

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

จิราพร เขียวอยู่⁽¹⁾ ปิยาภรณ์ ชูตั้งกร⁽²⁾ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล⁽³⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ : 14 ธันวาคม 2555
วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 27 กุมภาพันธ์ 2556

⁽¹⁾ ผู้รับผิดชอบบทความ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(โทรศัพท์: 043-347057, E-mail address:
jirapom@kku.ac.th)

⁽²⁾ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
⁽³⁾ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนอายุระหว่าง 15-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ตัวอย่างมีจำนวน 695 คน สุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) 5.0.0 ฉบับภาษาไทย ผู้มีพฤติกรรมดื่มสุรา ได้แก่ ผู้ที่มีผลจากการคัดกรอง และผลการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ด้วย M.I.N.I. 5.0.0 เป็นบวก ผลการวิจัยพบความชุกของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในภาพรวม เท่ากับร้อยละ 6.6 (95%CI=2.5-10.7) ความชุกของปัญหานี้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วน 9.4 ต่อ 1 (ร้อยละ 23.4, 95%CI=11.4-35.4 และร้อยละ 2.5, 95%CI=-0.3-5.3 ตามลำดับ) วิเคราะห์หาปัจจัยสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยการถดถอยพหุโลจิสติก พบว่าตัวอย่างที่พบอัตราเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ ผู้ที่เป็นเพศชาย ($OR_{adj}=12.48$, 95%CI=4.11-37.92) ผู้มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือคู่แต่แยกกันอยู่ ($OR_{adj}=3.02$, 95%CI=1.77-5.14) และผู้มีปัญหาจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาใคร ($OR_{adj}=2.40$, 95%CI=1.18-4.87) สรุป ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น มีความชุกที่ต่ำกว่า การสำรวจของกรมสุขภาพจิต ปี 2551 เล็กน้อย ทีมสุขภาพจิตควรจัดบริการดูแลปัญหานี้เป็นพิเศษให้แก่กลุ่มประชากรเพศชาย และดำเนินการหาข้อมูลจากชุมชนเพื่อค้นหากลุ่มคนที่ไม่มีคู่สมรส หรือผู้ที่แก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง โดยไม่ปรึกษาใคร แล้วจัดบริการดูแลปัญหานี้ให้แก่บุคคลเหล่านั้นต่อไป

คำสำคัญ: ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา, ความชุก, ปัจจัยสัมพันธ์

Original Article

Prevalence and Associated Factors of Alcohol Use Disorders among the Municipal Population of Khon Kaen province

Jiraporn Khiewyoo⁽¹⁾ Piyakorn Chutangkorn⁽²⁾ and Suwanna Arunpongpaisal⁽³⁾

Received Date : December 14, 2012
Accepted Date : February 27, 2013

Abstract

⁽¹⁾ **Corresponding author** : Assistant Professor, Department of Biostatistics and Demography, Faculty of Public Health, Khon Kaen University (Tel.043-347057, E-mail address : jiraporn@kku.ac.th)

⁽²⁾ Associate Professor, Department of Mental Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

⁽³⁾ Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the prevalence of alcohol use disorders and related factors among the municipal population of Khon Kaen province. Two-stage sampling was employed to select a sample of 695 subjects within the age range of 15-60 years. Data were obtained by means of an interview using a structured questionnaire, which included questions about factors related to mental health problems, and a screening test for harmful drinking and alcohol dependence in Thai communities. Positive results from the screening test were confirmed by psychiatrists using Mini-International Neuropsychiatric Interview, Thai version 5.0.0 (M.I.N.I. 5.0.0 (Thai version)). The prevalence of alcohol use disorders was found as 6.6% (95%CI=2.5-10.7). The prevalence among men more than women as 9.4:1 which were 23.4% (95%CI=11.4-35.4) and 2.5% (95%CI=-0.3-5.3) respectively. A multiple logistic regression analysis revealed a significantly increase risk of alcohol use disorders in sample who were men ($OR_{adj}=12.48$, 95%CI=4.11-37.92), single or separated or widow or divorce ($OR_{adj}=3.02$, 95%CI=1.77-5.14), and those who depended mainly on themselves in coping problems ($OR_{adj}=2.40$, 95%CI=1.18-4.87). Conclusion that prevalence of alcohol use disorders in Khon Kaen municipal areas was 6.6% which slightly lower than the result from the national mental health survey in 2008. Psychiatric teams should provide increased support for men, and persons who are single or separated or widow or divorce, as well as those who cope with problems by themselves.

Keyword: alcohol use disorders, prevalence, associated factors

บทนำ

การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นพฤติกรรมที่พบได้ทั่วไปในสังคมไทย ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2554 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุราในระหว่าง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ มีร้อยละ 31.5 ผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง 5 เท่า แม้อัตราการดื่มสุราของคนไทยระหว่างปี พ.ศ. 2544-2554 จะมีแนวโน้มลดลง โดยปี 2544 และปี 2547 มีอัตราการดื่มสุราเท่ากับร้อยละ 32.7 ในปี 2549, 2550, 2552 และ 2554 มีอัตราการดื่มสุราเท่ากับร้อยละ 31.5, 30.0, 32.0 และ 31.5 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามอัตราที่พบนี้ยังคงเป็นอัตราที่สูง ข้อมูลจากแหล่งเดียวกันนี้ พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็มีการดื่มสุราในอัตราที่สูงเช่นเดียวกัน โดยพบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ดื่มสุร่าอย่างสม่ำเสมอ มีร้อยละ 37.0 ดื่มทุกวันมี ร้อยละ 3.8 และดื่มเป็นบางครั้งมีร้อยละ 57.4 จากการสำรวจระดับชาติทางสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2551 ของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2554) รายงานความชุกของปัญหาการดื่มสุราในช่วง 1 ปี พบร้อยละ 10.9 เฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบในเพศชาย ร้อยละ 28.5 (SE 1.3) เพศหญิงร้อยละ 2.4 (SE 0.5) ผลเสียจากการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีหลายประการ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ได้แก่ ปัญหาทางการเงิน ความรุนแรงในครอบครัว การทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุจากการจราจร และปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่นเกิดผลเสียกับตับ ระบบประสาทถูกทำลาย หรือเกิดปัญหาที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิต (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) ปัญหาต่างๆ ที่เนื่องมาจากการดื่มสุรานี้ มีระดับความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับของระดับการดื่มที่มากขึ้น การศึกษานี้สนใจประเด็น การดื่มแอลกอฮอล์จนเกิดผลเสียต่อสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะพื้นที่เขตเทศบาลเมืองมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ประชาชนในพื้นที่นี้จึงน่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มหนึ่งของการมีผลเสียด้านสุขภาพที่เนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ คณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อหาความชุกของปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในพื้นที่นี้ ตลอดจนหาปัจจัยต่างๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับปัญหานี้ และเนื่องจาก ปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานี้ เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น ปัจจัยที่นำมาพิจารณาในกรอบ

แนวคิดการวิเคราะห์หาปัจจัยสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา จึงเป็นปัจจัยเชิงเหตุของปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาพครอบครัว ปัจจัยด้านความสามารถในการจัดการปัญหา และปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและมลภาวะ ผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษานี้ได้จะเป็นประโยชน์สำหรับการนำไปใช้วางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างสอดคล้องกับสภาพพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาความชุกของปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชาชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่นและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่สำรวจแบบตัดขวางจากประชาชนในชุมชน โดยผลการวิจัยที่นำเสนอในบทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “ความชุกและปัจจัยเชิงเหตุของสุขภาพจิตในจังหวัดขอนแก่น” ของปัญญากรณ์ ชูด้งกร, จิราพร เขียวอยู่และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2547) ซึ่งโครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัยได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ลำดับที่ 4.2.08: 10/2546 เลขที่: HE460822

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เป็นระยะเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เต็ม (นับถึงวันเริ่มเก็บข้อมูลงานวิจัยวันแรก) จำนวนทั้งสิ้น 616,756 คน (ข้อมูลจากระบบทะเบียนราษฎรของเทศบาลขอนแก่น ณ เดือนตุลาคม 2546)

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ ประชาชนจำนวน 695 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบสองขั้นตอน ขั้นที่ 1 สุ่มชุมชนตัวอย่างจำนวน 12 ชุมชน จากทั้งหมด 73 ชุมชน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ ขั้นที่ 2 สุ่มครัวเรือนตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ จำนวนประมาณ 50 ครัวเรือน จากแต่ละชุมชนตัวอย่างที่สุ่มได้ในขั้นที่ 1 ต่อจากนั้นดำเนิน การเก็บข้อมูล จากสมาชิกของครัวเรือนที่เข้าข่ายลักษณะประชากรที่ศึกษา ครัวเรือนละ 1

คน โดยหากครัวเรือนใดมีสมาชิกเข้าข่ายประชากรที่ศึกษา มากกว่า 1 คน จะสุ่มออกมาเพียง 1 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เท่ากับ ขนาดตัวอย่างสำหรับประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยค่า design effect

สูตรหาขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเป็นดังนี้ (Cochran, 1977)

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$
$$n_0 = \frac{Z_{\alpha/2}^2 q}{r^2 p}$$

เมื่อ

n เป็นขนาดตัวอย่างที่ต้องการ กรณีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

n_0 เป็นขนาดตัวอย่างเริ่มแรก

N เป็นจำนวนประชากรอายุ 15-60 ปีทั้งหมด ซึ่งมีเท่ากับ 616,576 คน

α คือ ระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติ ซึ่งกำหนด

ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_{\alpha/2} = Z_{0.025} = 1.96$

p คือ สัดส่วนของประชากรที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา ค่าที่แทนในสูตร นำมาจากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตระดับจังหวัดในปี 2542 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่ามีค่าเท่ากับ 0.318

q คือ สัดส่วนของประชากรที่ไม่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนั้น $q = 1 - p = 0.682$

r คือ ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ (relative standard error) กำหนดให้เท่ากับ 15% หรือ 0.15

และกำหนดให้ค่า design effect เท่ากับ 2

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และเครื่องมือวินิจฉัยโรค ดังนี้

(1) แบบสัมภาษณ์ มี 3 ส่วน ส่วนแรกเป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง จำนวน 17 ข้อ ส่วนที่สองเป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลปัจจัยเชิงเหตุของปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่สาม เป็นคำถาม

เพื่อเก็บข้อมูลปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา คำถามส่วนนี้เป็นแบบคัดกรองภาวะดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและภาวะติดสุรา ซึ่งนำมาจากผลงานของ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาลและคณะ (2546) มีจำนวน 10 ข้อ คำตอบของแต่ละข้อมี 5 ระดับ จาก 0 คือ ไม่มี ถึง 4 คือมีรุนแรง และจากการนำมาใช้ในการศึกษานี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอรันบาค เท่ากับ 0.87

(2) เครื่องมือวินิจฉัยโรค ได้แก่ Mini International Neuropsychiatric Interview, Thai version 5.0.0 (M.I.N.I. 5.0.0(ฉบับภาษาไทย)) (พันธู์ภา กิติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2548) ในการวิจัยครั้งนี้ จิตแพทย์ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือนี้เป็นผู้ใช้เครื่องมือนี้

ตัวแปรและการวัดตัวแปร

ตัวแปรหลัก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา (alcohol use disorders) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งหมายถึงการมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จนมีผลเสียต่อสุขภาพ การประเมินปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราดำเนินการดังนี้ ขั้นแรก คัดกรองผู้ที่สงสัยว่ามีปัญหา โดยใช้แบบคัดกรองภาวะดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและภาวะติดสุรา โดยผู้ที่สงสัยว่ามีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ รายที่มีคะแนนในแบบคัดกรอง มีค่า 3 คะแนนขึ้นไป กรณีที่เป็นผู้หญิง และมีค่า 4 คะแนนขึ้นไป กรณีที่เป็นผู้ชาย ขั้นต่อไปนำรายที่สงสัยนี้ ไปรับการวินิจฉัยด้วยจิตแพทย์โดยใช้เครื่องมือ M.I.N.I. 5.0.0 หากผลเป็นบวก จะสรุปว่าตัวอย่างรายนั้นเป็นผู้มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา

ความซุกของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในการศึกษานี้ คำนวณจาก จำนวนตัวอย่างที่มีผลจากการประเมินด้วยแบบคัดกรองเป็นบวก (มีค่า 3 คะแนนขึ้นไป กรณีที่เป็นผู้หญิง และมีค่า 4 คะแนนขึ้นไป กรณีที่เป็นผู้ชาย) และผลจาก M.I.N.I. 5.0.0 ก็เป็นบวก หากด้วยจำนวนตัวอย่าง ที่ผลจากการประเมินด้วยแบบคัดกรอง เป็นบวกและไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยซ้ำด้วย M.I.N.I. 5.0.0 รวมกับจำนวนตัวอย่างที่มีผลการประเมินจากแบบคัดกรองเป็นลบ ซึ่งไม่ต้องไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยซ้ำ

ตัวแปรอื่นที่ศึกษา เป็นตัวแปรในกลุ่มปัจจัยต่างๆ ที่คาดว่า น่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ครอบคลุมตัวแปรประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา

การมีงานทำ การมีปัญหาในการทำงาน ความเพียงพอของรายได้ และภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสภาพครอบครัว ได้แก่ ตัวแปรโครงสร้างครอบครัว ปัจจัยด้านความสามารถในการจัดการปัญหา และปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและมลภาวะ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการควบคุมคุณภาพข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้แบบสัมภาษณ์ และคู่มือลงรหัส พร้อมทั้งทดลองใช้ แล้วคัดเลือกและอบรมพนักงานสัมภาษณ์ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่าง พฤศจิกายน 2546-กุมภาพันธ์ 2547 การเก็บข้อมูลในสนาม ดำเนินการภายใต้ การให้คำปรึกษาของทีมนักวิจัย การตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ดำเนินการไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลในสนาม

กรณีผลการคัดกรองตัวอย่างรายใดเป็นบวก ตัวอย่างรายนั้นจะได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ โดยใช้เครื่องมือวินิจฉัย M.I.N.I.5.0.0 ฉบับภาษาไทย

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาลงรหัส แล้วบันทึกเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม Epi-Data โดยบันทึก 2 ครั้ง ด้วยพนักงานบันทึก 2 คน (หนึ่งคน บันทึก 1 ครั้ง) แล้วตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไข ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประกอบด้วย

(1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอจำนวนและร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องซึ่งมีการแจกแจงปกตินำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(2) วิเคราะห์หาความชุกของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ และช่วงความเชื่อมั่น 95% ของร้อยละ

(3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม ซึ่งได้แก่ ตัวแปรปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรากับตัวแปรอิสระต่างๆ ที่ละตัวแปร โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ด้วยสถิติทดสอบไคสแคว หรือสถิติทดสอบ Fisher's exact กรณีที่ข้อมูลไม่ผ่านเงื่อนไขของสถิติทดสอบไคสแคว นั่นคือ จำนวนเซลล์ที่มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด คำนวณขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย แล้วนำเสนออัตราเสี่ยงอย่างหยาบ (Crude Odd Ratio [OR_{crude}]) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95%

(4) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม การมีปัญหาวุฒิกรรมการดื่มสุรากับตัวแปรอิสระต่างๆ โดยคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่น ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกแบบขจัดอิทธิพลของตัวแปร ตัวแปรในโมเดลเริ่มต้นของการวิเคราะห์ ได้จากตัวแปรที่ผลการวิเคราะห์ที่ละตัวแปรให้ค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 การวิเคราะห์ครั้งนี้ ไม่พิจารณาอิทธิพลเนื่องจากปฏิกิริยาร่วมระหว่างตัวแปรอิสระ นำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่าอัตราเสี่ยงที่ปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น (Adjusted Odd Ratio [OR_{adj}]) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95%

(5) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Stata การวิเคราะห์สำหรับข้อ (1) ไม่มีการถ่วงน้ำหนัก แต่สำหรับข้อ (2), (3) และ (4) มีการถ่วงน้ำหนักข้อมูล (sampling weight) ให้สอดคล้องกับแบบแผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ใช้ชุดคำสั่ง สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจตัวอย่าง (ชุดคำสั่ง SVY) ของโปรแกรม Stata

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

จากตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 695 ราย มีอายุเฉลี่ย 39.95 ปี(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.45 ปี) เป็นหญิงร้อยละ 72.9 ร้อยละ 67.2 มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน เกือบครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 44.1 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียน เกือบทั้งหมดคือร้อยละ 99.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 26.2 มีรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการใช้จ่าย ร้อยละ 44.7 มีรายได้เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 29.0 ว่างาน และร้อยละ 10.7 มีงานทำไม่ประจำ ที่มีงานทำประจำมีร้อยละ 60.4 ด้านอาชีพที่ทำ พบว่า สัดส่วนที่มากที่สุดหรือร้อยละ 36.9 ทำธุรกิจส่วนตัว รองลงมาคือร้อยละ 26.8 มีอาชีพรับจ้างและมีร้อยละ 20.5 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ด้านภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 63.6 ระบุว่ามีความสุขดี ร้อยละ 15.2 ระบุว่ามีความสุขดีมาก ที่สุขภาพไม่ดีหรือไม่ดีเลยมีร้อยละ 21.2 ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีร้อยละ 35.3

ความชุกของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา

จากตัวอย่างทั้งหมด 695 ราย มีตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์ ตามแบบคัดกรอง ภาวะดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและภาวะติดสุรา 685 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 98.6 พบผู้มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 32.3 เมื่อได้รับ

การวินิจฉัยยืนยันด้วย M.I.N.I. 5.0.0 พบ ความชุกของ
ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 6.6
ช่วงความเชื่อมั่น 95% มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 2.5 ถึง 10.7
ปัญหานี้พบในประชากรชายมากกว่าประชากรหญิงอย่างมาก
ซึ่งคิดเป็นอัตราส่วน 9.4 ต่อ 1 โดยในประชากรเพศชาย
พบความชุกร้อยละ 23.4 (95%CI =11.4-35.4)
ในเพศหญิงพบความชุกร้อยละ 2.5 (95%CI=-0.3-5.3)
(ดังตารางที่ 1)

ปัจจัยสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา

การวิเคราะห์ข้อมูลในกรณีนี้ ไม่รวม ผู้ที่มีผลการ
คัดกรองเป็นบวก แล้วไม่ไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยยืนยันด้วย
M.I.N.I. 5.0.0 ตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์ที่นำเข้าวิเคราะห์
มีจำนวน 512 ราย ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ตัวแปรตาม กับ ตัวแปรอิสระที่ละตัวแปร โดยไม่คำนึงถึง
อิทธิพลของตัวแปรอื่น ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
พบว่า ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ
ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราได้แก่ ตัวแปรเพศ สถานภาพ
สมรส สถานภาพการทำงาน ปัญหาในการทำงาน ปัจจัยด้าน
สภาพครอบครัว ได้แก่ ตัวแปรโครงสร้างครอบครัว ปัจจัย
ด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ตัวแปรการได้รับการ
สนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความสามารถในการจัดการ
ปัญหา ได้แก่ ตัวแปรการจัดการกับปัญหา (ดังตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรตาม
กับตัวแปรอิสระที่ละตัวแปร โดยคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปร
อิสระอื่นๆ ร่วมด้วย ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ปรากฏ
ดังนี้ กรณีปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ตัวอย่างเพศชายมีโอกาสที่
จะมีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา มากกว่าเพศหญิง 12.48
เท่า (95%CI=4.11-37.92) ผู้มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย
หย่า หรือคู่แต่แยกกันอยู่ มีโอกาสที่จะเกิดปัญหานี้คิดเป็น
3.02 เท่าของผู้มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน (95%
CI=1.77-5.14) สำหรับปัจจัยความสามารถในการจัดการ
กับปัญหา พบว่า ตัวอย่างที่เมื่อมีปัญหาจะแก้ไขปัญหาดัง
ด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาผู้อื่น มีโอกาสที่จะเกิดปัญหานี้
คิดเป็น 2.40 เท่าของตัวอย่างที่เมื่อมีปัญหาแล้วปรึกษา
คนอื่น (95% CI=1.18-4.87) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่
เกี่ยวกับ การไม่มีงานทำ การมีปัญหาในการทำงาน ปัจจัย
สภาพครอบครัว กรณีการมีโครงสร้างครอบครัวแบบอยู่คน
เดียว และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกรณีการได้รับการ
สนับสนุนจากสังคมระดับปานกลางหรือต่ำ พบว่า ไม่มีความ
สัมพันธ์กับการมีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา (ดังตารางที่ 2)

บทสรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ ในภาพรวมพบความชุกของปัญหา
พฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 6.6
(95%CI=2.5-10.7) ซึ่งน้อยกว่า ความชุกที่พบร้อยละ
10.9 ในการศึกษาของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ(2554)
ที่เป็นเช่นนี้น่าจะเป็นเพราะว่าสองการศึกษานี้มีลักษณะทั่วไป
ของตัวอย่าง บางลักษณะแตกต่างกัน ได้แก่ พบว่าร้อยละ
44.1 และร้อยละ 26.8 ของตัวอย่างในการศึกษานี้
มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียน และมีอาชีพ
รับจ้าง ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ
ร้อยละ 51.3 และ 31.7 ตามลำดับ ซึ่งลักษณะทั้งสอง
ประการนี้ น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการมีปัญหาพฤติกรรมการดื่ม
สุรา แม้จะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ระหว่างลักษณะดังกล่าวกับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราใน
การศึกษานี้ก็ตาม อย่างไรก็ตามหากพิจารณาจากค่าความชุก
ประมาณการซึ่งเท่ากับร้อยละ 10.9 (95%CI=8.7-13.5) ก็
จะพบว่าเป็นขนาดความชุกที่เท่ากัน

ความชุกที่พบในการศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นที่ควร
คำนึงถึง คือ ไม่ใช่ความชุกที่ได้จากการคัดกรองหากแต่เป็น
ความชุกที่ผ่านการวินิจฉัยยืนยันจากจิตแพทย์ โดยเครื่องมือ
วินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับ ซึ่งแม้จะพบว่าน้อยกว่าความชุกที่พบ
ในการศึกษาที่นำมาเปรียบเทียบ แต่หากพิจารณาจากจำนวน
ตัวอย่างทั้งหมด ณ ขณะที่ทำการศึกษา ก็จะพบว่า พื้นที่นี้มี
ปัญหานี้สูงทีเดียว เพราะมีประชาชนถึงประมาณสี่หมื่นคนที่
กำลังประสบกับปัญหานี้

เมื่อเปรียบเทียบความชุก ในเพศชายและเพศหญิง
ระหว่างการศึกษาหนึ่งกับการศึกษาอื่น พบว่า มีขนาดและ
ลักษณะในทำนองเดียวกัน คือ พบความชุกในเพศชาย
มากกว่าเพศหญิง การศึกษานี้ในเพศชายพบความชุกร้อยละ
23.4 (95%CI=11.4-35.37) ในเพศหญิงพบความชุก
ร้อยละ 2.5 (95%CI=-0.3-5.3) ขณะที่การศึกษาของ
บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2551) พบความชุกในเพศ
ชายและเพศหญิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ
ร้อยละ 28.5 (SE 1.3) และ 2.4 (SE 0.5) ตามลำดับ
การพบความชุกในเพศชายสูงกว่าในเพศหญิงนี้ ปรากฏ
เหมือนกันในหลายการศึกษา (พรเทพ ศิรินารังสรรค์และ
คณะ, 2547; บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2551; สารัช
บุญไตรย์, มานพ คณะโต, และสมพงษ์ ศรีแสงปาง, 2551;
สาวตรี อักษรณรงค์รัช, 2552)

เมื่อเปรียบเทียบความชุกจากการศึกษานี้ โดยใช้ค่าความชุกกรณีไม่ถ่วงน้ำหนัก กับ การศึกษาของ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2546) ในช่วงการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตในชุมชนของประชากรไทย ซึ่งเท่ากับร้อยละ 11.6 (ประมาณค่าความชุกโดยไม่ถ่วงน้ำหนัก) พบว่ามีค่าใกล้เคียงกัน โดยการศึกษานี้มีค่าความชุกจากการวินิจฉัยซ้ำด้วย M.I.N.I. 5.0.0 และค่าความชุกประมาณการ เท่ากับ ร้อยละ 7.6 (95%CI=5.5-10.3) และ 12.2 (95%CI=9.9-14.9) ตามลำดับ

การเปรียบเทียบค่าความชุกที่ได้จากการศึกษานี้กับการศึกษาอื่นๆ นอกเหนือจากการเปรียบเทียบข้างต้นแล้ว ไม่สามารถทำได้ เนื่องจาก แต่ละการศึกษาจะใช้วิธีการวัดแตกต่างกัน การศึกษานี้คาดหวังค่าความชุกที่แท้จริง (true prevalence) จึงใช้ M.I.N.I. 5.0.0 ภาษาไทย ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐาน แต่เพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณและเวลาของจิตแพทย์ในการเก็บข้อมูล จึงประเมินปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราสองขั้นตอน ขั้นแรกสัมภาษณ์ตัวอย่างตามแบบคัดกรองภาวะดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและภาวะติดสุรา ของสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2546) ที่ปรับมาจาก AUDIT ขององค์การอนามัยโลก เพื่อคัดกรองประชากรเป้าหมาย เข้ารับการวินิจฉัยยืนยันด้วย M.I.N.I. 5.0.0 ฉบับภาษาไทย โดยจุดตัดที่ใช้คัดกรองนั้น กำหนดเป็น ผู้หญิงมีคะแนน ≥ 3 , ผู้ชายมีคะแนน ≥ 4 ซึ่งเป็นจุดตัดที่ต่ำ เนื่องจากต้องการให้มั่นใจว่าได้คัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่อาจมีปัญหาไว้ทั้งหมด จุดตัดนี้จึงแตกต่างจากการนำ AUDIT ไปใช้ทั่วไปๆ ที่กำหนดเป็น ผู้หญิงมีคะแนน ≥ 6 , ผู้ชายมีคะแนน ≥ 8

การศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทย มักจะประเมินความชุกของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราโดยใช้ AUDIT ซึ่งพบขนาดความชุกของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา มีค่าสูง เช่น การศึกษาของพรเทพ ศิรินารังสรรค์ และคณะ (2547) ซึ่งทำการสำรวจระดับชาติในปี 2546 พบความชุกรวมของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เท่ากับ ร้อยละ 28.5 ความชุกในเพศชายและเพศหญิง เท่ากับ ร้อยละ 46.1 และ ร้อยละ 10 ตามลำดับ ข้อมูลสถานภาพการบริโภคสุราปี 2550 พบ ความชุกรวมของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เท่ากับ ร้อยละ 23.6 ความชุกในเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ ร้อยละ 28.0 และ ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ (บัณฑิต ศรีไพศาล และ

คณะ, 2551) การศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ก็พบความชุกสูงเช่นกัน เช่น การศึกษาของสารัช บุญไตรย์, มานพ คณะโต, และสมพงษ์ ศรีแสงปาง (2551) ในประชาชนอายุ 12-65 ปี ในจังหวัดขอนแก่น พบ ความชุกรวมของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 16.9 พบความชุกในเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ ร้อยละ 21.5 และ ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ปรากฏว่า กรณีปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ตัวอย่างเพศชายมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา มากกว่าตัวอย่างเพศหญิง 12.48 เท่า (95% CI=4.11-37.92) สอดคล้องกับหลายการศึกษา ได้แก่ การศึกษาของ Mendoza-Sassi & Beria (2003) ในประเทศบราซิลที่พบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 6.89 เท่า (95% CI=3.61-13.16) การศึกษาของ Jiafang, Jiachun, Yunxia, Xiaoxia, & Ya (2004) ในประเทศจีน พบ เพศชายมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 7.83 เท่า (95% CI=5.23-11.71) และการศึกษาของ Janghorbani, Ho, Lam, & Janus (2004) ในฮ่องกง พบ เพศชายมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 4.65 เท่า (95% CI=3.38-5.64) ตลอดจนการศึกษาของ Barros, Botega, Dalgallarrondo, Marin-Leon, & Oliveira (2007) ในประเทศบราซิล พบ เพศชายมีโอกาสเสี่ยง มากกว่าเพศหญิง 3.53 เท่า (95% CI=1.33-9.36) และการศึกษานี้พบว่าตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส/โสด หม้าย หย่า หรือคู่แต่แยกกันอยู่ มีโอกาสที่จะเกิดปัญหานี้คิดเป็น 3.02 เท่าของผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน (95%CI=1.77-5.14) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Barros, Botega, Dalgallarrondo, Marin-Leon, & Oliveira (2007) ซึ่งพบอัตราเสี่ยงในกรณีนี้เท่ากับ 1.23 (95% CI=0.52-2.92)

ส่วนปัจจัยความสามารถในการจัดการกับปัญหา ซึ่งการศึกษานี้พบว่า ตัวแปรการแก้ไขปัญหาดังๆ ด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาใคร เป็นตัวแปรที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหานี้ขึ้น ไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นได้ เนื่องจากไม่พบการศึกษาทำนองเดียวกันนี้ แต่หากจะพิจารณาว่า การแก้ปัญหาโดยไม่ปรึกษาใครนั้น น่าจะเป็นเพราะขาดการสนับสนุนจากสังคมหรือบุคคลอื่น ผลจากการศึกษานี้ กรณีผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมระดับปานกลางหรือต่ำ พบ OR_{adj} เท่ากับ 2.09 (95% CI=

0.94-4.64) ใกล้เคียงกับ การศึกษาของ Barros, Botega, Dalgallarrondo, Marin-Leon, & Oliveira (2007) ที่พบ OR_{adj} เท่ากับ 2.03 (95% CI=0.99-4.14)

ส่วนตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับการไม่ทำงาน การมีปัญหาในการทำงาน ปัจจัยสภาพครอบครัว กรณีการมีโครงสร้างครอบครัวแบบอยู่คนเดียว ที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์นั้น ไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นได้เช่นกัน เนื่องจากขาดการศึกษาในลักษณะเดียวกัน

จากผลการศึกษาที่พบ ชี้ให้เห็นปัญหาอย่างชัดเจนในประชากรเพศชาย ซึ่งปรากฏเช่นเดียวกับในหลายๆ พื้นที่ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ ยังชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนอีกว่า กลุ่มเสี่ยงที่ควรให้ความสนใจ ก็คือ คนที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว และผู้ที่แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยไม่ปรึกษาใคร

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนึงถึงแบบแผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ แต่การนำเสนอค่าประมาณ ผู้วิจัยเลือกนำเสนอค่าความชุกคู่กับค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% ของความชุก แทนการนำเสนอค่าความชุกคู่กับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error, SE) ของความชุก นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอค่าประมาณที่ไม่มีการถ่วงน้ำหนักตามแบบแผนการสุ่มตัวอย่างควบคู่ไว้ประกอบการพิจารณาด้วย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ นำเสนอเฉพาะภาพรวม ของการประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรานั้น ไม่แยกเป็นประเภทย่อยตามระดับปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2542). การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของคนไทย. กรุงเทพฯ: กรม.
- บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. (2551). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2551. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. (2554). ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยา ระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 19(2), 88-102.
- ปัญญากรณ์ ชูตั้งกร, จิราพร เขียวอยู่, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2547). ความชุกและปัจจัยเชิงเหตุของสุขภาพจิตในจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์นิภา กิตติรัตนไพบูลย์, และอังฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(3), 177-188.
- พันธุ์นิภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2548). ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(3), 125-135.
- สารัช บุญไตรย์, มานพ คณะโต, และสมพงษ์ ศรีแสงปาง. (2551). การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการดื่มเครื่องดื่มของประชาชน 12-65 ปีในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (บศ.), 8(3), 39-52.
- สาวิตร์ อธิณงค์กรชัย. (2552). แบบแผนการดื่มสุราและปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 54(ฉบับผนวก 1), 139S-152S.

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เนื่องจากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มเสี่ยงของการมีปัญหาวุฒิกรรมกรรมการดื่มสุราในพื้นที่นี้ ได้แก่ ประชากรเพศชาย กลุ่มคนที่ไม่มีคู่สมรส/มีสถานภาพสมรสเดี่ยว และผู้ที่แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาผู้อื่น ดังนั้นการแก้ปัญหานี้ อาจดำเนินการโดย ผู้นำชุมชนหรือทีมส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน หรือเทศบาล จัดกิจกรรมนันทนาการหรือบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกันของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดเครือข่ายขึ้นในชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของบุคคลในชุมชน และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้น ทีมสุขภาพจิตควรค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่นี้ แล้วจัดบริการดูแลปัญหานี้เป็นพิเศษให้แก่กลุ่มคนเหล่านั้น รวมทั้งควรเพิ่มการรณรงค์เพื่อลดการดื่มในเพศชาย ตลอดจนทำวิจัยเพื่อหาแนวทางลดปัญหานี้ในกลุ่มเพศชาย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับ คำแนะนำเชิงวิชาการ และทุนสนับสนุนจากโครงการพัฒนากลุ่มนักวิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี พ.ศ. 2547 คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

-ต่อ-

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ. (2546). การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตในชุมชนประชากรไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงาน.

- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders J.B., & Monteiro, M.G. (2001). การประเมินปัญหาการดื่มสุรา: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. (ปริทรรศน์ ศิลปะกิจ และพันธุศาสตร์ กิตติรัตน์ไพบูลย์, ผู้แปล). พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: แผนพัฒนางานพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ(พรส.).
- Barros, M.B.A., Botega, N.J., Dalgarrondo, P., Marin-Leon, L., & Oliveira, H.B. (2007). Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Revista de Saude Publica*, **41**(4), 502-509.
- Cochran, W.G. (1977). *Sampling techniques*. 3rded. New York: John Wiley & Son.
- Janghorbani, M., Ho, S.Y., Lam, T.H., & Janus E.D. (2003). Prevalence and correlates of alcohol use: A population-based study in Hong Kong. *Addiction*, **98**(2), 215-224.
- Jiafang, Z., Jaichum, W., Yunxia, L., Xiaoxia, Q. and Ya, F. (2004). Alcohol abuse in a metropolitan city in China: a study of the prevalence and risk factors. *Addiction*, **99**(9), 1103-1110.
- Mendoza-Sassi, R.A., & Beria, J.U. (2003). Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: A population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*, **98**(6), 799-804.

ตาราง 1 ความชุกของปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

มีปัญาพฤติกรรมการดื่มสุรา		ความชุกที่ไม่ถ่วงน้ำหนัก		ความชุกที่ถ่วงน้ำหนัก
		จำนวน	ร้อยละ (95%CI)	ร้อยละ (95%CI)
ความชุกจากเครื่องมือคัดกรอง (Screening Prevalence) ¹	รวม	246/685	35.9 (32.3-39.5)	32.3 (21.2-43.4)
	ชาย	118/183	64.5(57.1-71.4)	59.9(44.9-75.1)
	หญิง	128/502	25.5(21.7-29.5)	23.3(14.2-32.3)
ความชุกจากการวินิจฉัยด้วย M.I.N.I. 5.0.0 (True Prevalence) ²	รวม	39/512	7.6 (5.5-10.3)	6.6 (2.5-10.7)
	ชาย	30/113	26.8(18.9-36.0)	23.4(11.4-35.4)
	หญิง	9/399	2.3(1.0-4.2)	2.5(-0.3 -5.3)
ความชุกประมาณการจากการวินิจฉัยด้วย M.I.N.I. 5.0.0 (Estimated Prevalence) ³	รวม	85/695	12.2 (9.9-14.9)	10.9 (8.7-13.5)
	ชาย	67/188	35.6(28.8-42.9)	33.0(26.3-40.2)
	หญิง	18/507	3.6(2.1-5.5)	4.2(2.5-6.7)

¹พิจารณาจากจำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก (ผู้หญิง คะแนน ≥ 3 , ผู้ชาย คะแนน ≥ 4) ต่อ จำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองทั้งหมด

²พิจารณาจากจำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองและผลจาก M.I.N.I. 5.0.0 เป็นบวก ต่อ จำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกรวมกับผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกและเข้ารับการวินิจฉัยด้วย M.I.N.I. 5.0.0

³พิจารณาจากจำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองและผลจาก M.I.N.I. 5.0.0 เป็นบวก รวมกับจำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกซึ่งไม่ได้เข้ารับการวินิจฉัยด้วย M.I.N.I. 5.0.0 แต่ประมาณการโดยใช้ความน่าจะเป็นว่าหากได้รับการวินิจฉัยผลน่าจะออกมาเป็นบวก ต่อ จำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองทั้งหมด

ตาราง 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีปัญาพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

ปัจจัย/ตัวแปร	การวิเคราะห์ทีละตัวแปร	การวิเคราะห์หลายตัวแปร
	OR _{crude} (95%CI)	OR _{adj} (95%CI)
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศชาย	11.95 (3.89 – 36.7)	12.48 (4.11 – 37.92)
มีสถานภาพสมรสคู่แต่แยกกันอยู่ หรือหย่า หรือหม้าย หรือโสด	2.83 (1.45 – 5.48)	3.02 (1.77 – 5.14)
ปัจจุบันไม่มีงานทำ	0.65 (0.46 – 0.93)	--
มีปัญหาในการทำงาน	2.70 (1.03 – 7.05)	--
ปัจจัยสภาพครอบครัว		
มีโครงสร้างครอบครัวแบบอยู่คนเดียว	10.08 (2.36 - 43.03)	--
ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม		
การมี การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง หรือ ไม่ดี	4.10 (1.61 – 10.49)	--
ปัจจัยความสามารถในการจัดการกับปัญหา		
เมื่อมีปัญหา จะแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยไม่ปรึกษาใคร	3.00 (1.35 – 6.48)	2.40 (1.18 – 4.87)