธะสัญญาใจ” เพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วมกันในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยืนหยัดจากสิ่งเข้ายวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือ ตอนล่าง

ตาราง 6 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตนและ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง

Self-efficacy	Before		After		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
Experiment group (n=30)	24.13	3.90	32.20	1.62	0.210	58	<0.001*
Control group (n=30)	24.37	4.27	24.67	3.91	6.346	58	0.834

Drinking behavior	Before		After		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
Experiment group (n=30)	11.38	4.36	17.53	3.16	5.586	58	<0.001*
Control group (n=30)	11.46	4.31	11.47	2.96	-0.072	58	0.934

จากตาราง 6 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตน 24.13 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตน 24.37 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 11.38 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 11.46 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4

ตาราง 7 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 2 3 และ 4 (N=30)

Study Factors	Mean (standard deviation)					F	p-value
	Before experiment	After experiment	4 weeks after experiment	8 weeks after experiment	12 weeks after experiment		
Self-regulation	25.13 (3.70)	32.00 (1.62)	28.97 (3.61)	28.67 (3.07)	27.50 (2.45)	19.268	<0.001*
Alcohol drinking Behavior	21.37 (5.35)	15.63 (5.16)	15.68 (5.31)	15.10 (3.97)	15.50 (3.76)	7.626	<0.001*

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value <0.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้นสูงสุดหลังการทดลองครั้งที่ 1 ($\bar{X} = 32.00$, S.D. = 1.62)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value <0.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นสูงสุดหลังการทดลองครั้งที่ 1 ($\bar{X} = 17.63$, S.D. = 5.16)

ตาราง 8 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 2 3 และ 4 (N=30)

Study Factor	Mean (standard deviation)					F	p-value
	Before experiment	After experiment	4 weeks after experiment	8 weeks after experiment	12 weeks after experiment		
Self-regulation	24.87 (5.87)	24.77 (5.93)	23.37 (6.01)	24.53 (5.56)	23.63 (6.45)	0.472	0.682
Alcohol drinking Behavior	21.47 (5.37)	21.57 (2.96)	21.93 (5.52)	21.87 (3.77)	21.13 (2.13)	0.178	0.907

จากตาราง 8 เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ผลการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ในทุกๆระยะของการทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4

ตาราง 9 แสดงค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลองที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 2 3 และ 4 (N=30)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง	
	ค่าความแตกต่าง	p-value
ความสามารถแห่งตน		
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 1	-6.876	<0.001*
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 2	-3.833	0.001
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 3	-3.533	0.001
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 4	-2.367	0.018
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 2	3.033	<0.001*
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 3	3.333	<0.001*
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 4	4.500	<0.001*
หลังการทดลองครั้งที่ 2 – หลังการทดลองครั้งที่ 3	0.300	0.744
หลังการทดลองครั้งที่ 2 – หลังการทดลองครั้งที่ 4	1.467	0.074
หลังการทดลองครั้งที่ 3 – หลังการทดลองครั้งที่ 4	1.167	0.082
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์		
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 1	-6.267	<0.001*
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 2	-5.300	0.001
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 3	-4.733	0.001
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 4	-4.033	0.001
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 2	0.967	0.423
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 3	1.533	0.246
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 4	2.233	0.091
หลังการทดลองครั้งที่ 2 – หลังการทดลองครั้งที่ 3	0.567	0.683
หลังการทดลองครั้งที่ 2 – หลังการทดลองครั้งที่ 4	1.267	0.371
หลังการทดลองครั้งที่ 3 – หลังการทดลองครั้งที่ 4	0.700	0.348

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 ผลการตรวจสอบค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนหลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value} < 0.001, = 0.001, = 0.001, = 0.018$) และค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนหลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 ต่ำกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value} < 0.001, < 0.001, < 0.001$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value} < 0.001, = 0.001, = 0.001, = 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 10 แสดงค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มควบคุมที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 2 3 และ 4 (N=30)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม	
	ค่าความแตกต่าง	p-value
ความสามารถแห่งตน		
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 1	0.100	0.832
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 2	1.500	0.182
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 3	0.333	0.841
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 4	1.233	0.419
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 2	1.400	0.131
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 3	0.233	0.888
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 4	1.133	0.466
หลังการทดลองครั้งที่ 2 – หลังการทดลองครั้งที่ 3	-1.167	0.481
หลังการทดลองครั้งที่ 2 – หลังการทดลองครั้งที่ 4	-0.267	0.860
หลังการทดลองครั้งที่ 3 – หลังการทดลองครั้งที่ 4	0.900	0.593
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์		
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 1	-0.100	0.929
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 2	-0.467	0.756
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 3	-0.400	0.758
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลองครั้งที่ 4	0.333	0.752
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 2	-0.367	0.759
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 3	-0.300	0.730
หลังการทดลองครั้งที่ 1 – หลังการทดลองครั้งที่ 4	0.433	0.505

ตาราง 10 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม	
	ค่าความแตกต่าง	p-value
หลังการทดลองครั้งที่ 2- หลังการทดลองครั้งที่ 3	0.067	0.952
หลังการทดลองครั้งที่ 2- หลังการทดลองครั้งที่ 4	0.800	0.467
หลังการทดลองครั้งที่ 3- หลังการทดลองครั้งที่ 4	0.733	0.371

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตน และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 ไม่แตกต่างกัน ทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการวิเคราะห์พฤติกรรม การติ่มสุราของกลุ่มตัวอย่างก่อนนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากนั้นประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเข้ายวน 2) เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการติ่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง 3) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการติ่มของสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการติ่มสูง 4) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร และ 5) เพื่อประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีเกษตรกรพื้นที่ตำบลหนองกู่ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยประชากรเป็นผู้ที่ติ่มแอลกอฮอล์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 150 คน ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการลดพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ รูปแบบการลดพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มสตรีเกษตรกรโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ 1) กระบวนการสังเกตของตนเอง 2) กระบวนการตัดสินใจ และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง การประเมินผลโปรแกรม โดยกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 5 ครั้ง ที่ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามแบบวัดความสามารถแห่งตนในการลดการติ่มแอลกอฮอล์และแบบวัดพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาความเที่ยงจากกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.83 และ 0.87 ตามลำดับ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีเกษตรกรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดข้อมูลทั่วไป ดังนี้

อายุ พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีอายุ 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยสตรีเกษตรกรมีอายุเฉลี่ย 49 ปี

สถานภาพสมรส พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมามีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 10.0

ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมามีระดับการศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.7

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 7,501 - 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 7,533 บาทต่อเดือน

ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีรายได้ในครอบครัวพอใช้จ่ายต่อเดือนและมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมามีรายได้ในครอบครัวพอใช้จ่ายต่อเดือนแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 23.3

จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน 4 - 6 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมามีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน 1 - 3 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

ตอนที่ 2 ข้อมูลแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีเกษตรกรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ในด้านต่างๆ ดังนี้

สาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก คือ เพื่อนชักชวน/ดื่มตามเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมามีสาเหตุการดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอยากลอง เพื่อเข้าสังคม และคลายเครียด/ลดความวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 43.3 26.7 และ 20.0 ตามลำดับ โอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า สตรีเกษตรกรส่วนใหญ่มีโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมา มีโอกาสในการดื่มแอลกอฮอล์ในงานเลี้ยง และมีคนชวน คิดเป็นร้อยละ 90.0 และ 86.7 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการดื่มสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Multivariate Analysis ระหว่างระดับการดื่มสุรากับปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีแม่บ้านเกษตรกร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบลำดับ (Ordinal Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter ซึ่งพิจารณาในตัวแปรที่มี p-value < 0.05 จากการวิเคราะห์แบบ unilabiate เข้ามาวิเคราะห์ในโมเดล

พบว่า สตรีเกษตรกรที่มีอายุมากกว่า จะมีโอกาสดื่มสูงกว่าสตรีเกษตรกรที่มีอายุน้อยกว่า คิดเป็น 1.04 เท่า (OR_{adj} 1.04, 95% CI: 0.98-1.10)

สตรีเกษตรกรที่เป็นหม้าย จะมีโอกาสดื่มสูงกว่าเกษตรกรที่สมรสหรือมีคู่ 3.76 เท่า (OR_{adj} 3.76, 95%CI: 1.15-12.33)

สตรีเกษตรกรที่มีการศึกษาระดับประถม จะมีโอกาสดื่มสูงกว่าเกษตรกรที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าประถม 3.14 เท่า (OR_{adj} 3.14, 95%CI: 1.26-7.86)

สตรีเกษตรกรที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาท จะมีโอกาสตีmtต่ำกว่าเกษตรกรที่มีสตรีเกษตรกรที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาท 0.61 เท่า (OR_{adj} 0.61, 95% CI: 0.22-1.64)

สตรีเกษตรกรที่ปลูกข้าว จะมีโอกาสตีmtสูงกว่าสตรีเกษตรกรที่ปลูกอ้อย 3.49 เท่า (OR_{adj} 3.49, 95% CI: 1.27-9.63)

สตรีเกษตรกรที่มีความเพียงพอของรายได้ จะมีโอกาสตีmtสูงกว่าสตรีเกษตรกรที่ไม่มีความเพียงพอของรายได้ 3.96 เท่า (OR_{adj} 3.96, 95%CI: 1.28-12.27)

สตรีเกษตรกรที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว มากกว่า 6 คน จะมีโอกาสตีmtต่ำกว่าสตรีเกษตรกรที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว น้อยกว่า 6 คน 0.20 เท่า (OR_{adj} 0.20, 95%CI: 0.06-0.75)

ตอนที่ 3 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเ้ายวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการตีmtสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหยัดจากสิ่งเ้ายวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการตีmtสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรม “เหล้าสู่กันฟัง” การแลกเปลี่ยนประสบการณ์แลกเปลี่ยนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการตีmtเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้วแบ่งกลุ่มฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียดจากสถานการณ์สมมุติ พร้อมร่วมกันอภิปรายให้ความคิดเห็น ความรู้สึก การซักถามต่อเหตุการณ์ที่เล่าและสรุปผลการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรม “ชีวิตดีดี ไม่มีเหล้า” การเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติตัวจากตัวแบบ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้แนวทางจากตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จจากการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรม “เล่าเรื่องเหล้า” การเรียนรู้จากวิถีทัศน์ ภาพเหตุการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากแอลกอฮอล์ พร้อมร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อภาพเหตุการณ์ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรม “เอาเหล้า มาเล่า” การแบ่งปันประสบการณ์เล่าเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริง เกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด) และร่วมกันแสดงความคิดเห็น เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย แล้วสรุปกิจกรรมใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมการทบทวนความรู้และทักษะทั้งหมดที่ผ่านมาทั้ง 4 ครั้ง และกิจกรรม “พันธะสัญญาใจ” เพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วมกันในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนภัยจากสิ่งเข้ยววน เพื่อลดการบริโภครสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือตอนล่าง

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตน 24.13 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตน 24.37 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ที่ระยะก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 11.38 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 11.46 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < 0.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้นสูงสุดหลังการทดลองครั้งที่ 1 ($\bar{X} = 32.00$, S.D. = 1.62)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < 0.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นสูงสุดหลังการทดลองครั้งที่ 1 ($\bar{X} = 17.63$, S.D. = 5.16)

เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการลด การดื่มแอลกอฮอล์ในทุกระยะของการทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการตรวจสอบค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนหลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < 0.001, = 0.001, = 0.001, = 0.018) และค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนหลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 ต่ำกว่าหลัง การทดลองครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < 0.001, < 0.001, < 0.001)

ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value < 0.001, = 0.001, = 0.001, = 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุมมีค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถแห่งตนและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการลดการดื่มแอลกอฮอล์ที่ระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 หลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 4 ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักความยั่งยืนหดจากสิ่งเข้า ยวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือ ตอนล่าง ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง คือ 1) กิจกรรม “เหล้าสู้กันฟัง” การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์แลกเปลี่ยนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2) กิจกรรม “ชีวิตดีดี ไม่มีเหล้า” การเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติตัวจากตัวแบบ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้แนวทางจากตัวแบบที่ ประสบผลสำเร็จจากการไม่ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) กิจกรรม “เล่าเรื่องเหล้า” การเรียนรู้ จากวีดิทัศน์ ภาพเหตุการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากแอลกอฮอล์ พร้อมร่วมกัน แสดงความคิดเห็นต่อภาพเหตุการณ์ 4) กิจกรรม “เอาเหล้า มาเล่า” การแบ่งปันประสบการณ์ เล่า เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริง เกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม. ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด) และ 5) กิจกรรมการทบทวนความรู้ทักษะ ทั้งหมดที่ผ่านมาทั้ง 4 ครั้ง และกิจกรรม “พันธะสัญญาใจ” เพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วมกันในการไม่ ยุ่งเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลทำให้สตรีแม่บ้านเกษตรกรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการ ดื่มสุราลงได้ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (A. Bandura, 1986) คือ การรู้จัก อารมณ์ความรู้สึก และปฏิริยาเคมีภายในร่างกายของบุคคล แบนดูรา เรียกว่าเป็นความสามารถแห่งตน ซึ่งจะสามารถ ทำได้ก็ต่อเมื่อมีการฝึกฝนและพัฒนา ซึ่งจากอดีตถึงปัจจุบันสังคมไทย พบว่า มีผู้หญิงดื่มเหล้า เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ประเภท เหล้า เบียร์ ไวน์ หรือยาตองให้เห็นอยู่เสมอ (นุชญาดา สุทธิกุลพานิช, 2558) โดยก่อนที่สตรีแม่บ้านเกษตรกรจะเข้าร่วมโปรแกรมการลดพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการ คัดเลือกสตรีแม่บ้านเกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง และได้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะและคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน เรื่อง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความ เพียงพอของรายได้ในครอบครัว ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถแห่งตนและพฤติกรรมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยนี้มีการใช้ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (self-regulation) มาใช้ในการจัด โปรแกรมเพื่อการลดพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีแม่บ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ของความสามารถแห่งตน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value} < 0.001$) และมี คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมลดการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value} < 0.001$) (ตาราง 8) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพและพฤติกรรมยังคงอยู่จน สิ้นสุดการวิจัย เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์เรานั้นไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษ จากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่ามนุษย์เราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุม ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ด้วยผลกรรมที่เขาหามาเอง เพื่อตัวเขา ซึ่งจะสามารถ ทำได้ก็ต่อเมื่อมีการฝึกฝนและพัฒนา (A. Bandura, 1986) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการฝึกฝนและ พัฒนาพฤติกรรมของมนุษย์ที่จะกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิดความรู้สึก และการกระทำ ของตนเอง สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกของบุคคล และทฤษฎีนี้มุ่งเน้นความตั้งใจ และความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยผ่านกระบวนการความสามารถแห่งตน ตั้งแต่สร้างตระหนักถึงผลกระทบของพฤติกรรมต่อสุขภาพและสังคม และสร้างกระบวนการ สังเกตตนเองว่าตนเองกำลังทำพฤติกรรมอะไรที่ทำลายสุขภาพอยู่นำผลความสามารถแห่งตนไปสู่

กระบวนการตัดสินใจโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านทักษะในการตัดสินใจและจากนั้นนำไปสู่ ปฏิกริยาตอบสนอง คือการลด ละ เลิกการดื่มแอลกอฮอล์นั่นเอง จากข้อค้นพบดังกล่าว โปรแกรมจึงมีความเหมาะสมกับการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มสตรีเกษตรกรที่ดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ศรีกันต์ (2552) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมความสามารถแห่งตนที่มีต่อความรับผิดชอบด้านการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลพลประชานุกูล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมความสามารถแห่งตนมีความรับผิดชอบด้านการเรียนทั้งโดยรวมและรายด้านเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของเกศริน วงษ์มัน (2553) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมความสามารถแห่งตน ที่มีต่อการมีวินัยในการเรียนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนศรีนครินทรวิถียา (พระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา) สังกัดสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า หลังการทดลองคะแนนการมีวินัยในการเรียนของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของอนุพงศ์ จันทร์จุฬา และคณะ (2554) ศึกษาความสามารถแห่งตนเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดภาคใต้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถแห่งตนเพื่อการเลิกยาเสพติด แต่ละขั้นตอนของการบำบัดรักษา คือ ระยะถอนพิษยา ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 0.61) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 0.61) และระยะกลับสู่สังคม ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 0.61) อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ภาสุรกุล และคณะ (2555) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมความสามารถแห่งตนกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อเจตคติเกี่ยวกับการรักษาพฤติกรรมงดสูบบุหรี่และผลสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการรักษาและพฤติกรรมงดสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพินญา คงเจริญ และคณะ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมความสามารถแห่งตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อ พฤติกรรมความสามารถแห่งตน ระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับ ตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ($p < 0.001$, $p < 0.001$ ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริญา ธาสถาน และคณะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมความสามารถแห่งตนที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมงดสูบบุหรี่และระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและระดับความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่างลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ สุขสนาน และคณะ (2559) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า กลุ่มที่เข้าโปรแกรมลดน้ำหนัก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนทดลอง 9.57 คะแนน หลังทดลอง 15.27 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนในการลดน้ำหนัก ก่อนทดลอง 48.63 คะแนน หลังทดลอง 69.67 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการลดน้ำหนักก่อนทดลอง 49.90 คะแนน หลังทดลอง 69.40 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวก่อนทดลอง 25.16 คะแนน หลังทดลอง 38.43 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนทดลอง 27.35 หลังทดลอง 23.85 หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) และมีค่าเฉลี่ยขนาดรอบเอวก่อนทดลอง 87.66 ซม. หลังทดลอง 82.55 ซม. หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีพร แสงสุวรรณ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมความสามารถแห่งตนด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทาน อาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลงต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยหลักความยึดจากสิ่งเข้า ยวน เพื่อลดการบริโภคสุราในสตรีแม่บ้านเกษตรกรในพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสุราสูงในเขตภาคเหนือ ตอนล่างไปใช้ควรมีการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. การนำโปรแกรมการลดพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ของการดื่มสุราของสตรีแม่บ้านเกษตรกรเพื่อประโยชน์ในการประยุกต์กิจกรรมให้สอดคล้องกับสาเหตุ การดื่ม
3. ควรมีการถ่ายทอดแนวความคิดการประยุกต์ใช้ทฤษฎีหลักความยึดจากสิ่งเข้า ยวน เพื่อ ลดการบริโภคสุราให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการลดการดื่มสุราในนักดื่มหน้าใหม่ ในสตรีเพื่อลดปัญหาผลกระทบจากการดื่มสุราในทุกมิติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยหลักความยึด จากสิ่งเข้า ยวนในกลุ่มเยาวชนเพื่อลดนักดื่มหน้าใหม่
2. ควรมีการทำการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นให้มีการ ร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอน

บรรณานุกรม

- กนิษฐา ไทยกล้า. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่จำหน่าย และพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บริโภค. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.).
- กนิษฐา ไทยกล้า. (2556). การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับความยากจนในครัวเรือนของ ภาคเหนือตอนบน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). ความหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2558, จาก <http://www.dmh.moph.go.th/news/view.asp?id=964>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). ผลกระทบเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2558, จาก http://www.dmh.go.th/Sty_Lib/articles/view.asp?id=966
- กาญจนา แก้วสุวรรณ. (2550). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธ การดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ พ.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เกศริน วงษ์มัน. (2553). ผลการใช้โปรแกรมความสามารถแห่งตน ที่มีต่อการมีวินัยในการเรียน ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนศรีนครินทรวิถียา (พระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา) สังกัดสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ จังหวัดนครสวรรค์. สารนิพนธ์ กศ.ม., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- เกษณา กิ่งก้าน. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังตะคร้อ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ พ.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จินตนา วงศ์วาน. (2548). ความชุกชุมและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง จังหวัด ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.บ., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จิรนนท์ แก้วกล้า. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับการได้รับผลกระทบของผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรม: การศึกษาขั้นต้น. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- จุฑาวดี กมลพรมงคล. (2555). ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของ นักเรียนประถมศึกษาชาย. วิทยานิพนธ์ พ.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ชลธาร วิศรุตวงศ์. (2554). การศึกษาเชิงเปรียบเทียบภาษีสสุรา: กรณีศึกษาประเทศไทย สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ เกาหลี ออสเตรเลีย และประชาคมยุโรป. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2558, จาก <http://www.cas.or.th/researchs/index/page:2/sort:Research.id/direction:DESC>

- ชาวี อัฐกิจ และระพีพรรณ วัชชุมทอง. (2549). เสพติดมหาภัย. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2558, จาก <http://www.thaihealth.or.th/cms/detail.php?id=603>
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2550). การศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านอุบัติเหตุจราจร ในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการบริโภคสุราต่อความยากจน ของประชาชน ในจังหวัดพิษณุโลก. ม.ป.ท.: แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบและวิธีการ บำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.).
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และรุ่ง วงศ์วัฒน์. (2550). การศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ดรุณี คุณวัฒนา. (2554). พฤติกรรมการดื่มสุราของสตรีในเขตอำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ปี 2554. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยบูรพา, 7(2), 42-57.
- ตามธรรม จินากุล. (2551). สถานภาพการดื่มเหล้าในการจัดงานในชุมชน. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
- ทักษพล ธรรมรังสี. (2556). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบใน ประเทศไทย ปี 2556. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัฬหวิชญ์ ศรีรัตยาวงค์. (2554). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิทยานิพนธ์ พ.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นพพล วิทย์วรพงศ์, ชินพรพรรณ สิทธิกรชยาพงษ์ และมัลลิกา สมพลกรัง. (2557). โครงการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับการบาดเจ็บรุนแรง เปรียบเทียบช่วงเทศกาลสงกรานต์และช่วงปกติ ปี พ.ศ.2557. นนทบุรี: สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- นพพล วิทย์วรพงศ์, ชินพรพรรณ สิทธิกรชยาพงษ์ และมัลลิกา สมพลกรัง. (2557). โครงการ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับการบาดเจ็บรุนแรงเปรียบเทียบช่วงเทศกาลสงกรานต์และช่วงปกติ ปี พ.ศ.2557. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- นุชญาดา สุทธิกุลพานิช. (2558). ผู้หญิงไม่ควรดื่มเหล้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์. วารสารรักลูก. 13(39), 25-58.
- บุญเสริม หุตะแพทย์, ชินรัตน์ สมสืบ, ประกายรัตน์ ภัทรธิตี, สุพร เสี้ยนสลาย และกุลกานต์ อภิวัฒน์ ลังการ. (2550). การวิจัยพฤติกรรมการดื่มสุราของเยาวชนไทย: การสำรวจ องค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

- ปกัสสร กิตติพิรัช, วรณิภา อัสวชัยสุวิกรม และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2555). ผลของโปรแกรม กำกับตนเองต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายแกว่งแขนและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 20(4), 21-32.
- ประเทือง ภูมิภัทราคม. (2540). การปรับพฤติกรรม: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ประสิทธิ์ ไภยราช. (2552). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้ความสามารถของ ตนเองการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชายตอนต้น. วิทยานิพนธ์ พ.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (ตุลาคม 2552). แบบประเมินปัญหาการดื่ม สุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2558, จาก http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/5/WHO_MS.D_MSB_01_6a_tha.pdf?ua=1
- ปาริชาติ สุขสนาม, สมศักดิ์ ขอบตรง และอารยา ปรานประวีตร. (2559). ผลของการใช้ โปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทาง สังคมต่อการลดน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(1), 46-59.
- พงษ์เดช สารการ และเยาวเรศ คำมะนาด. (2552). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับ การกระทำความรุนแรงของสามีต่อภรรยา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 3(4), 589-597.
- พงษ์เดช สารการ, เสมอ ตริคุณา, รังสิมา บำเพ็ญบุญ, นุจรินทร์ หิรัญคำ, ธนิตา บุตรคล้าย และยุพา พิทักษ์วานิชย์. (2555). พฤติกรรมการดื่มและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของกลุ่มแรงงาน ภาคอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. นนทบุรี: ศูนย์วิจัย ปัญหาสุรา (ศวส.).
- พีรธร บุญยรัตพันธุ์. (2555). โครงการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการลดผลกระทบทางสังคม จากสถานการณ์สุรากับเยาวชนไทยในอนาคต กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2558, จาก <http://www.cas.or.th/researchs>
- ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2545). การเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- มนตร์ธม์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ธนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสมุทร, กรรณิการ์ รุติบุญสุวรรณ และคณะ. (2551). การศึกษาต้นทุน ผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ยุวดี อัครลาวัลย์. (2555). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ที่เป็โรคติดสุรา อ้าเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ พ.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2548). พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยา (อักษร A-L) (หน้า 22). กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2548). พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยา (อักษร A-L) (หน้า 34). กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- ศิริลักษณ์ ศรีกันต์. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมความสามารถแห่งตนที่มีต่อความรับผิดชอบด้านการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลพลประชานุกูล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. สารนิพนธ์ กศ.ม., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา. (ม.ป.ป.). สุรากับความรุนแรง. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2558, จาก <http://www.1413.in.th/content-view-39.htm>
- ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา. (ม.ป.ป.). สุราทำให้ความสามารถในการยับยั้งลดลง. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2558, จาก <http://www.1413.in.th/content-view-36.htm>
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2549). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ.2549. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2550). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ.2550. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- สมชาย จันทร์ชา. (2550). การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหญิงวัยแรงงาน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. (2556). เตือนหญิงชดเหล้าแบบ 'ล่ายอง' ตับวายตายไม่ตี. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2558, จาก <http://www.thaiantialcohol.com/newsletters/view/1753>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). สถานการณ์การดื่มสุราของผู้หญิง. สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2558, จาก <http://www.posttoday.com/social/general/351256>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรื. (2554). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และสุราของประชากร พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สิริญา ธารสถาน, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และใจเพชร กล้าจน. (2558). ผลของโปรแกรมความสามารถแห่งตนที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 10(1), 117-128.
- สุทธิรักษ์ ไชยรักษ์, สมชาย รักกลาง, พงศ์มิตร โปธิ์กลาง, สุปรีชา เคลือบคนโท, รัชตา อนงค์เวช, สืบศักดิ์ มีพวงพินธุ์ และคณะ. (2553). พฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีการศึกษา 2551. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2558, จาก <http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/3314/1/52-2-02.pdf>

- สุนทรีย์ ศรีโกสโย. (2553). การดื่มสุราและการเสพติดสุราของสตรี. กรุงเทพฯ: แผนงาน
การพัฒนากระบวนแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ
(ผรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพิณญา คงเจริญ, ชตชัย วัฒนะ และธีรณัฐ ห่านิรัตติชัย. (2556). ผลของโปรแกรมการกำกับ
ตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อ พฤติกรรมความสามารถแห่งตน ระดับความดันโลหิต
และภาวะเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.
พยาบาลสาร, 40(1), 23-33.
- สุภาพ ภาสุรกุล, ภาวนา กิรติยุตวงศ์ และเขมารวดี มาสิงบุญ. (2555). ผลการใช้โปรแกรมการ
กำกับตนเองกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อเจตคติเกี่ยวกับการรักษาพฤติกรรมตนเอง
และผลสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา, 20(4), 57-67.
- สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และทักษพล ธรรมรังสี. (2554). การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย:
ผลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และสุราของประชากรปี 2550. วารสารวิจัยระบบ
สาธารณสุข, 5(2), 839-854.
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์, ศุภกรใจ เจริญสุข และนันทิกา อนันต์ชัยพัชฌนา. (2554). การเรียนรู้โดยการ
กำกับตนเองของนักศึกษาพยาบาลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน. วารสาร
การพยาบาลและการศึกษา, 4(2), 94-107.
- สุรีพร แสงสุวรรณ, วรณิภา อัครชัยสุวิกรม และพรนภา หอมสินธุ์. (2554). ผลของโปรแกรม
การกำกับด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสาร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(3), 54-64.
- อนุพงศ์ จันทร์จุฬา, นุรินยา แหะหมัด, มณฑาทิพย์ บุญมณี และสุดใจ พันธุ์ภักดี. (2554).
ความสามารถแห่งตนเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่
ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดภาคใต้ (2554). สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2558, จาก
<http://www.S.D.tc.go.th/upload/forum/doc4cbd4ee67643f.pdf>
- อรทัย วลีวงศ์, ทักษพล ธรรมรังสี และจินตนา จันทร์โคตรแก้ว. (2557). ผลกระทบของการดื่ม
แอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น: แนวคิด สถานการณ์และช่องว่างของแนวของประเทศไทย.
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 8(2), 111-119.

A. Bandura. (n.d.). Social learning theory (pp.9-10). N.P.: n.p.

A. Bandura. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive
theory (p.24). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Andrew, M. Colman. (2004). Dictionary of psychology (p.83). New York:
Oxford University Press.

- Assanangkornchai, S. (2007). **Nation household survey: Substance and alcohol use.** Songkla: Faculty of medicine, Prince of Songkla University.
- Baune, B. T., Mikolajczyk, R.T., Reymann, G., Duesterhaus, A., Fleck, S., Kratz, H. and Sundermann, U. (2005). A 6-months Assessment of the Alcohol-related Clinical Burden at Emergency Rooms (ERs) in 11 Acute Care Hospitals of an Urban Area in Germany. *BMC Health Serv Res*, 5, 73.
- Go V. L., Gukovskaya A. and Pandol S. J. (2005). Alcohol and Pancreatic Cancer. *Alcohol*, 35, 205-211.
- H. C. Warren. (1934). **The physical activity of an organism, including overt bodily movements and internal glandular and other physiological processes, constituting the sumtotal of the organism's physical responses to its environment. The term also denotes the specific physical responses of an organism to particular stimuli or classes of stimuli (p.30).** Cambridge, MA: The Riberide Press.
- Schunk, D.H. (1994). Self - regulation of self - efficacy and attributions in academic setting. In Schunk, D.H. and Zimmerman, B.J. (Eds.), **Self - regulation of learning and performance: Issues and educational applications (pp.76-79).** New Jersey: Lawrence.
- Wakai K. (2015). Alcohol consumption and colorectal Cancer Risk: Findings from the JACC Study. *J Epidemiol*, 15(Suppl2), S173-S179.
- WHO. (2000). **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm.** N.P.: Department of Mental Health and Substance Dependence No communicable Diseases and Mental Health Cluster.
- World Health Organization. (2014). **Global status report on alcohol and health 2014.** Retrieved January 15, 2015, from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- Zimmerman, B.J. (1998). **Invited symposium: Motivation and self-regulation in gifted students' (October).** Graduate School, New York: City University of New York.

ภาคผนวก

แบบสอบถามการดื่มแอลกอฮอล์ในสตรี

คำชี้แจง ข้อความในตารางข้างล่างนี้ใช้ประเมินความสามารถของท่านในการลดการดื่มแอลกอฮอล์
 กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อความ (ขอให้ท่านประเมินตาม
 ความสามารถที่แท้จริงของตนเอง)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้วิจัย
1 ท่านอาศัยอยู่หมู่ที่	
2 อายุ(เต็ม) ปี (นับตาม พ.ศ.เกิด)	
3 สถานภาพสมรส () 1 โสด () 2 สมรส () 3 หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	
4 ระดับการศึกษาสูงสุด () 1 ไม่ได้เรียน () 2 ระดับชั้นประถมศึกษา () 3 ระดับชั้นมัธยมศึกษา () 4 ระดับอนุปริญญา / ปวส. () 5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
5 อาชีพหลัก () 1 เกษตรกรรม () 2 รับจ้าง () 3 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 4 ค้าขาย () 5 อื่นๆ โปรดระบุ.....	
6 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท / เดือน	
7 ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว () 1 มีพอใช้จ่ายต่อเดือนและมีเหลือ () 2 มีพอใช้จ่ายต่อเดือนแต่ไม่เหลือ เก็บ เก็บ () 3 ไม่พอใช้จ่ายต่อเดือนและต้องกู้ยืม เพื่อใช้จ่าย	
8 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่จริงในครัวเรือน.....คน	

ส่วนที่ 2 ความสามารถของตนเองในการลดเลิกสุรา

คำชี้แจง ข้อความในตารางข้างล่างนี้ใช้ประเมินความสามารถของท่านในการลดการดื่มสุรารูมาทำ
เครื่องหมาย ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อความ (ขอให้ท่านประเมินตามความสามารถ
ที่แท้จริงของตนเอง)

ความสามารถของตนเองในการลดเลิกดื่มสุรา	ทำได้	ไม่แน่ใจ	ทำไม่ได้
1. ท่านสามารถควบคุมตัวเองที่จะไม่ ดื่มสุรา			
2. ท่านสามารถหากิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อลดความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา			
3. เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่พอใจบางสิ่งบางอย่าง ท่านจะไม่พึ่งการดื่มสุรา			
4. เมื่ออยู่ลำพังคนเดียวหรือเหงา ท่านจะไม่พึ่งการดื่มสุรา			
5. ท่านจะไม่ใช้การดื่มสุราในการกระตุ้นการมีเพศสัมพันธ์			
6. ท่านจะไม่เชื่อเพื่อนเมื่อถูกชักจูงให้ดื่มสุรา			
7. ท่านจะหลีกเลี่ยงในการเข้าไปในแหล่งที่มีการดื่มสุรา			
8. เมื่อมีผู้ชักชวนให้ดื่มสุราท่านจะปฏิเสธทันที			
9. เมื่อเห็นผู้อื่นดื่มสุรา ท่านก็จะไม่ทำตาม			
10. เมื่อมีปัญหา ท่านจะไม่แก้ปัญหาด้วยการดื่มสุรา			
11. ถ้าท่านตัดสินใจดื่มสุรา ท่านสามารถหยุดได้ทันที			
12. เมื่อตัดสินใจดื่ม สุรา ท่านกล้าประกาศให้คนอื่นรับรู้			
13. เมื่อสัญญากับตนเองว่าจะลดการดื่มสุราท่านก็จะลดได้อย่างเด็ดขาด			
14. ท่านจะปฏิเสธพร้อมให้เหตุผลเมื่อถูกใช้ไปซื้อเหล้า			
15. ท่านจะปฏิเสธพร้อมให้เหตุผลเมื่อถูกชวนให้จับสลากเหล้า			

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการไม่ยุ่งเกี่ยวกับสุรา

คำชี้แจง ข้อความในตารางข้างล่างนี้เป็นการประเมินความคิดเห็นของท่านต่อการไม่ยุ่งเกี่ยวกับการดื่มสุรากรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด

ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการไม่ยุ่งกับการดื่มสุรา	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ลุกมีความภาคภูมิใจที่แม่ไม่เกี่ยวข้องกับสุรา			
2. อนาคตไม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่เกิดจากสุรา			
3. ทำให้ไม่มีกลิ่นสุราติดตามเสื้อผ้าและร่างกาย			
4. ท่านจะประหยัดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากสุรา			
5. ไม่สร้างความรำคาญให้คนใกล้ชิดด้วยการดื่มสุรา			
6. ไม่ต้องหวาดระแวงต่อความผิดที่มีผลมาจากการดื่มสุรา			
7. ทำให้ครอบครัวยอมรับมากขึ้นด้วยการไม่ดื่มสุรา			
8. ทำให้สุขภาพกายดีขึ้น ร่างกายแข็งแรงด้วยการไม่ดื่มสุรา			
9. สุขภาพจิตดีขึ้น สมองปลอดโปร่งด้วยการไม่ดื่มสุรา			
10. ทำให้การทำงานดีขึ้นด้วยการไม่ดื่มสุรา			
11. ทำให้คุณภาพชีวิตของคุณดีขึ้นด้วยการไม่ดื่มสุรา			
12. ทำให้ครอบครัวของคุณมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วยการไม่ดื่มสุรา			
13. ทำให้การทำงานของสมองดีขึ้นด้วยการไม่ดื่มสุรา			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างนี้เป็นการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของท่าน กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างเพียงช่องเดียวของแต่ละข้อคำถาม ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด

1. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร
 - () ไม่เคยเลย
 - () เดือนละครั้ง หรือ น้อยกว่า
 - () 2 ถึง 4 ครั้งต่อเดือน
 - () 2 ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 - () 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์
2. เวลาที่ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปแล้ว ท่านดื่มประมาณเท่าไรต่อครั้ง
 - () เหล้าขาว 1 เป๊ก (เบียร์ครึ่งกระป๋อง)
 - () เหล้าขาว 3 เป๊ก (เบียร์ครึ่งกระป๋องครึ่ง)
 - () เหล้าขาว 5 เป๊ก (เบียร์สองกระป๋องครึ่ง)
 - () เหล้าขาว 7 เป๊ก (เบียร์สามกระป๋องครึ่ง)
 - () เหล้าขาว 10 เป๊ก (เบียร์ห้ากระป๋องครึ่ง) หรือมากกว่านั้น
3. ท่านดื่มเหล้าขาว 5 เป๊ก (เบียร์สองกระป๋องครึ่ง) หรือมากกว่านั้น บ่อยแค่ไหน
 - () ไม่เคยเลย
 - () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 - () เดือนละครั้ง
 - () สัปดาห์ละครั้ง
 - () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
4. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่ท่านพบว่าท่าน ไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากท่านได้เริ่มดื่มไปแล้ว
 - () ไม่เคยเลย
 - () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 - () เดือนละครั้ง
 - () สัปดาห์ละครั้ง
 - () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
5. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่ท่านไม่ได้ทำสิ่ง ที่ท่านควรจะทำตามปกติ เพราะท่านมึนแต่ไปดื่มเสีย
 - () ไม่เคยเลย
 - () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 - () เดือนละครั้ง
 - () สัปดาห์ละครั้ง
 - () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

6. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่ท่านต้องรีบดื่มทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา
- () ไม่เคยเลย
 - () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 - () เดือนละครั้ง
 - () สัปดาห์ละครั้ง
 - () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
7. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่ท่านรู้สึกไม่ดี โกรธหรือ เสียใจเนื่องจากท่านได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่ท่านดื่ม
- () ไม่เคยเลย
 - () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 - () เดือนละครั้ง
 - () สัปดาห์ละครั้ง
 - () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
8. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่ท่านไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาหลังจากท่านดื่ม
- () ไม่เคยเลย
 - () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 - () เดือนละครั้ง
 - () สัปดาห์ละครั้ง
 - () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
9. ตัวท่านเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มของท่านหรือไม่
- () ไม่เคยเลย
 - () เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว
 - () เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว



**ISER- 132nd International
Conference on Science, Health and
Medicine (ICSHM) Zurich,
Switzerland March 16th -17th 2017**

Proceeding

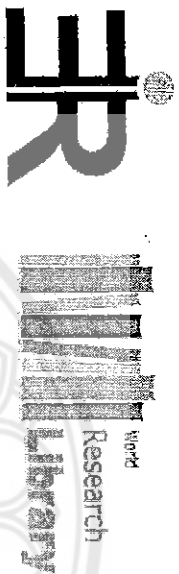
**Madhusmita Satapathy Conference
Coordinator, ISER**

PROGRAMME SCHEDULE
ISER INTERNATIONAL CONFERENCE
 (Zurich, Switzerland, 16th March 2017)

Organized By



In association with



Important Information

- Timing of Conference: As per Zurich Local Time

Venue: Hotel Allegra

Hamelrainstrasse 3, 8302 Kloten, Switzerland



Registration and Reporting time
10.00AM

Inauguration Function
10.30AM

Expert Lecture & Keynote Speech
10.40AM

Vote of Thanks by
Conference Secretary
10.50AM

Technical Session-1 (11.00AM to 12.00PM)

S.No.	Paper ID/Reg.ID	Paper Title	Author	Co-authors	Author's Affiliation
1	IS-CSHMZURICH-17037-3254	Effects of Alcohol Drinking Reduction model by Applying Self Efficacy among Women Farmers Group in Phitsanulok Province, Thailand	Narongsak Noosorn		Faculty of Public Health, Naresuan University, Phisanulok, Thailand
2	IS-CSHMZURICH-17037-3243	Antioxidant capacities and total phenolic and flavonoid contents of some indigenous fruits from Turkey	Yasemin Gökçöz	Asuman Karadeniz	Mehmet Akif Ersoy University, Faculty of Science and Art, Department of Biology, Burdur TÜRKİYE
3	IS-ABMISZURICH-16037-3251	Civil, Structural and Construction Engineering	Alamin		Building Technologist and Idea (BTI), Gulshan, Dhaka, Bangladesh
4	IS-CSHMZURICH-17037-3332	The Association of -799 C/T Promoter Polymorphism in Matrix Metalloproteinases 8 Gene with Breast Cancer Susceptibility in North West of Iran	Fatemeh Kheiradmand	Sanya Haiaty, Ahad Bazmani	Biochemistry Department & Center for Cellular and Molecular Research, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

5	IS-CESZURICH-17037-01	A Social Perspective towards Specificities of Risk Management in Insurance Sector.	Younes Taghavi	Iran Health Organization, Insurance Sector, Maragheh Department, Iran
6	IS-ABMISZURICH-16037-3263 RESERVED	THE EFFECTS OF PRACTICALLY BETWEEN POLITICS AND LAW ON MIDDLE EAST COUNTRIES	Adnan abdullah rashed	ISHIK UNIVERSITY

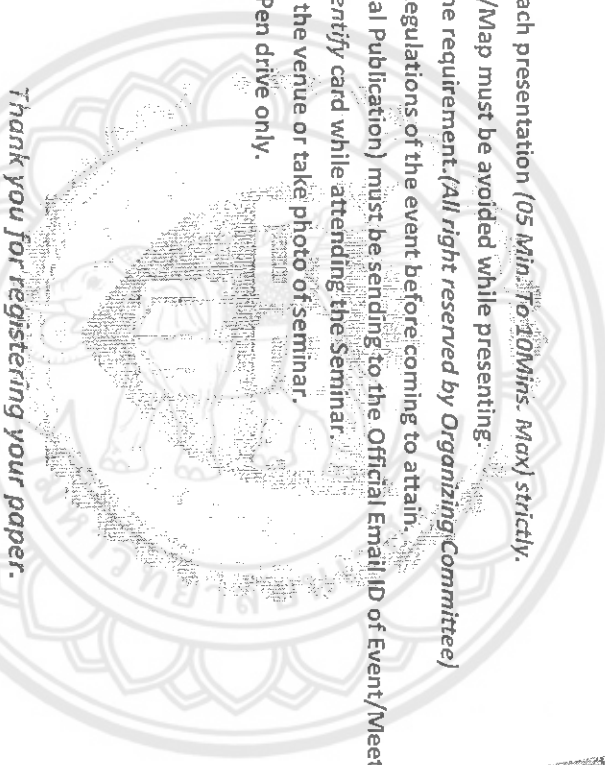
Certificate distribution @ 12.15PM
Lunch @ 12.30PM

Important Information:

1. Each participant need to follow the time limit for each presentation (05 Min. To 10Mins. Max) strictly.
2. Any Adult Picture or Controversial Picture/Contain/Map must be avoided while presenting.
3. The Sequence of presentation may change as per the requirement. (All right reserved by Organizing Committee)
4. Kindly make sure that you have agreed Rules and Regulations of the event before coming to attend.
5. All queries (Pre Conference/Post Conference/Journal Publication) must be sending to the Official Email ID of Event/Meeting.
6. All delegates are requested to carry the Original Identify card while attending the Seminar.
7. No one is allowed without Prior Registration inside the venue or take photo of seminar.
8. All Participants needs to bring PPT presentation in Pen drive only.

CONTACT

Send your queries related conference
Call/Whatsapp: +91-98614550453



*Thank you for registering your paper.
Wish you a happy Journey and best wishes for presentation*

www.iser.co

*All rights reserved by ISER



Model of Alcohol Drinking Reduction Among Women Farmers Group in Phitsanulok Province, Thailand

Narongsak Noosorn (PhD)
 Faculty of Public Health, Naresuan University, Thailand
 Email: nnoosorn@yahoo.com

Abstract: This research is quasi-experimental research which aims to study efficiency of behavioral change with principle of persistence to enticement to reduce alcohol consumption among women group in area with high consumption rate in lower part of northern region. The samples included 60 housewives. The experiment was divided as two groups: the experiment group of 30 persons and the control group of 30 persons. They were selected with simple sampling methods. The experiment group joined the program for changing behaviors of alcohol consumption of the women group by applying theory of self-efficacy in term of persistence to enticement from main procedures including 1) Learning from successful sample in rejecting consuming alcohol 2) Seeing the model or experiences of others in rejecting the alcohol consumption 3) Using convincing words to make people believe that they can succeed in rejecting alcohol consumption and 4) promoting physical and emotional condition to have behavior of preventing alcohol consumption. The experiment group joined the program for 5 times. Data were accumulated by using a questionnaire before and after the experiment in the 4th, 8th and 12th week. Data were analyzed with descriptive data, independent T-test and Repeated Measure ANOVA.

The study result was found that women group in the experiment group and control group mostly had age range of 40 – 49 years old accounted for 43.3% and 46.7% and they were married accounted for 83.3% and 90.0%. The experiment group had average self-efficacy score before and after the experiment differently with statistical significance at 0.05 and average score of expectation in result and drinking behavior before and after the experiment differently with statistical significance at 0.05. When analyzing data with Repeated Measure ANOVA, the researcher found that the experiment group had increasing average score of self-efficacy with statistical significance at 0.05 (P-value <0.001) and increasing average score of behavior in reducing alcohol consumption with statistical significance at 0.05 (P-value <0.001)

Keyword: Self-Efficacy, Drinking behavior, Women group

Introduction

Alcohol is one of the top risk factors to health and drinking alcohol is likely to cause sickness, disability and death. Alcohol is a cause of more than 200 diseases and in 2012, it was found that about 3,300,000 people were dead around that world it was estimated that some cases were cause by alcohol consumption for

about 5.9% of all death accounted for 1 in 20 people who died throughout the world (7.6% for men 4.0% for women) (WHO, 2014).

Drinking alcohol had impacts on drinkers and other people (Alcohol's Harm to Others) and there were many levels of its impact covering minor effect such as feeling annoyed to major effect such as being fatally harmed etc. (Orathai

Waliwong et al, 2557). the study of Narongsak Nusorn Et al (2550) about the impact of consuming alcohols on health was found that alcohol drinkers tended to be sick of alcohol-related diseases more than non-drinkers for 2.16 times. Furthermore, it was found that drinking alcohols was related to sickness from alcohol-involved diseases, cirrhosis, and gastritis. For impact of consuming alcohols on traffic accident in northern part of Thailand, it was found that the accident and injury was related to alcohol consumption that the drinkers who drive a car had accident more than non-drinkers for 2.38 times. In addition it was found that drinking alcohol was related to traffic accident with statistical significance (Narongsak Nusorn et al, 2550). Besides, consuming alcohols affected the society with the study about social impact finding that drinking alcohols led to many impacts to the drinkers themselves, their families and society along with other people nearby (Peerathorn Bunyarattaphan, 2555)

Currently, Thai women with age from 15 years increasingly consumed alcohol and with more frequent drinking behavior (Every day or almost every day or 1-2 times/week or 1-2 times/month) with increasing tendency. National Statistical Office made a survey and found that frequency of alcohol consumption of women with age from 15 years was increased from 8.1% in 1995 to 10.3% in 2004. It started to decline to 9.8% in 2006 and 8.8% in 2007 (Center for Alcohol Studies, 2550) which was consistent with the household survey in estimating drug and alcohol usage of Thai population in 2007 finding that about 3.2 million Thai women drank alcohols in previous year and about 2.0 million people drank alcohol in previous month and 1.3 people did not consume alcohol in pass week. Furthermore, it was found that people with age range of 25-44 years had drinking experience in previous year most followed by women with age range of 12 – 24 years and 45-65 years respectively. The women in age range of 25 – 44 years had most

drinking experiences in previous month followed by the group of 45 – 65 year and 12 - 24 years respectively (Assanangkornchai S., 2007). The frequency of alcohol consumption among women was increased and it was the group of young women who increasingly drank alcohols (Suntree Srikosai, 2553). According to the situation of alcohol consumption among women from National Statistical Office, it was found that the tendency increased during 2011-2014 that 636,428 people drank alcohol accounted for 159,107 people/year (Online). We could see that female students or women in the community increasingly drank alcohols and the age is lower. Alcohol consumption rate among women increased more than men. Women thought that drinking alcohol is the way to show equality with men. They thought that, if men can drink, women can do it too. Men can have fun and so do women. Most female youths drank alcohols because they were influenced from positive attitude toward drinking and alcohol appearance that such drinks were juice or had low alcohols for women and those who started drinking (Somchai Jancha, 2550). Drinking alcohol could enable these people to deal with shyness and it could increase their assertiveness that they could easily get along with others in the society, have more friends and have fun. However, women who drank alcohols had risk of liver cancer for 9.15 times while men had risk for only 1.62 times (BunsermHutaphaet et al, 2550)

The researcher realized the problem of alcohol consumption in housewife group. This research was to apply the theory of self –regulation in arranging the program to reduce drinking behaviors in housewife group as it is the theory that is focused on practicing and developing behaviors of humans to do something to control their thoughts, feelings and actions and what will define the efficiency of individual assertiveness. From such reasons, the researcher team was interested in conducting a research on this topic with objectives to study efficiency of behavioral

change format with principle of persistence to enticement. The study result will be used to reduce alcohol consumption among housewife group in area where consumption rate is high in lower part of northern region and it is to promote good health and sanitation for people so that they can implement it to adjust their behaviors in sustainable way.

Methodology

This research is Quasi – Experimental Research by studying two sample groups with many times of measurement. It included analyzing Repeated Measures ANOVA with following details of the study

Population and sample

Population: in this research, there were 258 women in housewife group who drank alcohols in Buengkok Sub-district, Bangrakam District, Pitsanulok Province (Ban Dongkhokkham DHPH)

Sample: In this study, women in Buengkok Sub-district, Bangrakam District, Pitsanulok Province. The cluster size is defined by using the criteria of Dempsey and Dempsey (Dempsey and Dempsey, 1992 cited in Warangkhan Chachavet, 2546, Page 37. Somsak Thochampa, 2552, Page 49) suggesting that the quasi-experimental research should consist of at least 60 samples with two groups: 30 people in experiment group and 30 people in control group. They were selected with Simple Random Sampling methods by casting a ballot. And finally the result is having 30 samples in experiment group and 30 samples in control group.

Instrument

Instrument used in this research comprised 2 sets including

Set 1: the program to reduce drinking behavior among women in housewife group by exercising the theory of self-efficacy and the second set was instruments used to accumulate data including the questionnaire with following details.

Set 1: Program to reduce drinking behavior among women in housewife group by applying the theory of self-regulation
The program promoting self-efficacy containing 5 times of activities as follows

First activity: (Week 1):

Activity “Taking about drinking behavior” it is the activity that participants would exchange experiences and participatory learning of the sample cluster about drinking alcohols. They were divided in groups to practice skills of managing their emotions and stress from roleplaying and they had discussion to give opinions, express feelings and inquire about the situations they shared along with summarizing experience exchange in 2 hours

Second Activity (week 2):

Activity “Good Life without Alcohol”. It is learning about guidelines of practice from the model with experience exchange and learning from the model that is successful in not being involved in alcohol consumption. This activity took 2 hours.

Third Activity (Week 3):

Activity “Tell about Alcohol”. It is learning from video and photos about behaviors that may cause loss from alcohol and they gave opinions about this activity and it took 2 hours.

Fourth Activity (week 4):

activity “Story of Alcohol”. They would share experiences and real situations about disadvantages of alcohol by village volunteer (they were trained as the drug specialist) and they shared opinions and had a chance to ask questions before summarizing the activity. This took 1 hour and 30 minutes.

Fifth Activity (week 5):

The activity to review knowledge and skill in first four activities and activity “Mind commitment” to mutually set a goal of not being involved in alcoholic drinks. This activity took 1 hour and 30 minutes

Set 2: instrument for data accumulation

Instrument used to accumulate data is divided as 3 parts as follows

Part 1 Questionnaire about general information such as personal information and plan of alcohol consumption.

Part 2: Questionnaire about self-efficacy in reducing and stopping alcohol consumption by using self-efficacy to reject drinking alcohols. It includes 15 close-ended questions with Likert scales as 4 levels including extremely confident, quite confident, quite unsure and unsure.

Part 3: the measurement of expectation in result of decreasing the alcohol consumption. It is a questionnaire developed by the researcher according to the concept of expectation in result of theory of self-efficacy of Bandura (Bandura, 1997) to measure perception in positive result after the samples decided to reject drinking alcohols. This part included 13 close-end questions with rating scale and score by item depending on level of expectation in result of denying drinking alcohols which contained 5 levels including highest, high, moderate, low, never

Part 4: the questionnaire about drinking behaviors. The researcher has applied Alcohol Use Identification Test (AUDIT) (WHO, 2001) consisting of 10 checklist questions and each question will have answers to select and each answer had 0-4 scores. The full score was 40.

Data Analysis

1. General information of the samples would be analyzed with frequency, percentage, mean and standard deviation in both experiment group and control group.

2. Information from questionnaire about drinking behavior of the sample was analyzed as follows

- Finding mean and standard deviation

- Analyzing difference of the mean of self-regulation in reducing drinking behavior with statistic, Independent t-test and Repeated Measure ANOVA

Conclusion

1. Study result

The study result was found that women in housewife group in experiment group and control group mostly had age range of 40 – 49 years accounted for 43.3% and 46.7% respectively. The women in both experiment group and control group had average age of 49 years.

Marital status: it was found that women in experiment group and control group mostly got married accounted for 83.3% and 90.0% following by the status of widow/ divorce/ separation accounted for 13.3% and 10.0% respectively (Table 1)

Highest education: it was found that women in experiment group and control group mostly had highest education in primary level accounted for 66.7% and 70.0% followed by secondary level accounted for 33.3% and 26.7% respectively.

The result of analyzing difference of self-regulation mean was found that before experiment, the mean score was 25.13 and after experiment, the mean score was 32.00. In comparison, it was difference with statistical significance at .05 (P-value <0.001). In control group before experiment, the mean score was 24.87 and after the experiment, the mean score was 24.77. In comparison, it was not different with statistical significance at .05 (Table 2)

The result of analyzing difference of mean of alcohol drinking behaviors was found that in experiment group had mean of 11.37 before experiment and 17.63 after the experiment. In comparison, it was found that they were different with statistical significance at .05 (P-value <0.001). The control group had mean score of 11.47 before the experiment and 11.57 after experiment. In comparison, it was found that the score was not different with statistical significant at .05 (Table 3)

When analyzing with Repeated measure ANOVA, the researcher found that the experiment group had increasing mean score of self-regulation with statistical significance at 0.05 (P-value <0.001) and increasing mean score of

drinking behavior reduction with statistical significance at 0.05 (P-value <0.001) (Table 4). Difference of mean score before and after experiment and after experiment in 4th, 8th and 12th week of every variable increased with statistical significance

(Table 6) while the control group had mean score of self-regulation and alcohol reduction behavior without statistical difference (Table 5)

Table 1: Number and Percentage of general information categorized by experiment group and control group

Personal information	Experiment group(n=30)		Control group(n=30)	
	Qty.	Percentage	Qty.	Percentage
Age range (year)				
20 – 29 Years	2	6.6	2	6.6
30 – 39 Years	8	26.6	7	23.3
40 – 49 Years	13	43.3	14	46.6
50 – 59 Years	6	20.0	6	20.0
60 Years and above	1	3.3	1	3.3
Marital Status				
Single	0	0.0	0	0.0
Married	25	83.3	26	86.6
Widow/ divorce/ Separation	5	16.6	4	13.3
Highest educational level				
Primary	20	66.7	21	70.0
Secondary	10	33.3	8	26.7
Bachelor's degree or higher	0	0.0	1	3.3

Table 2: The result of comparing and contrasting means score of self-efficacy between experiment group and control group (N=60)

Self-efficacy	Before		After		t	df	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
Experiment group (n=30)	25.13	3.70	32.00	1.62	0.210	58	<0.001*
Control group (n=30)	24.87	5.87	24.77	5.93	6.446	58	0.834

* Statistical significance at .05

Table 3: Result of comparing and contrasting mean score of alcohol consumption behavior between experiment group and control group (N=60)

Drinking behavior	Before		After		t	df	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
Experiment group (n=30)	11.37	5.35	17.63	5.16	5.586	58	<0.001*
Control group (n=30)	11.47	5.37	11.57	2.96	-0.072	58	0.934

* Statistical significance at .05

Table 4: Means score and standard deviation of study factors in experiment group before and after experiment, after the experiment in the 4th, 8th and 12th week (N=30)

Study Factor	Mean (standard deviation)					F	p-value
	Before experiment	After experiment	4 weeks after experiment	8 weeks after experiment	12 weeks after experiment		
Self-regulation	25.13 (3.70)	32.00 (1.62)	28.97 (3.61)	28.67 (3.07)	27.50 (2.45)	19.26 8	<0.001 *
Alcohol drinking Behavior	11.37 (5.35)	17.63 (5.16)	16.67 (5.31)	16.10 (3.97)	15.40 (3.76)	7.626	<0.001 *

* Statistical significance at .05

Table 5: Mean and standard deviation of the study factors in control group before experiment, after experiment and after the experiment in 4th, 8th and 12th week (N=30)

Study Factor	Mean (standard deviation)					F	p-value
	Before experiment	After experiment	4 weeks after experiment	8 weeks after experiment	12 weeks after experiment		
Self-regulation	24.87 (5.87)	24.77 (5.93)	23.37 (6.01)	24.53 (5.56)	23.63 (6.45)	0.472	0.682
Alcohol drinking Behavior	11.47 (5.37)	11.57 (2.96)	11.93 (5.52)	11.87 (3.77)	11.13 (2.13)	0.178	0.907

Table 6: Difference of mean score of study factor before experiment, after experiment and after experiment in 4th, 8th and 12th week (N=30)

Study Factor	Experiment group		Control group	
	Difference	P	Difference	P
Self-regulation				
Before experiment- after experiment	-6.876	<0.001*	0.100	0.832
Before experiment- after experiment in 4 th week	-3.833	0.001	1.500	0.182
Before experiment- after experiment in 8 th week	-3.533	0.001	0.333	0.841
Before experiment- after experiment in 12 th week	-2.367	0.018	1.233	0.419
After experiment- after experiment in 4 th week	3.033	<0.001*	1.400	0.131
After experiment- after experiment in 8 th week	3.333	<0.001*	0.233	0.888
After experiment- after experiment in 12 th week	4.500	<0.001*	1.133	0.466
After experiment: 4 th week- After experiment: 8 th week	0.300	0.744	-1.167	0.481
After experiment: 4 th week- After experiment: 12 th week	1.467	0.074	-0.267	0.860
After experiment: 8 th week- After experiment: 12 th week	1.167	0.082	0.900	0.593

Alcohol Drinking Behavior

Before experiment- after experiment	-6.267	<0.001*	-0.100	0.929
Before experiment- after experiment in 4 th week	-5.300	0.001	-0.467	0.756
Before experiment- after experiment in 8 th week	-4.733	0.001	-0.400	0.758
Before experiment- after experiment in 12 th week	-4.033	0.001	0.333	0.752
After experiment- after experiment in 4 th week	0.967	0.423	-0.367	0.759
After experiment- after experiment in 8 th week	1.533	0.246	-0.300	0.730
After experiment- after experiment in 12 th week	2.233	0.091	0.433	0.505
After experiment: 4 th week- After experiment: 8 th week	0.567	0.683	0.067	0.952
After experiment: 4 th week- After experiment: 12 th week	1.267	0.371	0.800	0.467
After experiment: 8 th week- After experiment: 12 th week	0.700	0.348	0.733	0.371

* Statistical significance at .05

2. Discussion

From applying the theory of self-regulation to arrange the program reducing alcohol drinking behaviors of women in housewife group, the mean score of self-regulation increased with statistical significance at 0.05 (P-value <0.001*) and the control group had means core of drinking reduction behavior increased with statistical significance at 0.05 (P-value <0.001*). It indicated that the program was effective and their behaviors still existed until the end of the research because this theory is focused on practicing and developing human behaviors to do something to control their thoughts, feelings and action along with what would define efficacy of personal expression. Moreover, this theory is also emphasized on intention and desire to change behaviors through process of self-regulation making participants to realize the impact of behaviors on health and society and creating the process of self- observation to know what they are doing and what can ruin their health. The result of self-regulation lead to process of decision by changing behaviors through decision and reaction by reducing, stop and quit drinking alcohols. According to findings, this program is suitable with changing behaviors of women in housewife group who drink alcohol efficiently. This is

consistent with and contrary to some issues of Anupong Janchula et al (2554) studying self-regulation to stop taking drugs among the addicted patients who received treatment at narcotic rehabilitation center in southern part of Thailand. The term that was consistent was that the samples had self-regulation to quit drugs in each step of treatment including period of detoxification (X = 2.82, SD = 0.61), period of rehabilitation (X = 2.82, SD = 0.61) and period of society return (X = 2.82, SD = 0.61) at high level. For the contradictory part, Anupong Janchula et al (2554) compared the result of self-regulation to quit drugs of addicted patients in each period including period of detoxification, rehabilitation and society return and found that it was not different in each period of treatment with statistical significance at .01.

Although the program reducing alcohol drinking behaviors among women in housewife group showed that they had mean score of self-regulation and alcohol reduction behavior increased from before experiment with statistical significance, the researcher still had some restrictions in implementation. In other words, there must be stimulating in each period after the end of program so that they had behaviors to reduce drinking alcohols because in fact, the social, cultural and environmental

context of the community in which the samples live still finds regular drinking among residents and this may influence them to return drinking alcohol again.

3. Conclusion

The study result was found that women in the experiment group had mean score of self-regulation increased from before joining the program with statistical significance at 0.05 (P-value <0.001) and mean score of alcohol reduction behavior increased from before joining the program with statistical significance at 0.05 (P-value <0.001). The difference of mean score before and after the experiment and after experiment in 4th, 8th and 12th week of every variable increased from before experiment with statistical significance. However, the control group had mean score of self-regulation and alcohol reduction behavior similarly. We could see that theory of self-regulation is beneficial and suitable to be applied as guideline of arranging the program reducing alcohol consumption behavior of women in housewife group. Self-regulation is a way to control thoughts, feelings and actions with consequences for themselves. The study result was found that 1) self-observation 2) decision process 3) self-response enabled women in housewife group to adapt their behaviors in reducing alcohol consumption as a result of processes that they performed and supported toward knowledge and understanding along with emotion and feeling. Besides, they set a goal and plan to make themselves healthier to achieve the goal systematically.

Recommendation

The program of reducing alcohol consumption behavior based on self-regulation theory among women in housewife group should be applied with areas where similar problems are found and the concept of applying self-regulation should be transmitted to relevant sectors so that they can implement it to reduce alcohol consumption among young women

to reduce the problems and impacts of alcohol drinking in every dimension.

Acknowledgement (If any)

The researcher and the team would like to thank Public Health Office in Bangrakam District, the director and staffs at Ban Dongkhokkham Sub-district Health promotion Hospital for providing the place for data accumulation, every participant as well as Center for Alcohol Studies for subsidizing fund for this research.

Reference

- Narongsak Noosorn et al. (2550). **Study of impact from alcohol consumption on health in lower part of northern region, Thailand**. Nonthaburi: Center for Alcohol Studies.
- Narongsak Nusorn et al. (2550). **Study of impact of alcohol consumption on traffic accident in lower part of northern region, Thailand**. Nonthaburi: Center for Alcohol Studies.
- Nutyada Suttikulpanit. (2558). Women should not drink alcohol. **Rakluk Journal**. 13(39), 25-58.
- Bunserm Hutaphaet et al.(2550). **Research of alcohol drinking behavior of Thai Youths: Survey, knowledge, situation and factors influencing behaviors**. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation.
- Peerathorn Bunyarattaphan. Et al (2555). **Policy-based suggestion program in mitigating social impact from alcohol drinking situation on Thai youths in the future, case study: Pitsanulok Province**. Search on 12 March 2015 from <http://www.cas.or.th/researchs>
- Center for Alcohol Studies. (2550). **2007 Annual Alcohol Report**. Nonthaburi : Center for Alcohol Studies.
- Suntree Srikosai. (2553). **Alcohol Consumption and Addiction of Women**. Integrated Management for Alcohol Intervention Program (I-MAO), Thai Health Promotion Foundation and Department of

Mental Health, Ministry of Public Health.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

Somchai Jancha. (2550). **Alcohol Consumption of Working-age Women in Fang District, Chiang Mai Province.** Research report of National Statistical Office. **Alcohol Consumption Situation of Women.** Search on 21 March 2015, from <http://www.posttoday.com/social/general/351256>

Anupong Janchula et al. (2554). **Self-Regulation for Narcotic Cessation of Addicted Person Treated at Narcotic Rehabilitation Center, Southern Region.** Search on 2 March 2015, From <http://www.sdte.go.th/upload/forum/doc4cbd4ee67643f.pdf>

Orathai Waleewong, Taksaphon Thammarangsi and Jintana Chankhotkaew. (2557). Impact of Alcohol Consumption on Others: Concept, situation and Gap of Thailand

. **Research Journal of Public Health System**, 8(2), 111-119.

A. Bandura, **Social Foundations of Thought and Action : A Social cognitive theory**, (Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1986), p. 24,

Assanangkornchai S. (2007). **Nation household survey : substance and alcohol use.** Songkla : Faculty of medicine. Prince of Songkla University. Dempsey, P.A. & Dempsey, A. D. (1992). **Nursing research with basic statistical applications.** (3rd ed.). Boston: Jones and Bartlett.

World Health Organization. (2001). **The alcohol use disorder identification test: AUDIT.**

Retrieved January 28, 2015, from <http://who.int>

World Health Organization. (2014). **Global status report on alcohol and health**

2014. Retrieved January 15, 2015, from

ที่ ศธ ๐๕๒๗.๑๒/๒๕๖๓



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมืองพิษณุโลก
จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ตอบรับบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและสุขภาพ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิจัย เรื่อง Model for Behavioral Changed to Reduce the Consumption of Alcohol in Agricultural Housewife in Extreme Consumption Area of Lower Northern Part เพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและสุขภาพนั้น

บทความวิจัยของท่านได้ผ่านการตรวจประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอรับรองว่าบทความของท่านจะลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและสุขภาพ (Journal of Nursing and Health Sciences) ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม-เมษายน ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนาดา วรรณพรศิริ)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

หน่วยวารสาร คณะพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๕๕๕๖-๖๖๕๖

โทรสาร. ๐-๕๕๕๖-๖๗๐๙

ขอเชิญชวนร่วมบริจาคเงินเพื่อสนับสนุนการสร้างอุทยานสมเด็จพระนเรศวรมหาราช เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา

www.indosat5.nu.ac.th

Model for Behavioral Changed to Reduce the Consumption of Alcohol in Agricultural Housewife in Extreme Consumption Area of Lower Northern Part

Narongsak Noosorn*

Chakkraphan Phetphum**

Shamsudeen Yau ***

Abstract

This research is a quasi-experimental research that studied the efficiency of a behavioural change program with the principle of persistence to enticement to reduce alcohol consumption among women group in an area known for high consumption rate in lower part of the northern region, Nhongula Bangragam Phisanoolok Province. A simple random sampling method was used to sample the 60 participants who were divided into two groups of equal halves: the experimental group and the control group. The experimental group was enrolled in the alcohol consumption behaviour changing program by applying the theory of self-efficacy in terms of persistence to enticement. The main procedures included 1) learning from successful sample in rejecting consuming alcohol 2) seeing the model or experiences of others in rejecting the alcohol consumption 3) using convincing words to make people believe that they can succeed in rejecting alcohol consumption and 4) promoting physical and emotional condition to have behavior of preventing alcohol consumption. The experimental group was enrolled in the program 5 consecutive times. In the 4th, 8th and 12th week of the program, data were collected using a questionnaire before and after the experiment and analyzed using descriptive statistics, independent T-test, and Repeated Measure ANOVA as appropriate.

The results of the study found that majority of the women group in both the experimental group (43.3%) and control group (46.7%) had an age range of 40 – 49 years old. Among the experimental group, 83.3% were married and 90.0% in the control group. Both the average self-efficacy score and the average score of expectation in result and drinking behaviour in the experimental group before and after the experiment were statistically different with statistical significance at 0.05. Upon data analysis by Repeated Measure ANOVA, the authors found that the experimental group had an increased average score of self-efficacy and an increased average score of behaviour in reducing alcohol consumption both of which were statistically significant (p-value <0.001).

Keyword: Self-Efficacy, Drinking behaviour, Women group

* Associate Professor, Ph.D., Faculty of Public Health, Naresuan University, Thailand

** Lecturer, Dr.P.H., Faculty of Public Health, Naresuan University, Thailand

*** Dr.P.H. (candidate), Faculty of Public Health, Naresuan University, Thailand

Introduction

Alcohol, a psychoactive substance which poses a threat of dependency to the users, has been widely used in many cultures for centuries around the world. More than 200 health conditions have been identified to be caused, either directly or indirectly, by alcohol consumption (World Health Organisation, 2014). While risk factors such as drinking pattern, frequency, volume, gender, age and rarely the quality of alcohol consumed have been evidently found to be associated with different harmful effects of alcohol on health (WHO, 2014; Devos-Comby, L., & Lange, J.E., 2008; Sieri, S., Krogh, V., Saieva, C., Grobbee, D.E., Bergmann, M., Rohrmann, S., & et al., 2009; Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., & et al., 2004), other factors such as economic development, culture, availability of alcohol and the level and effectiveness of alcohol policies are equally relevant in explaining differences and historical trends in alcohol consumption and the related harm¹. Policies of alcohol sales, the minimum legal age for drinking and taxes on alcohol has been found to significantly improve fetal outcome and dramatically reduced road traffic crashes (Zhang, N., & Caine, E., 2011; Zhang, N., 2010). The global alcohol consumption in 2010 was 6.2 litres of pure alcohol consumed per person aged 15 years or older translating into 13.5 grams of pure alcohol per day (WHO, 2014). Regardless of gender, the highest proportion of alcohol-attributable deaths relative to all deaths was reported in the Europe (WHO, 2014). This is evidenced by the fact that European region, largely contributed by Eastern European countries, has the highest alcohol consumption in the world (WHO, 2014; Sieri, S., Krogh, V., Saieva, C., Grobbee, D.E., Bergmann, M., Rohrmann, S., & et al., 2009). Therefore, reducing the harmful use of alcohol to

protect the health of populations to prevent diseases becomes a public health priority.

Alcohol consumption poses a significant danger to women and even more so when they are of childbearing age because it is linked to disrupting menstrual cycle and increased risk of infertility and miscarriage (Passey, M.E., Sanson-Fisher, R.W., D'Este, C.A., & Stirling, J.M., 2014; Wagstaff, J., Systems, C.I., Therivel, J., Systems, C.I., Cooper, L.B., Criminology, D., & et al., 2015). While perinatal outcome for women who drink in the first and third trimesters is no different from women who abstain during pregnancy (Murphy, D.J., Dunney, C., Mullally, A., Adnan, N., Fahey, T., & Barry, J., 2014), It has been studied that continuous alcohol use during pregnancy exposes the fetus to alcohol toxicity which is associated with premature delivery, stillbirth, nutritional deficiencies, pancreatitis, alcoholic ketoacidosis, alcoholic hepatitis, liver cirrhosis, and very low birth weight, which undermines the development of multiple body organs like the lungs (Zhang, N., 2010; Wagstaff, J., Systems, C.I., Therivel, J., Systems, C.I., Cooper, L.B., Criminology, D., & et al., 2015; Gauthier, T.W., & Brown, L.A.S., 2016). Though different health outcomes exist between chronic drinkers and social drinkers, the chronic drinkers are more likely to have adverse consequences than the social drinkers (Zakhari, S., & Li, T.K., 2007). When compared to abstaining women, for an average daily intake of alcohol up to 20 grams has a corresponding 14% increased risk of developing breast cancer, and for an average volume of up to 40grams, the risk increases to 59%; standard drinks as such contain approximately 12.5 g of ethanol (Zakhari, S., & Li, T.K., 2007; Rehm, J., Gmel, G., Sempos, C.T., & Trevisan, M., 2003). Of the more than 200 disease and injury conditions the harmful use of alcohol causes in individuals, alcohol dependence (Skinner, H., Skinner, H.A., & Allen, B.A.,

2016), liver cirrhosis (Zakhari, S., & Li, T.K., 2007), cancers and injuries are most prominent (WHO, 2014). Drinking pattern in women, like their men counterpart, varies from moderate to heavy and to binge drinking pattern. Binge drinking during the first trimester is associated with increased risks for sudden infant death (SID) (Wagstaff, J., Systems, C.I., Therivel, J., Systems, C.I., Cooper, L.B., Criminology, D., & et al., 2015) and higher frequencies of binge drinking episodes were reported among pregnant binge drinkers than non-pregnant binge drinkers (Agency For Healthcare research and Quality; Eaton, L.A., Kalichman, S.C., Sikkema, K.J., Skinner, D., Watt, M.H., Pieterse, D., & et al., 2012). This could explain the high rate of Fetal Alcohol Syndrome (FAS), considered to be caused entirely by alcohol, which is characterized by many negative health outcomes that include damage to the central nervous system resulting in retarded growth and deficiencies in the development of mental and physical capabilities (WHO, 2014; Eaton, L.A., Kalichman, S.C., Sikkema, K.J., Skinner, D., Watt, M.H., Pieterse, D., & et al., 2012). May (2014) found that (as cited in Tan et al., 2015) between 2-5% of first-grade students in the United States suffer from physical, behavioural, or learning impairments which were suspected to have a FAS. In addition, women have a higher prevalence of cancers, gastrointestinal diseases or cardiovascular diseases (Connor, J., Kydd, R., Rehm, J., & Shield, K., 2013).

Living with family (a spouse or children or both) is linked to reduced tendencies for alcohol use (Zhang, J., & Wu, L., 2015), on another hand, social factors such as parenting, relationship with neighbors, colleagues at work or even relationship with family members are affected by excess alcohol use; children are particularly most vulnerable to consequences of alcohol use. Children of alcoholic parents suffer from social, mental,

psychological and sometimes physical health problems and most of the times they have to live with these issues for the rest of their lives (Khan, K.S.A., Kausar, Y., & Imam, M.A., 2013). Due to the high tendency for children to imitate the behaviours of their parents, good or bad, there is a correlation between heavy drinking behaviours of mothers and their adult daughters heavy drinking (Niyonsenga, T., Rojas, P., Dillon, F., Kim, S., Ganapati, E.N., & De La Rosa, M.R., 2010). Injuries, especially unintentional, are the second highest alcohol related cause of deaths (WHO, 2014) and suicidal attempts or deaths are also associated with alcohol abuse, because most of the factors characterized to influence suicide such as social exclusion, family instability, breakdown of social bonds, and social marginalization, are common outcomes of untreated alcohol abuse and dependence (Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G.D., & et al., 2010).

Although, Globally, women are more likely to drink less and partake less frequently in heavy episodic drinking (HED), which gives them higher proportion of lifetime abstainers than males (WHO, 2014), they suffer more of the social effects of alcohol because pregnant women who use alcohol are the riskiest for more partner violence and sexual assaults (Eaton, L.A., Kalichman, S.C., Sikkema, K.J., Skinner, D., Watt, M.H., Pieterse, D., & et al., 2012) and young adult binge drinking women are at increased risks for adverse sexual behaviors such as multiple sexual partners, unwanted pregnancy and STDs infections (Griffin, K.W., Scheier, L.M., Acevedo, B., Grenard, J.L., & Botvin, G.J., 2012). While Cardiovascular diseases, which caused 33.4% of global deaths attributable to alcohol, is the highest cause of death among women (WHO, 2014; Eaton, L.A., Kalichman, S.C., Sikkema, K.J., Skinner, D., Watt, M.H., Pieterse, D., & et al., 2012), Breast

cancer is the common alcohol attributable cause of death in New Zealand's women (Connor, J., Kydd, R., Rehm, J., & Shield, K., 2013). Upon the same consumption level, drinking patterns have different effects on health outcomes (WHO, 2014).

The authors recognized the problem of alcohol consumption in housewife group and hence applied the theory of self-regulation to develop a program to reduce drinking behaviours in this group, given that it is a theory that is focused on practising and developing human behaviours to make them do something to control their thoughts, feelings, actions and what will define the efficiency of individual assertiveness. Against this background, the research team was interested in conducting the research with the sole objectives of studying the efficiency and the format of behavioural change with the principle of persistence to enticement. Hopefully, the results of the study result will be used to reduce alcohol consumption among housewife group in other areas in lower part of the northern region where consumption rate is high, and also to promote good health and sanitation among people so that they can implement it to adjust their behaviours in a sustainable way.

Methodology

This research is a Quasi – Experimental Research which studied two sample groups with multiple measurements over time and the analysis was carried out by Repeated Measures ANOVA with following details of the study

Population and sample

Population: There were a total of 258 women in the housewife group who drank alcohols in Buengkok Sub-district, Bangrakam District, Phitsanulok Province (Ban Dongkhokkham DHPH).

Sample: For the purpose of this study, women in Buengkok Sub-district, Bangrakam District, Phitsanulok Province were clustered. The cluster size is defined by using the criteria of Dempsey and Dempsey (Dempsey and Dempsey, 1992 cited in Warangkhan Chatchavet, 2546, Page 37. Somsak Thochampa, 2552, Page 49) suggesting that the quasi-experimental research should consist of at least 60 samples with two groups: 30 people in the experimental group and 30 people in the control group. They were selected via the Simple Random Sampling method of balloting to sample out 30 women into each of the experimental and the control groups.

Instrument

Two sets of Instrument were used in this research, namely;

Set 1: the model to reduce drinking behaviour among women in housewife group by exercising the theory of self-efficacy and instruments such as questionnaire was used to gather data. The first set of the program had the following details;

Model for behavioral changed to reduce the consumption of alcohol in agricultural housewife in extreme consumption area of lower northern part.

Set 1: Program to reduce drinking behaviour among women in housewife group by applying the theory of self-regulation. The program promoting self-efficacy containing 5 times of activities as follows

Week 1 – First activity: "Talking about drinking behaviour"; this was the activity that allowed participants to exchange experiences and participatory learning from one another about alcohol drinking. They were divided into groups to practice skills of managing their emotions and stress from roleplaying and they had discussion to give opinions, express feelings and inquire

about the situations they shared along with summarizing experience exchange in 2 hours

Week 2 – Second Activity: “Good Life without Alcohol”; this was a learning session about the guidelines of practice from the model of experience exchange and learning and the model that is successful in preventing being involved in alcohol consumption. This activity took 2 hours.

Week 3 – Third Activity: “Information about Alcohol”; this was a learning session from videos and photos about behaviours that may cause loss of life, health and property from alcohol use and the participants gave their opinions about this activity which took 2 hours duration.

Week 4 – Fourth Activity: “Story of Alcohol”; participants shared experiences and real situations about disadvantages of alcohol. Village volunteers, who were trained as drug specialists, shared opinions and highlighted the negative consequences of alcohol consumption to the participants and also had a chance to ask questions before summarizing the activity. This took 1 hour and 30 minutes.

Week 5 – Fifth Activity: The activity to review knowledge and skills gained from the first four activities. An activity “Mind commitment” was introduced to mutually set a goal of not being involved in alcoholic drinking. This activity took 1 hour and 30 minutes

Set 2: instrument for data gathering

The Instrument used to accumulate data is divided into 3 parts as follows;

Part 1 Questionnaire about general information such as personal information and plan of alcohol consumption.

Part 2: Questionnaire about self- efficacy in reducing and/or stopping alcohol consumption by using self-efficacy to reject drinking alcohol. It includes 15

closed-ended questions with Likert scales in 4 levels; extremely confident, quite confident, quite unsure and unsure.

Part 3: The measurement of expectation in the result of decreasing the alcohol consumption. It is a questionnaire developed by the researcher following to the concept of expectation in the result of the theory of self-efficacy of Bandura (Bandura, 1997) to measure perception in the positive result after the participants decided to reject alcohol drinking. This part included 13 closed-ended questions with rating scale and itemized score depending on level of expectation in the result of denying alcohol drinking which contained 5 levels; highest, high, moderate, low, never

Part 4: A questionnaire about drinking behaviours. The researchers applied Alcohol Use Identification Test (AUDIT)) (WHO, 2001) consisting of 10 checklist questions and each question will have answers to select from, and each answer had 0-4 scores. The full score was 40.

Data Analysis

1. General information of the participants was analyzed using frequencies, percentages, mean and standard deviation in both groups.

2. Information about drinking behaviour of the sample was analyzed as follows

- Finding mean and standard deviation
- Analyzing difference of the mean of self-regulation in reducing drinking behaviour using descriptive statistics, Independent t-test and Repeated Measure ANOVA.

Result

1. Study result

The mean age of the participants in both groups was 49 years. However, the study results showed that

majority of the women in both the experimental group (43.3%) and the control group (46.7%) were aged between 40 – 49 years. Furthermore, it was found that women in experiment group (83.3%) and control group (90.0%) were mostly married, followed by the status of widow/ divorce/ separation which accounted for 13.3% in the control group and 16.6% in the experimental group (Table 1). The vast majority of the participants in both groups had only a primary level education with 66.7% among the experimental group and 70.0% in the control group.

Analysis of the difference of self-regulation in the experimental group, the mean score before (25.13) and after (32.00) the experiment was statistically significant (p-value <0.001). However, such statistical difference was not observed in control group (Table 2).

On the one hand, the difference between the mean of alcohol drinking behaviours in the experimental group before (11.37) and after (17.63) the experiment was statistically significant (p-value <0.001). On the other hand, however, the mean score of alcohol drinking behaviours was not statistically different before and after the experiment (Table 3). The repeated measures analysis of variance revealed that the experimental group had an increased mean score of self-regulation but drinking behaviour reduction was decreased with statistical significance (p-value <0.001) before and after the experiment (Table 4). The mean score of self-regulation and alcohol reduction behaviour in the control group was statistically the same before and after the experiment (Table 5).

Table 1: Number and Percentage of general information categorized by experiment group and control group

Personal information	Experimental group(n=30)		Control group(n=30)	
	Qty.	Percentage	Qty.	Percentage
Age range (year)				
20 – 29 Years	2	6.6	2	6.6
30 – 39 Years	8	26.6	7	23.3
40 – 49 Years	13	43.3	14	46.6
50 – 59 Years	6	20.0	6	20.0
60 Years and above	1	3.3	1	3.3
Marital Status				
Single	0	0.0	0	0.0
Married	25	83.3	26	86.6
Widow/ divorce/ Separation	5	16.6	4	13.3
Highest educational level				
Primary	20	66.7	21	70.0
Secondary	10	33.3	8	26.7
Bachelor's degree or higher	0	0.0	1	3.3

Table 2 : The result of comparing and contrasting means score of self-efficacy between experiment group and control group (N=60)

Self-efficacy	Before		After		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
Experiment group (n=30)	24.13	3.90	32.20	1.62	0.210	58	<0.001*
Control group (n=30)	24.37	4.27	24.67	3.91	6.346	58	0.834

* Statistical significance at .05

Table 3: Result of comparing and contrasting mean score of alcohol consumption behaviour between experiment group and control group (N=60)

Drinking behavior	Before		After		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
Experiment group (n=30)	11.38	4.36	17.53	3.16	5.586	58	<0.001*
Control group (n=30)	11.46	4.31	11.47	2.96	-0.072	58	0.934

* Statistical significance at .05

Table 4: Means score and standard deviation of study factors in experiment group before and after experiment, after the experiment in the 4th, 8th and 12th week (N=30)

Study Factors	Mean (standard deviation)					F	p-value
	Before experiment	After experiment	4 weeks after experiment	8 weeks after experiment	12 weeks after experiment		
Self- regulation	25.13 (3.70)	32.00 (1.62)	28.97 (3.61)	28.67 (3.07)	27.50 (2.45)	19.268	<0.001*
Alcohol drinking Behavior	21.37 (5.35)	15.63 (5.16)	15.68 (5.31)	15.10 (3.97)	15.50 (3.76)	7.626	<0.001*

* Statistical significance at .05

Table 5: Mean and standard deviation of the study factors in control group before experiment, after experiment and after the experiment in 4th, 8th and 12th week (N=30)

Study Factor	Mean (standard deviation)					F	p-value
	Before experiment	After experiment	4 weeks after experiment	8 weeks after experiment	12 weeks after experiment		
Self- regulation	24.87 (5.87)	24.77 (5.93)	23.37 (6.01)	24.53 (5.56)	23.63 (6.45)	0.472	0.682
Alcohol drinking	21.47 (5.37)	21.57 (2.96)	21.93 (5.52)	21.87 (3.77)	21.13 (2.13)	0.178	0.907

Conclusion;

Applying the theory of self-regulation to implement the program, the mean score of self-regulation increased with statistical significance at 0.05 (p-value <0.001*) and the experimental group had a mean score of drinking reduction behaviour increased with statistical significance at 0.05 (p-value <0.001*). This indicated that the program was effective. Additionally, the behaviours of the participants still existed until the end of the program. This was particularly important because the theory focused more on practising and developing human behaviours to do something that will make them control their thoughts, feelings and action along with what would define the efficacy of personal expression. Moreover, the theory also emphasized on the intention and desire to change behaviours through the process of self-regulation, making participants realize the impact of behaviours on health and society and creating the process of self-observation to know what they are doing and what can ruin their health. The result of self-regulation leads to a process of decision-making by changing behaviours through decision and reaction, by reducing, stopping and quitting drinking alcohols. According to the findings, this program is suitable for changing behaviours of women in housewife group who drink alcohol. This is consistent with and contrary to some issues of Janchula, A., & et al (2011) studying self-regulation to stop taking drugs among the addicted patients who received treatment at a narcotic rehabilitation centre in southern part of Thailand. The term that was consistent was that the participants had self-regulation to quit drugs in each step of treatment including period of detoxification ($X = 2.82$, $SD = 0.61$), period of rehabilitation ($X = 2.82$, $SD = 0.61$) and period of society return ($X = 2.82$, $SD = 0.61$) at high level. For the contradiction, Janchula, A., & et al (2011)

compared the result of self-regulation to quit drugs of addicted patients in each period including a period of detoxification, rehabilitation and society return and found that it was not different in each period of treatment even when the statistical significance was set at a higher value, 01.

Although the program reducing alcohol drinking behaviours among women in housewife group showed that they had a mean score of self-regulation and alcohol reduction behaviour increased after the experiment with a statistical significance, the researcher still had some restrictions in implementation. In other words, at the end of the program, there should be a stimulating force periodically to make sure that the learned are sustained. Moreover, due to the fact that there still exist regular drinkers in the social, cultural and environmental context of the community in which the participants live, this may influence them to return to alcohol drinking again.

In conclusion, we have seen that the theory of self-regulation is beneficial and suitable to be applied as a guideline for developing a program of reducing alcohol consumption behaviour of women in housewife group. In addition, self-regulation has also proven to be a way to control thoughts, feelings and actions with consequences for themselves and set a goal and plan to make themselves healthier to achieve and maintain better health

Recommendation

Given that the program was based on self-regulation theory among women in housewife group, it should be applied to areas where similar problems are found and the concept of applying self-regulation should be transmitted to relevant sectors so that they can implement it to reduce alcohol consumption among

young women in order to minimize the problems and its impacts in every dimension.

Acknowledgement (If any)

The researcher and the team would like to thank Public Health Office in Bangrakam District, the director and staffs at Nhongura Sub-district Health promotion Hospital for providing the place for data gathering, every participant as well as Center for Alcohol Studies for subsidizing fund for this research.

REFERENCES:

- Agency For Healthcare research and Quality. Connor, J., Kydd, R., Rehm, J., & Shield, K. (2013). Alcohol-attributable burden of disease and injury in New Zealand: 2004 and 2007.
- Devos-Comby, L., & Lange, J.E. (2008). Standardized measures of alcohol-related problems: A review of their use among college students. *Psychol Addict Behav.* 22(3):349–61.
- Eaton, L.A., Kalichman, S.C., Sikkema, K.J., Skinner, D., Watt, M.H., Pieterse, D., & et al. (2012). Pregnancy, alcohol intake, and intimate partner violence among men and women attending drinking establishments in a Cape Town, South Africa township. *J Community Health.* 37(1): 208–16.
- Gauthier, T.W., & Brown, L.A.S. (2016). In utero alcohol effects on fetal, neonatal and childhood lung disease. *Paediatr Respir Rev* [Internet]. 8–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27613232>
- Griffin, K.W., Scheier, L.M., Acevedo, B., Grenard, J.L., & Botvin, G.J. (2012). Long-term effects of self-control on alcohol use and sexual behaviour among urban minority young women. *Int J Environ Res Public Health.* 9(1): 1–23.
- Khan, K.S.A., Kausar, Y., & Imani, M.A. (2013). Influence of alcohol addicted parents in the development of alcoholic behaviour of their children. *Indian J Heal Wellbeing* [Internet]. 4(8): 1608–10. Available from: http://search.proquest.com.ezp.waldenulibrary.org/docview/1611830593?accountid=14872%5Chttp://sfxhosted.exlibrisgroup.com/waldenu?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=unknown&sid=ProQ:ProQ:healthcompleteshell&atitle=Influence
- Murphy, D.J., Dunney, C., Mullally, A., Adnan, N., Fahey, T., & Barry, J. (2014). A prospective cohort study of alcohol exposure in early and late pregnancy within an urban population in Ireland. *Int J Environ Res Public Health.* 11(2): 2049–63.
- Niyonsengá, T., Rojas, P., Dillon, F., Kim, S., Ganapati, E.N., & De La Rosa, M.R. (2010). Correlates of heavy drinking behaviours of Latino mothers and their adult daughters. *J Psychoactive Drugs.* 42(4): 457–66.
- Passey, M.E., Sanson-Fisher, R.W., D'Este, C.A., & Stirling, J.M. (2014). Tobacco, alcohol and cannabis use during pregnancy: Clustering of risks. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 134(1): 44–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugaledep.2013.09.008>
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G.D., & et al. (2010). Suicidal behaviour and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health.* 7(4): 1392–431.
- Rehm, J., Gmel, G., Sempos, C.T., & Trevisan, M. (2003). Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Res Heal J Natl Inst Alcohol Abus Alcohol* [Internet]. 27(1): 39–51. Available from: http://gateway.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=15301399%5Chttp://sfx.nottingham.ac.uk:80/sfx_local?genre=article&atitle=Alcohol-

related+morbidity+and+mortality.&title=Alcohol+Research+&+Health:+the+Journal+of+the+National+

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehm, N., & et al. (2004). *Alcohol use*. Alcohol [Internet]. 102(5):959–1108. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21748253>

Sieri, S., Krogh, V., Saieva, C., Grobbee, D.E., Bergmann, M., Rohrmann, S., & et al. (2009). Alcohol consumption patterns, diet and body weight in 10 European countries. *Eur J Clin Nutr*. 63 Suppl 4: S81–100.

Skinner, H., Skinner, H.A., & Allen, B.A. (2016). Alcohol Dependence Scale : measurement and validation Alcohol Dependence Syndrome : Measurement and Validation. 91(May): 199–209.

Wagstaff, J., Systems, C.I., Therivel, J., Systems, C.I., Cooper, L.B., Criminology, D., & et al. (2015). LESSON Alcohol Abuse during Pregnancy.

World Health Organisation. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Glob status Rep alcohol [Internet]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf

Zakhari, S., & Li, T.K. (2007). Determinants of alcohol use and abuse: impact of quantity and frequency patterns on liver disease. *Hepatology*. 46(6): 2032–9.

Zhang, N. (2010). Alcohol taxes and birth outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 7(5): 1901–12.

Zhang, N., & Caine, E. (2011). Alcohol policy, social context, and infant health: The impact of minimum legal drinking age. *Int J Environ Res Public Health*. 8(9): 3796–809.

Zhang, J., & Wu, L. (2015). Cigarette smoking and alcohol consumption among Chinese older adults: do living arrangements matter? *Int J Env Res Public Heal*. 12(3): 2411–36.