



ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มข้าราชการทหาร Alcohol Consumption Characteristics, Posttraumatic Stress Disorder and Mental Health Status in the Royal Thai Navy

เรือโท วิเชียร ศรีภูธร* นาวาโท พรหมพิทักษ์ ไหว้พรหม** เนตรนภิส จันทวัฒน์***

งานวิจัยนี้ได้รับรางวัลบทความดีเด่น รองชนะเลิศอันดับสอง ในงานประชุมวิชาการกรมแพทยทหารเรือ ประจำปี 2558

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะความเครียดหลังเกิดเหตุสะเทือนขวัญ (PTSD) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มข้าราชการทหารกองทัพอากาศ โดยเป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในกลุ่มข้าราชการทหารเรือ จำนวน 665 นาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบระดับชั้น (stratified random sampling) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินจำนวน 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) 3) แบบประเมินภาวะเครียดหลังเกิดเหตุสะเทือนขวัญสำหรับทหาร (PCL-M) 4) แบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย (TMHQ) และ 5) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะ PTSD และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้การทดสอบ Pearson product moment correlation coefficient และ Chi-square วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การทดสอบแบบ Independent t-test และ one-way ANOVA ทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์วิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

* นายทหารจิตวิทยาทางการแพทย์ แผนกจิตวิทยาทางการแพทย์ กองสุขภาพจิต โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์
ฐานทัพเรือสัตหีบ

** ผู้บังคับกองพันพยาบาล กรมสนับสนุน กองพลนาวิกโยธิน

*** นักจิตวิทยาคลินิก สถาบันธัญญลักษณ์ สงขลา



ผลการศึกษา พบว่าข้าราชการทหารมีลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับแบบเสี่ยง ร้อยละ 36.1 ระดับอันตราย ร้อยละ 14.1 และระดับติด ร้อยละ 15.2 และลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับภาวะ PTSD ($p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์กับอาการของ PTSD ทั้ง 4 อาการ ได้แก่ re-experiencing ($p < 0.01$), avoidance ($p < 0.01$), numbing ($p < 0.01$) และ hyperarousal ($p < 0.01$) ทหารที่มีภาวะ PTSD จะมีลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับอันตรายและติด (ร้อยละ 19.4 และ 40.3) สูงกว่าทหารที่ไม่ภาวะ PTSD (ร้อยละ 13.6 และ 12.5)

นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับปัจจัยความตึงเครียดในชีวิต ($p < .001$) ประสบการณ์เสี่ยงอันตราย ($p < .01$) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าทหารที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี จะมีแนวโน้มปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มอื่น นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตทุกด้าน โดยเฉพาะอาการทางโรคจิต ($p < .01$) และทหารที่ติดแอลกอฮอล์จะมีปัญหาสุขภาพจิตทุกด้าน ($p < .01$) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ภาวะ PTSD ($p < .001$) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p < .05$) ระยะเวลาในการดื่มต่อครั้ง ($p < .001$) อายุ ($p < .001$) ตึงเครียดจากปัญหาทางกฎหมาย/ทางคดี ($p < .05$) ตึงเครียดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ($p < .05$) และมีประวัติการใช้สารเสพติด ($p < .05$)

กองทัพบกมีนโยบายการลดพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของข้าราชการทหาร การบำบัดรักษาทหารที่มีปัญหาการติดแอลกอฮอล์ควรพิจารณาโรคร่วมที่เกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้ควรมีพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ : ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะ PTSD ภาวะสุขภาพจิต ข้าราชการทหาร

Abstract

The purposes of this study were to describe alcohol consumption (AC) associated with post-traumatic stress disorder (PTSD), and other factors associated with alcohol abuse and mental health problems in the Royal Thai Navy (RTN). A descriptive cross-sectional study was conducted. An anonymous sample of six hundred and sixty five Royal Thai Navy. Stratified random sampling was used whereby participants themselves completed five self-administered questionnaires : 1) Demographic Questionnaire, 2) Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), 3) Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Military Version (PCL-M), 4) Thai Mental Health Questionnaire (TMHQ), and 5) Focus Group. The association between PTSD and associated factors was analyzed by using the Pearson product moment correlation coefficient and chi-square. Additionally, a t-test, one-way ANOVA were used to examine data of alcohol consumption. Multiple logistic regression was performed to identify the potential predictors of alcohol consumption of Royal Thai Navy staff.



The findings based on the AUDIT score, 36.1 % of RTN could be classified as hazardous drinkers, 14.1% as harmful drinkers and 15.2% as probable alcohol dependents. We found AC reported to be significantly associated with reported involvement in PTSD ($p < .01$) and also associated with the PTSD cluster's symptoms in terms of re-experiencing ($p < .01$), avoidance ($p < .01$), numbing ($p < .01$), hyperarousal ($p < .01$). The RTN with PTSD reported were rated as having a greater number of harmful and alcohol dependents (19.4% and 40.3%) than were without PTSD (13.6 % and 12.5%). Furthermore, an increase in AC in response to stressful life events ($p < .01$), fateful events ($p < .01$) and the tobacco use ($p < .01$) was noted, but no significant association was seen between AC and childhood maltreatment. Whereas, the RTN who were younger than 25 years included heavy drinkers (more than an hour per day) who were significantly at risk for alcohol abuse. Additionally, AC was particularly associated in many psychological aspects, particularly psychotic symptoms ($p < .01$) where alcohol dependents were significantly impaired with mental health problems. Finally, seven factors made independent contributions to the prediction of AC i.e. PTSD ($p < .001$); tobacco use ($p < .001$); length of time for AC ($p < .001$); age ($p < .01$); stressful legal domains ($p < .01$); stressful family relationship ($p < .01$); and a history of substance use ($p < .05$).

These issues must be considered in formulating RTN health policies aimed at reducing problems related to AC within the RTN environment. Furthermore, the intervention and treatment for alcohol abuse or alcohol dependents should be focus on this comorbidity, as well as to help improve the efficacy of RTN alcohol reduction programs.

Keywords : alcohol consumption, posttraumatic stress disorder (PTSD), mental health, Royal Thai Navy.

ความเป็นมาและ ความสำคัญของปัญหา

“ข้าราชการทหาร” ถือว่าเป็นกำลังพลที่มีความสำคัญและเป็นกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะพิเศษต่างจากประชากรอื่นทั้งในสภาพบุคคลและสิ่งแวดล้อม แต่เห็นได้ว่าอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ยังคงมีอยู่ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันถึงขนาดเคยมีคำกล่าวติดปากชาวบ้านในยุคสมัยหนึ่งว่า “เป็นเมียนทหารนับขวด”¹

คำกล่าวนี้ฟังดูเหมือนว่าทหารส่วนใหญ่ต้องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ความจริงแล้วตามบทบัญญัติในกฎหมายว่าด้วยวินัยทหาร ได้มีกฎเกณฑ์ข้อห้ามและข้อจำกัดในการดื่มแอลกอฮอล์ไว้อย่างเคร่งครัด หากฝ่าฝืนจะมีบทลงโทษ เพื่อป้องกันการเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ทหาร อย่างไรก็ตาม แม้จะมีกฎเกณฑ์ข้อห้ามในการดื่ม แต่ก็ยังมีทหารกลุ่มหนึ่งจำนวนไม่น้อยที่ยังคงนิยมดื่มแอลกอฮอล์อยู่ อาจจะเนื่องจากมีบริบทและสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดื่ม เช่น มีสถานที่เฉพาะจัดไว้

ให้ดื่มหรือมีวัฒนธรรมการดื่มที่มีมานาน (drinking culture) เป็นต้น ปัจจุบันนี้มีการศึกษาในต่างประเทศหลายๆ งานเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหาร ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหารยังคงเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น^{2,3} โดยพบข้อมูลที่น่าสนใจ คือ อัตราการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดหลังเกิดเหตุสะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder : PTSD)^{2,4,5} ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการปฏิบัติการทางทหาร (combat stress) เช่น เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการถูกคุกคามชีวิต หรือ การได้รับการบาดเจ็บทางร่างกายที่รุนแรง เป็นต้น โดยเหตุการณ์นั้นจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของจิตใจ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น และนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในที่สุด เนื่องจากเป็นกลไกการปรับตัวที่เชื่อว่า แอลกอฮอล์จะสามารถลดความเครียดที่อยู่ในใจได้ซึ่งแท้จริงแล้วการดื่มแอลกอฮอล์เป็นวิธีการปรับตัวและแก้ไขปัญหที่ไม่เหมาะสม⁴ และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและการเกิดโรคทางจิตเวชร่วมตามมา

จากการศึกษาวิจัยหลายๆ งานในต่างประเทศพบว่า ภาวะ PTSD มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ เห็นได้จากการศึกษาของ Brown และคณะ² ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหารอเมริกันที่กลับมาจากปฏิบัติการทางทหารในประเทศแถบตะวันออกกลางจำนวน 16,146 นาย พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สูงถึง ร้อยละ 75 และที่สำคัญพบว่าปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์สูงกับภาวะ PTSD และทหาร

กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางอารมณ์ ขาดการยับยั้งชั่งใจ หุนหันพลันแล่น และมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Eisen และคณะ⁶ ที่พบว่าทหารที่ปฏิบัติงานในประเทศแถบตะวันออกกลาง จำนวน 596 นาย จะมีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (alcohol abuse) ถึงร้อยละ 39 มีภาวะ PTSD ร้อยละ 13.9 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มทหารอังกฤษที่ปฏิบัติงานในประเทศอิรัก ประเมินด้วยแบบทดสอบ Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) พบว่า ทหารกลุ่มนี้มีลักษณะดื่มแอลกอฮอล์อยู่ระดับเสี่ยงถึง ร้อยละ 67 (AUDIT score > 8) ในขณะที่ทหารอเมริกันที่ปฏิบัติงานในประเทศอัฟกานิสถานและอิรักมีการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับ misused alcohol ร้อยละ 14.5 โดยทหารที่ดื่มแอลกอฮอล์จะมีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีปัญหาในการใช้ชีวิตในสังคม และสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน จากผลการศึกษาข้างต้นล้วนแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ PTSD กับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหาร

จากข้อมูลทางการแพทย์ระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางสมอง และนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตในที่สุด โดยเฉพาะหากมีการดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานานหรือดื่มในปริมาณมาก จะส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องทางประสาทจิตวิทยา (neuropsychological deficits) ในสมองส่วน frontotemporal frontoparietal และ cerebellar brain system โดยจะทำให้เกิดความบกพร่อง เช่น มีปัญหาความจำ การทำงานประสานกันระหว่างมือและตาไม่ดี โดยเฉพาะปัญหาด้าน executive function เป็นผลทำให้ระบบการคิดและตัดสินใจไม่ดี อารมณ์



หุนหันง่าย และขาดความยืดหยุ่นในการแก้ไข
ปัญหา⁷ นอกจากนี้ยังอาจนำไปสู่การเกิดโรคร่วม
ทางจิตเวช (comorbidity) เช่น มีความผิดปกติ
ทางอารมณ์ โรควิตกกังวล หรือความเสี่ยงในการ
ฆ่าตัวตาย เป็นต้น⁸ กล่าวได้ว่า การดื่มแอลกอฮอล์
และปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กันในลักษณะ
แบบสองทิศทาง (bi-directional) ซึ่งหมายความว่า
คนที่ดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะดื่มในลักษณะ
แบบอันตราย (harmful use) จะมีโอกาสเกิด
ปัญหาสุขภาพจิตตามมา ไม่ว่าจะเป็นโรคซึมเศร้า
โรควิตกกังวล และโรคเครียด ซึ่งปัญหาเหล่านี้
จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม^{9,10}

“ข้าราชการทหาร” ได้ชื่อว่าเป็นรั้วของชาติ
ที่ทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองให้ประชาชนและ
ประเทศชาติได้อยู่กันอย่างปลอดภัย ดังคำกล่าว
ที่ว่า “ประเทศเป็นบ้าน ทหารเป็นรั้ว” แต่จะเป็น
อย่างไรรั้วของชาติเหล่านี้มีปัญหาด้านสุขภาพ
ปัญหาครอบครัวหรือมีปัญหาจากการทำงานที่มี
สาเหตุมาจากปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งในกลุ่มทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยง
อันตรายสูง เช่น ทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่
ชายแดนใต้ ที่ยังต้องเผชิญกับสถานการณ์ความ
ไม่สงบหรือความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตที่อาจจะ
เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลทำให้
กดดันทั้งต่อร่างกายและจิตใจ¹¹ และเสี่ยงต่อ
ปัญหา PTSD ซึ่งอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่ปัญหาการ
ดื่มแอลกอฮอล์ในที่สุด⁹ ดังนั้นหากปล่อยให้ปัญหา
การดื่มแอลกอฮอล์ของทหารมีอยู่อย่างต่อเนื่อง
โดยไม่มีการหาแนวทางแก้ไขหรือมีนโยบายใน
ด้านการดูแลป้องกันผลกระทบที่ตามมา นอกจาก
อุบัติเหตุต่อชีวิตและทรัพย์สินเสียหายแล้วกองทัพ
ยังต้องสูญเสียงบประมาณและค่าใช้จ่ายในการ
ดูแลข้าราชการทหารที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยปัญหา

แอลกอฮอล์ และกองทัพยังต้องสูญเสียข้าราชการ
ทหารที่มีประสิทธิภาพในการทำหน้าที่รักษาเอกราช
และความมั่นคงของชาติอีกด้วย ผู้วิจัยเองในฐานะ
ที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพจิตซึ่งมีบทบาทและหน้าที่
สำคัญในการส่งเสริมและดูแลป้องกันปัญหา
สุขภาพจิตของกำลังพลกองทัพเรือ จึงมีวัตถุประสงค์
เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการดื่ม
แอลกอฮอล์ของข้าราชการทหาร รวมถึงปัจจัย
ภาวะเครียดหลังเกิดเหตุสะเทือนขวัญและปัจจัย
อื่นที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ของ
ข้าราชการทหาร เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับ
ผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อปัญหาสุขภาพจิต
รวมถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์
เพื่อนำไปสู่การคิดค้นรูปแบบการบำบัดรักษาที่
เหมาะสมกับบริบทของข้าราชการทหารและเพื่อ
ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดนโยบาย
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลด
ปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ และประเด็น
ที่สำคัญเพื่อให้ข้าราชการทหารสามารถปฏิบัติ
ภารกิจในการรักษาและป้องกันอธิปไตยของชาติ
ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ และ
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มในกลุ่มข้าราชการทหาร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง
ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะเครียดหลังเผชิญ
เหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะสุขภาพจิตใน
กลุ่มข้าราชการทหาร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายลักษณะการดื่ม
แอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหาร



ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ฐานข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและปัญหาภาวะสุขภาพจิตเพื่อนำไปสู่การคิดค้นรูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของข้าราชการทหาร

2. ได้ฐานข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดนโยบายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดปัญหาที่เป็นผลเนื่องมาจากพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหาร

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง (cross - sectional descriptive study) เพื่อศึกษาลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่ม ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยมีอิทธิพลต่อลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการกองทัพอากาศที่ปฏิบัติงานในหน่วยขึ้นตรงของกองทัพอากาศ ประจำปีงบประมาณ 2557 ได้แก่ หน่วยบัญชาการนาวิกโยธิน (นย.) หน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.รฝ.) กองเรือยุทธการ (กร.) และกองบินทหารเรือ (กบร.) จำนวน 665 คน (จากทั้งหมด 23,428 คน) โดยกำหนดขนาดตัวอย่างไว้ คำนวณจากสูตร one proportion ของ Cochran (as cited in Brase)¹² มีวิธีการ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบระดับชั้น (stratified random sampling) ส่วนเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ เป็นข้าราชการกองทัพอากาศที่ปฏิบัติงานในหน่วยขึ้นตรงของกองทัพอากาศ ไม่มีความผิดปกติในการมองเห็นและการได้ยิน และมีความเต็มใจ และยินดีในการเข้าร่วมวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusive criteria) คือ มีประวัติโรคทางสมองและโรคทางจิตเวช และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคตับ เป็นต้น

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทยทหารเรือ กองทัพอากาศ หนังสืออนุมัติเลขที่ RLM 019/56

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 33 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ส่วนนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. แบบประเมินลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test : AUDIT) แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนามาจากองค์การอนามัยโลก (WHO) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยสาวิตรี อักษรณรงค์กรชัย และคณะ (อ้างถึงใน พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์)¹³ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน โดยแบ่งระดับตามเกณฑ์ AUDIT ดังนี้ ≥ 8 คะแนน อยู่ในระดับแบบภาวะเสี่ยง (hazardous drinker), ≥ 16 คะแนน อยู่ในระดับแบบภาวะ



อันตราย (harmful use) และ ≥ 20 คะแนน อยู่ในระดับภาวะติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) แบบสอบถามฉบับนี้ได้รับการรับรองให้เผยแพร่โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. แบบประเมินภาวะเครียดหลังเกิดเหตุสะเทือนขวัญสำหรับทหาร (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Military Version : PCL-M) ได้รับอนุญาตในการแปลเป็นฉบับภาษาไทยจาก Weathers, Huska และ Keane (cited in Quinlan)¹⁴ จาก National Center for PTSD – Behavioral Science Division สหรัฐอเมริกา มีความเชื่อมั่น (Reliability) มีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ ยึดตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV ประเมิน 3 อาการหลัก ได้แก่ Re-experiencing (“B” ข้อ 1-5), Numbing และ Avoidance, (“C” ข้อ 6-1), และ Hyperarousal (“D” ข้อ 13-17) เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ (1 = ไม่มีเลย จนถึง 5=มาก)

4. แบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย (TMHQ) พัฒนาโดย สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ¹⁴ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มีจำนวน 70 ข้อ ค่าความเที่ยงตรงแบบแอลฟาของแบบทดสอบในแต่ละกลุ่มอาการอยู่ระหว่าง 0.82 – 0.94 จำแนกกลุ่มอาการตามเกณฑ์ของ DSM-IV ออกเป็นมาตรวัด 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย เกณฑ์ผิดปกติ คือมีคะแนนที่ (T-Score) ≥ 1.30 คะแนน 2) อาการซึมเศร้า เกณฑ์ผิดปกติคือมีคะแนนที่ (T-Score) ≥ 1.37 คะแนน 3) อาการวิตกกังวล เกณฑ์ผิดปกติคือ มีคะแนนที่ (T-Score) ≥ 1.38 คะแนน 4) อาการ

ทางโรคจิต เกณฑ์ผิดปกติคือมีคะแนนที่ (T-Score) ≥ 1.35 คะแนน และ 5) การแสดงออกทางสังคม เกณฑ์ผิดปกติคือมีคะแนนที่ (T-Score) ≥ 2.52 คะแนน

5. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2556 - 31 มกราคม 2557 ประกอบด้วย แบบประเมิน 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ 2) แบบประเมินลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) 3) แบบประเมินภาวะเครียดหลังเกิดเหตุสะเทือนขวัญสำหรับทหาร (PCL-M) 4) แบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย (TMHQ) และ 5) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลเป็นรายกลุ่มซึ่งจำแนกตามหน่วย โดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเป็นรายบุคคล โดยจะมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ชี้แจงและอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมินก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานหาความสัมพันธ์ใช้ค่าสถิติ Chi-square และ Pearson product moment correlation coefficient และทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ค่าสถิติ multiple linear regression ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายผลการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และจากข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)



ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม

เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 39.6 รองลงมา คือ ช่วงอายุระหว่าง 31 - 35 ปี และ 26 - 30 ปี ร้อยละ 13.7 และ 13.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 34.3 รองลงมา คือ ภาคตะวันออก ร้อยละ 28.1 และ 11.7 ตามลำดับ และน้อยที่สุด คือ ภาคตะวันตก คิดเป็นร้อยละ 2.1 ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรีและมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 17.8 และ 15.8 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 96.8 รองลงมา คือ อิสลาม และคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 2.4 และ 0.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นทหารชั้นยศประทวน ร้อยละ 69.0 รองลงมาคือ ทหารกองประจำการ และระดับสัญญาบัตร คิดเป็นร้อยละ 23.4 และ 7.6 ตามลำดับ เคยมีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก ร้อยละ 9.2 เคยมีประสบการณ์เสี่ยงอันตราย เช่น ถูกลอบยิงหรือถูกลอบวางระเบิดจากผู้ก่อความไม่สงบ ประสบอุบัติเหตุทางพาหนะ จมน้ำ ตกหน้าผา หรือถูกทำร้ายร่างกาย เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 25.9 ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบรักใคร่กลมเกลียวกันดี ร้อยละ 89.9 รองลงมา คือ ต่างคนต่างอยู่และทะเลาะกันบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 5.8 และ 2.7 ตามลำดับ มีความรู้สึกตึงเครียด คิดเป็นร้อยละ 59.4 และส่วนใหญ่มักเครียดกับปัญหาหนี้สินมากที่สุด ร้อยละ 44.4

มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 13.1 และบิดามารดามีประวัติใช้สารเสพติด ร้อยละ 52.5

พิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ 17.51 ปี เริ่มดื่มครั้งแรกอายุน้อยสุด คือ 10.00 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดื่มประมาณ 6.74 ปี และจะตั้งวงดื่ม คิดเป็นร้อยละ 84.6 บุคคลที่ร่วมดื่มด้วยเป็นประจำมากที่สุด คือ เพื่อนสนิท คิดเป็นร้อยละ 50.1 ดื่มหลังเลิกงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.3 ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเบียร์มากที่สุด รองลงมาคือ วิสกี้และบรันดี คิดเป็นร้อยละ 85.2, 31.8 และ 26.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีลักษณะการดื่มผสมโซดาและน้ำมากที่สุด รองลงมาคือ ดื่มผสมโซดาและดื่มแบบเพียวๆ คิดเป็นร้อยละ 39.7, 19.0 และ 14.1 ตามลำดับ สถานที่ดื่มเป็นประจำส่วนใหญ่จะเป็นบ้าน รองลงมาคือ ร้านขายสุรา/ร้านค้าและอื่น ๆ เช่น ร้านคาราโอเกะ สถานบันเทิง ฟังนา เป็นต้น และดื่มที่สโมสรทหารฯ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.0, 21.2, 20.0 และ 12.8 หลังจากหยุดดื่มแล้วจะกลับเข้าบ้านมากที่สุด รองลงมาคือ ไปเที่ยวสถานบันเทิงต่อ คิดเป็นร้อยละ 70.9 และ 6.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.4, รองลงมาคือ สูบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวัน, สูบมากกว่า 10 มวนต่อวัน และเคยสูบ (ปัจจุบันเลิกแล้ว) น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.1, 20.8 และ 19.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ ร้อยละ 49.2 กังวลเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่ม และยังพบว่า ร้อยละ 1.1 เคยเข้ารับการบำบัดรักษาการติดแอลกอฮอล์ ส่วนประวัติการใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มากที่สุด รองลงมาคือ กัญชาและยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 48.1, 13.9 และ 11.6 ตามลำดับ



2. ลักษณะการตี้มแอลกอฮอล์ ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มข้าราชการทหาร

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะการตี้มแอลกอฮอล์ PTSD และภาวะสุขภาพจิต

ปัจจัย	จำนวน (N=665)	ร้อยละ
ลักษณะการตี้มแอลกอฮอล์		
แบบเสี่ยงต่ำ	228	34.6
แบบเสี่ยงสูง	238	36.1
แบบอันตราย	93	14.1
แบบติด	100	15.2
(ค่าเฉลี่ย = 11.76, S.D. = 7.68, ต่ำสุด = 0.00 สูงสุด = 40.00)		
หมายเหตุ มีจำนวนผู้ไม่ตอบ = 6 คน		
ภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุสะเทือนขวัญ (PTSD)		
ปกติ	600	90.6
ผิดปกติ	62	9.4
(ค่าเฉลี่ย = 27.83, S.D. = 8.83, ต่ำสุด = 17.00 สูงสุด = 67.00)		
หมายเหตุ มีจำนวนผู้ไม่ตอบ = 3 คน		
ภาวะสุขภาพจิตแต่ละด้านความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย		
ปกติ	562	85.2
ผิดปกติ	98	14.8
(ค่าเฉลี่ย = .78, S.D. = .52, ต่ำสุด = 0.00 สูงสุด = 3.30)		
หมายเหตุ มีจำนวนผู้ไม่ตอบ = 5 คน		
อาการซึมเศร้า		
ปกติ	618	93.6
ผิดปกติ	42	6.4
(ค่าเฉลี่ย = .47, S.D. = .55, ต่ำสุด = 0.00 สูงสุด = 3.90)		
หมายเหตุ มีจำนวนผู้ไม่ตอบ = 5 คน		



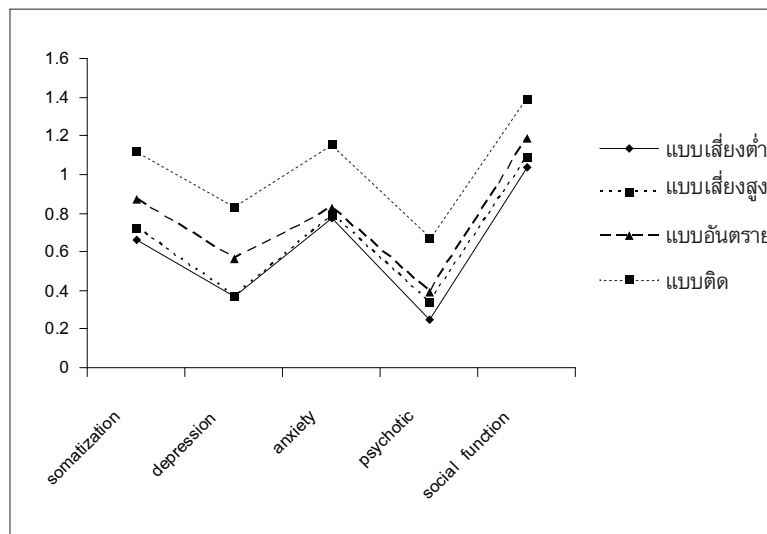
ปัจจัย	จำนวน (N=665)	ร้อยละ
อาการวิตกกังวล		
ปกติ	597	89.1
ผิดปกติ	67	10.1
(ค่าเฉลี่ย = .85, S.D. = .40, ต่ำสุด = 0.00 สูงสุด = 3.20)		
หมายเหตุ มีจำนวนผู้ไม่ตอบ = 1 คน		
อาการทางโรคจิต		
ปกติ	636	96.1
ผิดปกติ	26	3.9
(ค่าเฉลี่ย = .36, S.D. = .44, ต่ำสุด = 0.00 สูงสุด = 3.60)		
หมายเหตุ มีจำนวนผู้ไม่ตอบ = 3 คน		
การแสดงออกทางสังคม		
ปกติ	630	95.3
ผิดปกติ	31	4.7
(ค่าเฉลี่ย = 1.13, S.D. = .67, ต่ำสุด = .00 สูงสุด = 2.93)		
หมายเหตุ มีจำนวนผู้ไม่ตอบ = 4 คน		

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มข้าราชการทหารมีลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงต่ำเสี่ยงสูง แบบอันตรายและแบบติด ร้อยละ 34.6, 36.1, 14.1 และ 15.2 ตามลำดับ และมีภาวะ PTSD ร้อยละ 9.4 เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพจิตในแต่ละด้าน จะเห็นได้ว่ามีความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการทางโรคจิต และการแสดงออกทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 14.8, 6.4, 10.1, 3.9 และ 4.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพจิต จำแนกตาม
ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์

ภาวะสุขภาพจิต	ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์									
	รวมทั้งหมด		เสี่ยงต่ำ		เสี่ยงสูง		แบบอันตราย		แบบติด	
	คน	%	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ความรู้สึกลึบปึกติ ทางร่างกาย	98	14.8	.66	.48	.72	.45	.87	.49	1.12	.61
ความซึมเศร้า	42	6.4	.37	.49	.37	.41	.56	.61	.83	.74
ความวิตกกังวล	67	10.1	.77	.34	.79	.35	.83	.39	1.16	.51
อาการทางโรคจิต	26	3.9	.25	.30	.34	.36	.39	.45	.67	.68
การแสดงออกทางสังคม	31	4.7	1.04	.60	1.09	.68	1.19	.69	1.39	.67

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์แต่ละระดับจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตทุกด้าน กล่าวคือ กลุ่มที่มีลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับติดจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าทุกกลุ่มในทุกด้านและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อธิบายเพิ่มเติมจากแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ค่าทีของลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะสุขภาพจิต



ส่วนที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มในกลุ่มข้าราชการทหาร

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์

ภาวะสุขภาพจิต	ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์								Chi-square	p-value
	รวมทั้งหมด		เสี่ยงต่ำ		เสี่ยงสูง		แบบอันตราย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ระดับชั้นยศ									11.698	.069
กองประจำการ	39	25.2	58	37.4	28	18.1	30	19.4		
ประทวน	168	37.1	160	35.3	60	13.2	65	14.3		
สัญญาบัตร	20	41.7	19	39.6	5	10.4	4	8.3		
รวม	227	34.6	237	36.1	93	14.2	99	15.1		
2. มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก									5.776	.123
ไม่เคย	210	35.2	217	36.4	85	14.3	84	14.1		
เคย	18	28.6	21	33.3	8	12.7	16	25.4		
รวม	228	34.6	238	36.1	93	14.1	100	15.2		
3. มีประสบการณ์เสี่ยงอันตราย									16.630	.001*
ไม่เคย	176	36.0	190	38.9	60	12.3	63	12.9		
เคย	52	30.8	47	27.8	33	19.5	37	21.9		
รวม	228	34.7	237	36.0	93	14.1	100	15.2		
4. สัมพันธภาพในครอบครัว									11.356	.078
รักใคร่กันดี	211	36.1	212	36.2	36.2	81	81	13.8		
ต่างคนต่างอยู่	11	28.9	14	36.8	36.8	3	10	26.3		
ทะเลาะกันบ่อยครั้ง	3	17.6	6	35.3	35.3	2	6	35.3		
รวม	225	35.2	232	36.2	36.2	86	97	15.2		



ภาวะสุขภาพจิต	ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์								Chi-square	p-value
	รวมทั้งหมด		เสี่ยงต่ำ		เสี่ยงสูง		แบบอันตราย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
5. ความรู้สึกตึงเครียดประจำ									23.853	.000*
ไม่เคย	112	41.9	103	38.6	29	10.9	23	8.6		
เคย	116	29.6	135	34.4	64	16.3	77	19.6		
รวม	228	34.6	238	36.1	93	14.1	100	15.2		
6. บิดามารดามีประวัติการดื่ม									13.594	.004*
ไม่มี	127	40.7	109	34.9	32	10.3	44	14.1		
มี	100	29.0	128	37.1	61	17.7	56	16.2		
รวม	227	34.6	237	36.1	93	14.2	100	15.2		
7. พฤติกรรมการสูบบุหรี่									54.047	.000*
ไม่เคยสูบ	115	47.9	84	35.0	25	10.4	16	6.7		
เคยสูบ (เลิกแล้ว)	44	34.4	40	31.2	22	17.2	22	17.2		
สูบ ≤ 10 มวนต่อวัน	39	26.0	57	38.0	28	18.7	26	17.3		
สูบ > 10 มวนต่อวัน	28	10.3	56	40.6	18	13.0	36	26.1		
รวม	226	34.5	237	36.1	93	14.2	100	15.2		

ตารางที่ 3 พิจารณาในแต่ละประเด็นตามลำดับต่อไปนี้

ปัจจัยระดับชั้นยศ พบว่า ระดับชั้นยศไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ กล่าวคือ ทหารทุกระดับชั้นยศมีลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน โดยทหารทุกระดับชั้นยศส่วนใหญ่จะมีลักษณะการดื่มแบบเสี่ยงสูงและแบบเสี่ยงต่ำมีค่าใกล้เคียงกัน รองลงมาคือดื่มแบบติดและแบบอันตรายที่มีค่าใกล้เคียงเช่นกัน

ปัจจัยด้านประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก พบว่า ประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่า กลุ่มทหารทั้งสองกลุ่มจะมีลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน โดยทหารทั้งสองกลุ่มมีลักษณะการดื่มแบบเสี่ยงสูงและต่ำใกล้เคียงกัน รองลงมาคือดื่มแบบติดและแบบอันตรายที่มีค่าใกล้เคียงเช่นกัน



ปัจจัยด้านประสบการณ์เสียงอันตราย พบว่า ประสบการณ์เสียงอันตรายมีความสัมพันธ์กับลักษณะการตีต้อแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่า กลุ่มทหารที่เคยประสบการณเสียงอันตรายจะมีระดับการตีต้อแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณเสียงอันตราย

ปัจจัยด้านสมพันธภาพในครอบครัว พบว่า สมพันธภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการตีต้อแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่า กลุ่มทหารทั้งสองกลุ่มจะมีลักษณะการตีต้อแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกัน โดยทหารทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีลักษณะการตีต้อแบบเสียงสูงและแบบเสียงต่ำใกล้เคียงกัน รองลงมาคือตีต้อแบบตื้อและแบบอันตรายที่มีค่าใกล้เคียงกัน

ปัจจัยด้านความรู้สึกตึงเครียดประจำ พบว่า ความรู้สึกตึงเครียดประจำ มีความสัมพันธ์กับลักษณะการตีต้อแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่า กลุ่มทหารที่มีความรู้สึกตึงเครียดประจำจะมีระดับการตีต้อแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีความรู้สึกตึงเครียดประจำ

ปัจจัยด้านบิดามารดาที่มีประวัติการตีต้อแอลกอฮอล์ พบว่า ประวัติการตีต้อแอลกอฮอล์ของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับลักษณะการตีต้อแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่า กลุ่มทหารที่บิดามารดาที่มีประวัติในการตีต้อแอลกอฮอล์จะมีระดับการตีต้อแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มที่บิดามารดาไม่เคยมีประวัติในการตีต้อ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการตีต้อแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่า กลุ่มทหารที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวันจะมีระดับการตีต้อแอลกอฮอล์สูง รองลงมาคือ สูบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวัน และเคยสูบบุหรี่จะมีค่าใกล้เคียงกัน ในขณะที่ทหารที่ไม่สูบบุหรี่เลยจะมีระดับการตีต้อแอลกอฮอล์น้อยสุด

ส่วนที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการตีต้อแอลกอฮอล์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และภาวะสุขภาพจิต

ตารางที่ 4 ค่าประสิทธิสัมพันธพหุคูณระหว่างลักษณะการตีต้อแอลกอฮอล์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีต้อภาวะ PTSD และภาวะสุขภาพจิตแต่ละด้าน



	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
(1) ลักษณะการตีตม ๑	1.000												
(2) อายุเริ่มแรกที่ตีตม	.133*	1.000											
(3) ระยะเวลาตีตม	.192*	.012	1.000										
(4) ภาวะ PTSD	.349*	.102**	-.009	1.000									
(5) re-experiencing	.292*	-.091*	-.030	.843**	1.000								
(6) avoidance	.226*	-.038	-.030	.715**	.619**	1.000							
(7) numbing	.313*	-.068*	-.006	.834**	.582**	.437**	1.000						
(8) hyperarousal	.293*	.117**	.024	.846**	.555**	.456**	.635**	1.000					
(9) รู้สึกผิดปกติทางร่างกาย	.299*	.124**	.091*	.568**	.435**	.258**	.561**	.528**	1.000				
(10) อาการซึมเศร้า	.279*	.145**	.009	.677**	.486**	.326**	.694**	.625**	.660**	1.000			
(11) อาการวิตกกังวล	.272*	.127**	-.010	.569**	.443**	.257**	.560**	.522**	.634**	.703**	1.000		
(12) อาการทางโรคจิต	.301*	-.074*	.006	.513**	.415**	.239**	.516**	.444**	.552**	.619**	.668**	1.000	
(13) การแสดงออกทางสังคม	.165*	-.085*	-.037	.278**	.250**	.054	.352**	.200**	.455**	.381**	.441**	.482**	1.000

**p<.01, *p<.05

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตม พบว่า ลักษณะการตีตมแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุเริ่มแรกที่ตีตมและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการตีตมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($p<.01$, $r = -1.33$ และ .192) แสดงให้เห็นว่า คนที่เริ่มตีตมแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุน้อยจะมีแนวโน้มของปัญหาการตีตมแอลกอฮอล์สูง และยังพบว่า คนที่ตีตมแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานานจะมีแนวโน้มของปัญหาการตีตมแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยลักษณะการตีตมแอลกอฮอล์กับภาวะ PTSD พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($p<.01$, $r = .349$) แสดงว่า กลุ่มที่มีภาวะ PTSD จะมีแนวโน้มเสี่ยงต่อปัญหาการตีตมแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ลักษณะการตีตมแอลกอฮอล์ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ PTSD symptoms ได้แก่ re-experiencing, avoidance, numbing และ hyperarousal อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($p<.01$, $r = .292$, .226, .313 และ .293 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการตีตมแอลกอฮอล์กับภาวะสุขภาพจิตแต่ละด้าน จะพบว่า ลักษณะการตีตมแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตทุกด้าน ได้แก่ ความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการทางโรคจิต และการแสดงออกทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$, $r = .299$, .279, .272, .301 และ .165 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 แสดงการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในข้าราชการทหาร

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยเพื่อทำนายลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหาร
นำปัจจัยทุกด้านเข้ามาในสมการ โดยวิธีการ stepwise

ปัจจัย	b	SE _b	β	t	p-value
ภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุ (PTSD)	.213	.036	.267	5.951	.000***
พฤติกรรม การสูบบุหรี่	-2.360	.974	-.143	-2.424	.016*
ระยะเวลาในการดื่ม	.025	.005	.266	5.145	.000***
อายุ	-.137	.040	-.176	-3.414	.001***
ปัญหาทางกฎหมาย/ทางคดี	3.627	1.597	.106	2.271	.024*
ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว	9.649	4.061	.109	2.376	.018*
ประวัติการใช้สารเสพติด	2.019	.913	.130	2.213	.027*

ค่าคงที่ = 9.172; SE_{est} = ±1.81; R = .505 ; R² = .255; F = 18.815; p-value = .000

***p<.001 และ *p<.05

จากตารางที่ 5 จะเห็นว่า ปัจจัยภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุสะเทือนขวัญ (PTSD) และระยะเวลาในการดื่มมีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหารที่ระดับนัยสำคัญ.001 ในขณะที่ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหารที่ระดับนัยสำคัญ .01 ส่วนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาทางกฎหมาย/ทางคดี และประวัติการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหารที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยปัจจัยทั้งหมดดังกล่าวมีค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณเป็น .505 และสามารถพยากรณ์ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหารได้ร้อยละ 25.5 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ ±1.81

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ปัจจัยภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุสะเทือนขวัญ (PTSD) ปัจจัยระยะเวลาในการดื่มและปัจจัยอายุ สามารถพยากรณ์ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ได้สูงสุด ที่ระดับนัยสำคัญ.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์ การถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (b, β) เป็น .213 และ .267 ,.025 และ .266, -.137 และ -.176 เรียงตามลำดับ รองลงมา คือ พฤติกรรม การสูบบุหรี่ ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาทางกฎหมาย/ทางคดี และประวัติการใช้สารเสพติดสามารถพยากรณ์ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ได้ที่ระดับนัยสำคัญ.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย -2.360 และ -.143 ,9.649 และ .109, 3.627 และ .106, 2.019 และ.130 เรียงตามลำดับ สำหรับสมการพยากรณ์ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์สามารถแสดงในรูปแบบคะแนนดิบ เป็นดังนี้



ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ = $9.172 + .21$ (ภาวะ PTSD) - 2.36 (พฤติกรรมการสูบบุหรี่) + $.03$ (ระยะเวลาในการดื่ม) - $.14$ (อายุ) + 3.6 (ปัญหาทางกฎหมาย/ทางคดี) + 9.65 (ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว) + 2.02 (ประวัติการใช้สารเสพติด)

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะสุขภาพจิต รวมถึงทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหาร ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุสะเทือนขวัญ (PTSD)

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุสะเทือนขวัญ (PTSD) สามารถทำนายพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหารได้ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะ PTSD ยังมีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ($p < .01$, $r = .349$) โดยพบว่าข้าราชการทหารที่มีภาวะ PTSD จะมีลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับติดแอลกอฮอล์ สูงถึงร้อยละ 40.3 (alcohol dependence) โดยกลุ่มทหารที่อายุน้อยกว่า 25 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มอาการ PTSD (PTSD's symptoms) ได้แก่ การมีประสบการณ์ซ้ำ (re-experiencing) การหลีกเลี่ยง (avoidance) ภาวะเฉยชา (numbing) และภาวะตื่นตัวสูง (hyperarousal) พบว่า ทุกกลุ่มอาการของ PTSD เหล่านี้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ ($p < .01$, $r = .292, .226, .313$ และ

.293 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pekevski¹⁵ ที่พบว่า อาการของ PTSD มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหารแคนาเดียน โดยพบว่าทหารที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มักจะประสบปัญหาภาวะ PTSD โดยจะมีอาการหลีกเลี่ยง (avoidance) ภาวะเฉยชา (numbing) และภาวะตื่นตัว (hyperarousal) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่าภาวะเฉยชา (numbing) จะมีความสัมพันธ์สูงกับการติดแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Carter และคณะ⁵ ที่ศึกษาการเกิดร่วมโรค (co-occurring) ระหว่าง PTSD และปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในทหารที่ปฏิบัติงานในประเทศแถบตะวันออกกลาง พบว่าอาการ PTSD มีความสัมพันธ์สูงกับการดื่มในระดับอันตราย (hazardous drinking) โดยทหารที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยทั้งสองโรค (co-occurring PTSD and Alcohol Use Disorder) จะมีอาการรุนแรงของโรคสูงกว่าคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็น PTSD หรือ Alcohol Use Disorder เพียงโรคใดโรคหนึ่ง เช่นเดียวกันผลการศึกษา ยังสอดคล้องกับหลายงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าทหารนาวิกโยธินที่กลับมาจากปฏิบัติการทหารในประเทศอิรักและอัฟกานิสถานจะมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงผิดปกติ² การที่ผลศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ PTSD กับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหารนั้น ผู้วิจัยอธิบายเหตุผลได้ดังนี้ ประเด็นแรก คนที่มีภาวะ PTSD มักจะมีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากขาด



การตระหนักรู้และไม่เข้าใจอารมณ์ที่แท้จริงของตนเอง คนกลุ่มนี้จะมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลและมักมีอาการในเชิงลบ เช่น อาการตื่นกลัว หงุดหงิดง่าย หรือมีอาการวิตกกังวล เป็นต้น ดังนั้นจึงพยายามหลีกเลี่ยงอารมณ์ในแง่ลบดังกล่าวด้วยการหันไปดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเชื่อว่าแอลกอฮอล์จะสามารถลดหรือบรรเทาอาการ PTSD และลดอารมณ์เชิงลบลงได้ โดยเฉพาะในกลุ่มทหารที่ประสบภาวะ PTSD จากการปฏิบัติการทางทหาร มักจะดื่มแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวลจากการมีประสบการณ์ซ้ำ (re-experiencing) และภาวะตื่นตัวสูง (hyperarousal) ให้ลดลง เนื่องจากภาวะ PTSD จะทำให้มีอาการเหล่านี้สูงจนผิดปกติ¹⁵ ซึ่งพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในทหารนั้นเป็นกลไกการปรับตัวที่สามารถเกิดขึ้นได้เป็นระยะเวลาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว² และประเด็นสุดท้าย คนที่มีภาวะ PTSD เมื่อมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีความยากลำบากที่จะควบคุมอาการวิตกกังวลและพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นของตนเองได้ (impulsive behavior) เมื่อขาดความยับยั้งชั่งใจจึงง่ายต่อการมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยจะเห็นว่าภาวะ PTSD จะส่งผลทำให้มีอาการวิตกกังวลรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่ประสบปัญหาติดแอลกอฮอล์และมีภาวะ PTSD ร่วมด้วย จึงมักจะมีความรู้สึกรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์ (craving) ได้สูงกว่ากลุ่มที่ติดแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้อาการ PTSD ยังมีผลทำให้ความทนต่ออาการกังวลไม่สบายใจมีระดับลดลง (tolerance for distressing) เพราะเมื่อ distress tolerance ลดลงจะทำให้ผู้ที่ภาวะ PTSD มีความต้องการอยากดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น^{5,16}

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในแถบทวีปเอเชียด้วยกัน จะพบว่ากลุ่มข้าราชการทหารที่มีภาวะ PTSD จะมีพฤติกรรมการดื่มอยู่ในระดับอันตราย ร้อยละ 19.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Hanwella และคณะ⁴ ที่ได้ศึกษากลุ่มทหารเรือ ประเทศศรีลังกา จำนวน 671 นาย พบว่าทหารเรือที่ประสบภาวะ PTSD จะมีพฤติกรรมการดื่มอยู่ในระดับอันตราย ร้อยละ 16.18 โดยพบว่าทหารที่มีอายุน้อยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าลักษณะปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของทหารในแถบประเทศยุโรปหรืออเมริกาจะมีปัญหาการดื่มสูงกว่าการศึกษานี้ เห็นได้จากงานวิจัยของ Henderson และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของทหารเรือประเทศอังกฤษ จำนวน 1,333 คน พบว่าทหารที่ประสบปัญหาภาวะ PTSD ร่วมด้วยจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับอันตราย สูงถึงร้อยละ 92 และดื่มขนาดหนัก ร้อยละ 40 ลักษณะการดื่มในระดับนี้มีความสัมพันธ์กับอายุน้อยและยศน้อยเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากทหารในต่างประเทศมีโอกาสเผชิญกับเหตุการณ์จากการสู้รบได้บ่อยครั้งกว่าและเผชิญกับเหตุการณ์สู้รบที่มีระดับความรุนแรงมากกว่า อีกทั้งวัฒนธรรมและค่านิยมในการบริโภคแอลกอฮอล์ในประเทศแถบยุโรปและตะวันตกเองก็ได้รับความนิยมสูงกว่าประเทศในแถบทวีปเอเชีย⁴ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ทหารในประเทศแถบยุโรปและตะวันตกมีแนวโน้มของการบริโภคแอลกอฮอล์สูงกว่าการศึกษานี้

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ศึกษาลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหาร ซึ่งศึกษาในบริบทของข้าราชการทหารเรือเท่านั้น ประกอบด้วย



หน่วยบัญชาการนาวิกโยธิน (นย.) หน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.รฝ.) กองเรือยุทธการ (กร.) และกองบินทหารเรือ (กปร.) เมื่อพิจารณาแนวโน้มของค่าเฉลี่ยคะแนนลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์แต่ละหน่วย จะพบว่าทหารหน่วยนาวิกโยธินมีแนวโน้มของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าทุกหน่วย (12.24 คะแนน) เนื่องจากทหารกลุ่มนี้มีแนวโน้มของโอกาสเกิดภาวะ PTSD ได้สูงกว่าทุกหน่วย เพราะมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในพื้นที่ในชายแดนใต้ มีโอกาสเผชิญเหตุการณ์รุนแรงและมีความเครียดสูงกว่าหน่วยอื่น นอกจากปัจจัยภาวะ PTSD ที่มีอิทธิพลต่อปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหารแล้ว วัฒนธรรมทหาร (military culture) วัฒนธรรมการดื่ม (drinking culture) หรือนโยบายการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol policies) ในกองทัพถือว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหารได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีวัฒนธรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ปฏิบัติงาน (workplace culture) ยิ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก^{3,4} แม้ปัจจุบันกองทัพจะมีกฎเกณฑ์ข้อห้ามการดื่มแอลกอฮอล์ในบริเวณสถานที่ทำงาน แต่ยังมีทหารกลุ่มหนึ่งที่ยังคงดื่มแอลกอฮอล์อยู่ เนื่องจากสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย มีร้านค้าอยู่ใกล้บริเวณสถานที่ทำงาน เครื่องดื่มมีราคาถูกกว่าท้องตลาดทั่วไป และการจัดเลี้ยงสังสรรค์มักควบคู่ไปกับการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหารทั้งสิ้น Ames และ Cunradi (cited in Sirratt)¹⁶ ได้ศึกษา และพบว่า วัฒนธรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในทหาร

จะส่งผลกระทบต่อปัญหาการดื่ม (alcohol misuse) และการติดแอลกอฮอล์ในที่สุด (alcohol abuse) เขาระบุว่า วัฒนธรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ทำงานถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในกลุ่มทหาร โดยเฉพาะหากในพื้นที่ของทหารมีร้านขายแอลกอฮอล์ในพื้นที่ในบริเวณนั้นจะง่ายต่อการมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ในทางตรงกันข้ามหากหน่วยงานมีนโยบายที่เข้มงวดในการดื่มแอลกอฮอล์ในที่ทำงานก็จะช่วยลดพฤติกรรมกรรมการดื่มลงได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Bray และคณะ (cited in Sirratt)¹⁶ พบว่า ทหารอเมริกันที่กลับมาจากสงครามอ่าวเปอร์เซียจะมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ลดลงหลังจากที่หน่วยงานมีการออกนโยบายสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการต่อต้านและห้ามดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหาร (culture prohibitions) แสดงให้เห็นว่านโยบายมีอิทธิพลอย่างมากต่อการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหาร อย่างไรก็ตามนอกจากปัจจัย PTSD จะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แล้ว ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำงาน รู้สึกไม่สบายหรือไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะทหารกองประจำการที่ย้ายมาประจำการใหม่หรือทหารที่ย้ายหน่วยบ่อยครั้ง รวมถึงความรู้สึกเบื่อหน่าย (boredom) อ้างว้างโดดเดี่ยว (lonely) หรือการต้องแยกจากครอบครัว (family separations) ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหารได้เช่นกัน^{18,19} สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (focus group) ซึ่งพบว่า ทหารบางรายดื่มแอลกอฮอล์เพื่อต้องการจัดการความรู้สึกเบื่อหน่ายหรือความรู้สึกโดดเดี่ยวเหล่านี้ให้ลดน้อยลง และส่วนใหญ่ยังคงจะมองว่าพฤติกรรม



การดื่มยังไม่มีผลกระทบต่อชีวิตการทำงานและสุขภาพมากนัก

2. ปัจจัยความตึงเครียดในชีวิต

ประสบการณ์เสี่ยงอันตราย และประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก

การศึกษานี้พบว่า ทหารที่รู้สึกตึงเครียดเป็นประจำจะมีแนวโน้มของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์สูง โดยพบว่า ทหารที่มีความเครียดที่มีสาเหตุมาจากปัญหาทางกฎหมาย/คดี และมีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวจะมีแนวโน้มเสี่ยงสูงต่อการมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า เนื่องจากปัญหาทางกฎหมาย/คดีความ และปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวถือว่าเป็นตัวกระตุ้น (stressors) ที่มีระดับรุนแรงคุกคามทางอารมณ์ (emotional threat) และทางร่างกาย (physical threat) ได้มากกว่าปัญหาอื่น ๆ โดยเฉพาะหากตัวกระตุ้นเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดแบบเรื้อรัง ยิ่งส่งผลทำให้เครียดสูงและมีแนวโน้มหันไปมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Keyes และคณะ²⁰ ที่พบว่า ความเครียดจากเหตุการณ์ต่าง ๆ (stressful life events) จะนำไปสู่ความเสี่ยงของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจหรือปัญหานี้ล้น เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดในอดีต จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า ทหารที่เคยมีประสบการณ์เสี่ยงอันตรายในอดีตจะมีแนวโน้มของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว เช่น รอดชีวิตจากการถูกลอบยิงหรือถูกลอบวางระเบิดจากผู้ก่อความไม่สงบ รอดชีวิตจากอุบัติเหตุจากยานพาหนะหรือจากอุบัติเหตุ

จมน้ำ และรอดชีวิตถูกรุมทำร้ายร่างกาย เป็นต้น ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า เนื่องจากประสบการณ์เสี่ยงอันตรายมักเกิดขึ้นในเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงฉับพลัน ไม่สามารถตั้งตัวหรือคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ประสบเหตุจึงรู้สึกตัวตนเองถูกคุกคามทั้งทางจิตใจและร่างกายอย่างรุนแรง เช่น มีการบาดเจ็บทางร่างกายเกิดขึ้นหรือเห็นผู้สูญเสียชีวิตในเหตุการณ์นั้น เป็นต้น ดังนั้น จึงหันไปมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยลดความไม่สบายใจให้น้อยลง สอดคล้องกับ Moberg และ Curtin²¹ ที่กล่าวว่า คนที่ประสบเหตุการณ์เสี่ยงอันตรายโดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า (unpredictable treat) จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สูงเพื่อต้องการบรรเทาความรู้สึกวิตกกังวลในจิตใจให้ลดลง

จากการศึกษาค้นคว้านี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กกับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Langeland และ Hartgers (cited in Trent)²² ที่กล่าวว่า ปัจจุบันยังมีหลักฐานไม่เพียงพอที่พอจะสรุปได้ว่า คนที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กจะมีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์เมื่อเติบโตขึ้นเป็นวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากความสัมพันธ์ทั้งสองปัจจัยนี้เป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนทั้งในแง่ของการประเมิน การวิเคราะห์และการแปลผล ถึงแม้ว่าหลายๆ การศึกษาจะพบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวก็ตาม ทั้งนี้เขายังกล่าวว่าควรพิจารณาถึงปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ปัจจัยความบกพร่องทางพันธุกรรม (genetic vulnerability) ประวัติครอบครัวและประวัติโรคทางจิตเวช เป็นต้น ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Trent และคณะ²² ที่ศึกษาทหารเรือกองประจำการอเมริกันทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน



5,697 ราย อายุเฉลี่ย 19.9 ปี เขาพบว่า ทหารที่ถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก (childhood maltreatment) มีการบาดเจ็บทางร่างกายและถูกละเมิดทางเพศ (physical and sexual abuse) เมื่อเติบโตขึ้นเป็นวัยผู้ใหญ่จะมีปัญหาในการติ่มแอลกอฮอล์มาก ทั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยข้างต้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกันทั้งในแง่ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพศ และอายุเฉลี่ย (32.18 ปี) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะทหารเพศชายเท่านั้น และส่วนใหญ่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงมากนัก กล่าวคือ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กในแง่ของการถูกละเลยหรือถูกทอดทิ้ง ร้อยละ 4.7 ซึ่งถือว่ามีความรุนแรงน้อยมากเมื่อเทียบกับทหารเรืออเมริกันที่ถูกทำร้ายทั้งทางร่างกายและถูกละเมิดทางเพศในวัยเด็ก แต่สำหรับการศึกษานี้ในบางกรณีกลุ่มทหารที่เคยถูกละเลยหรือถูกทอดทิ้งในวัยเด็ก บางรายอาจได้รับการดูแลจากญาติหรือคนใกล้ชิดแทน ซึ่งหากได้รับการดูแลเลี้ยงดูที่ดีหรือญาติให้ความรักผูกพันเลี้ยงดูที่ดี (attachment relationship) อาจช่วยลดปัญหาความขัดแย้งทางจิตใจในวัยเด็กลงได้ ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว อย่างไรก็ตามแม้การศึกษาจะไม่พบความสัมพันธ์ของทั้งสองปัจจัยอย่างมีนัยสำคัญ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าทหารที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กจะมีแนวโน้มของปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.75 และ 11.56) นอกจากนี้กลุ่มที่มีประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็กยังมีแนวโน้มของอายุเริ่มติ่มแอลกอฮอล์เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว (อายุ

เฉลี่ยเท่ากับ 16.09 ปี และ 17.66 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับ Enoch (cited in Keyes)²⁰ ที่กล่าวว่า คนที่ถูกทารุณกรรมในวัยเด็กจะมีความสัมพันธ์กับการติ่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อย ในช่วงวัยรุ่นและมีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่

3. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติ่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยด้านครอบครัวจะเห็นได้ว่า กลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบทะเลาะกันบ่อยครั้งจะมีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับติดสูงกว่าทุกกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 35.3 ส่วนกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบต่างคนต่างอยู่จะมีระดับการติ่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 26.3 ในขณะที่กลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบรักใคร่กันดีจะมีระดับการติ่มแอลกอฮอล์เพียงร้อยละ 13.8 เท่านั้น นอกจากนี้ปัจจัยด้านปัญหาการขัดแย้งในครอบครัวยังสามารถทำนายพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มข้าราชการทหารได้ ขณะเดียวกันก็ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจว่ากลุ่มที่มีบิดามารดาเคยมีประวัติติ่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหการติ่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีบทบาทอย่างมีนัยสำคัญต่อปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะหากครอบครัวมีปัญหาสัมพันธภาพที่ไม่ดี (dysfunctional family dynamics) เช่น มีการทำร้ายร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นหรือหัวหน้าครอบครัวติ่มแอลกอฮอล์ ปัญหาเหล่านี้จะส่งต่อพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของบุตรได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Marshall และคณะ²³ ที่พบว่าปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์มักจะพบในกลุ่มทหารที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี มีการทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อยครั้ง หรือมีประวัติ



รุนแรงต่อคู่ครอง (intimate partner violence) ทั้งนี้ความถี่ของเหตุการณ์ทะเลาะเบาะแว้งหรือความถี่ของเหตุการณ์รุนแรงต่อคู่ครองจะมีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะทหารที่มีปัญหาติดแอลกอฮอล์และมีภาวะ PTSD ร่วมด้วยจะมีแนวโน้มเสี่ยงทำร้ายคู่ครองตนเองสูงกว่าทหารที่ไม่มีภาวะ PTSD เมื่อพิจารณาปัจจัยระดับชั้นยศและหน่วยงานสังกัดการศึกษานี้ ไม่พบความแตกต่างของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหารสามารถเกิดขึ้นในทุกกลุ่มสาขาเหตุที่ปัจจัยระดับชั้นยศและหน่วยงานสังกัดไม่มีอิทธิพลต่อลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์นั้น ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า เนื่องจากบริบทของการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหารนั้นมีวัฒนธรรมของการดื่มที่คล้ายคลึงกัน (drinking culture) กล่าวคือ ทหารส่วนใหญ่มีโอกาสเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย อีกทั้งยังมีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในบริเวณสถานที่ทำงาน ประกอบกับการดื่มแอลกอฮอล์มักควบคู่ไปกับการเลี้ยงสังสรรค์ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Blume²⁴ ที่พบว่า ปัจจัยระดับชั้นยศที่แตกต่างกัน (rank) การสังกัดหน่วยงานที่ต่างกัน (duty status) การปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างกัน (deployment location) และระดับการศึกษาที่ต่างกัน²⁵ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การศึกษานี้พบว่าปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหารได้ โดยพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนขึ้นไปต่อวันจะมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการติดแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 26.1

ในขณะที่กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่เลยจะมีโอกาสติดแอลกอฮอล์ เพียงร้อยละ 6.7 เท่านั้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลาย ๆ งาน เช่น การศึกษาของ Jacobson และคณะ²⁶ ที่ประเมินกลุ่มทหารด้วยแบบสอบถาม CAGE ผลการศึกษาพบว่าทหารที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะมีแนวโน้มของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ทั้งนี้ Teachman²⁷ กล่าวว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในสังคมทหารถือเป็นเรื่องปกติ ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมของลูกผู้ชายในบริบทของทหาร (macho culture) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fear และคณะ (cited in Stewart)²⁸ พบว่าลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มทหารที่มีชั้นยศและอายุน้อย นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hanwell และคณะ⁴ พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับระดับการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายอย่างมีนัยสำคัญ เป็นที่น่าสนใจว่าการศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยด้านอายุเริ่มแรกที่ดื่มมีความสัมพันธ์ทางลบกับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ ($p < .01, r = -1.33$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทหารที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุน้อยๆ จะมีแนวโน้มของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kandal และคณะ (อ้างถึงใน ศุภฉัตรา ประพนธ์ศิลป์)²⁹ ที่พบว่า ปัจจัยด้านอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปในอนาคตกล่าวคือ คนที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุน้อยๆ จะมีโอกาสดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่



4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และภาวะสุขภาพจิต

การศึกษานี้พบว่า ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตทุกด้าน ได้แก่ ความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการทางโรคจิต และการแสดงออกทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, r = .299, .279, .272, .301$ และ $.165$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า ทหารที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหาจะมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในทุกด้าน ผลการศึกษานี้พบว่า ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ($r = .299$) ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจในปี 2005-8 ของ Heath Related Behaviors Surveys (cited in Sirratt)¹⁶ ที่พบว่า โรคซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มทหารที่ปฏิบัติการในพื้นที่เสี่ยงอันตรายหรือพื้นที่ที่มีการสู้รบ เช่น ในกลุ่มทหารบก (ร้อยละ 24) และทหารนาวิกโยธิน (ร้อยละ 26) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ทหารที่เจ็บป่วยทั้ง PTSD และติดแอลกอฮอล์จะมีการซึมเศร้ารุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เจ็บป่วยทั้งสองโรค²⁹ Erbes และคณะ³⁰ พบว่าภาวะซึมเศร้าและภาวะติดแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าแอลกอฮอล์จะส่งผลทำให้เกิดอาการได้ทั้งซึมเศร้าหรือทำให้มีอาการมึนงงกว่าปกติก็ตาม (mania) แต่ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่า³¹ ผลการศึกษานี้ยังพบว่า อาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = .272$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillihan และคณะ³² ที่พบว่า อาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอาการ PTSD ($r = .48$) และมีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = .18$) ซึ่ง Clark และ Jacob (cited in Stewart)³³ พบว่า ร้อยละ 85 ของอาการวิตกกังวลมักจะเกิดขึ้นก่อนการมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเมื่อมีอาการวิตกกังวลมักใช้วิธีการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความรู้สึกดังกล่าว ในทางตรงกันข้าม บางการศึกษาก็พบว่า แอลกอฮอล์ส่งผลทำให้เกิดอาการวิตกกังวลได้เช่นกัน ซึ่งอาการที่พบได้บ่อย คือ generalized anxiety และ panic attack³⁴ จากการศึกษาของ Saatcioglu และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดแอลกอฮอล์จำนวน 150 ราย ผลการศึกษพบว่า ผู้ติดแอลกอฮอล์มักจะเกิดโรคร่วมของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าร่วมกัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งในแง่ของสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงปัญหาลัมพารภาพกับคนอื่น โดยทั่วไปในช่วงหนึ่งของชีวิตของผู้ติดแอลกอฮอล์พบว่า ร้อยละ 41-65 จะมีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าทหารที่มีปัญหาการแสดงออกทางสังคม เช่น ไม่กล้าพูดในที่สาธารณะหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น จะมีความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน ($r = .165$) ทั้งนี้ปัญหาการแสดงออกทางสังคมอาจเกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลในการเข้าสังคม (social anxiety) ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อที่จะลดความรู้สึกกังวลที่มีอยู่ในจิตใจให้ลดลง จากสถิติพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลในการเข้าสังคมจะได้รับการวินิจฉัยว่าติดแอลกอฮอล์ร่วมด้วย³⁵

จากการศึกษาในระยะยาว พบว่า ทหารที่มีอาการวิตกกังวลในการเข้าสังคมจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและ PTSD³⁶ เมื่อ

พิจารณาด้านความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย (somatization) การศึกษานี้พบว่าความรู้สึกผิดปกติทางร่างกายมีความสัมพันธ์กับลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มทหาร ($r = .299$) กล่าวได้ว่า อาการความรู้สึกผิดปกติทางร่างกายถือว่าเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มทหารรองลงมาจากภาวะ PTSD อาการซึมเศร้าและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์³⁷ Beckham และคณะ³⁴ พบว่า อาการความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และภาวะ PTSD โดยส่วนใหญ่ทหารที่มีภาวะ PTSD มักจะมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และมีความรู้สึกผิดปกติทางร่างกายเกิดขึ้นตามมา เนื่องจากคนที่มีภาวะ PTSD มักจะตีความหมายอาการเจ็บป่วยบิดเบือนไปจากความเป็นจริง

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ การศึกษานี้พบว่า ภาวะโรคจิตมีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูงกว่าทุกกลุ่มอาการ ($r = .301$) ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคจิตแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder : AUD) เป็นโรคร่วมที่มักเกิดขึ้นในกลุ่มคนที่มีอาการทางจิตหรือโรคจิตเภทมากที่สุด (Schizophrenia) เห็นได้จากการสำรวจของ Epidemiologic Catchment Area (ECA) (cited in Drake)³⁸ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 33.7 จะได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยเป็นโรคจิตแอลกอฮอล์ในเวลาเดียวกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทหรือคนที่มีอาการทางโรคจิตจะมีโอกาสติดแอลกอฮอล์ได้สูงกว่าคนปกติถึง 3 เท่า³⁹ และการดื่มแอลกอฮอล์จะยิ่งมีผลทำให้อาการโรคจิตรุนแรงมากขึ้น จากผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มข้าราชการทหาร แม้

นักวิชาการจะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในด้านผลกระทบของแอลกอฮอล์ ฝ่ายแรกเห็นว่าคนที่มีอาการทางจิตจะดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความรู้สึกกังวลใจ แต่มีนักวิชาการอีกจำนวนไม่น้อยที่แย้งว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะไปรบกวนการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะสารสื่อประสาทโดปามีน จะส่งผลทำให้สมองทำงานผิดปกติและนำไปสู่อาการทางจิตในที่สุด แต่ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต กล่าวคือ ข้าราชการทหารที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายจนถึงระดับติดจะมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิตในทุกด้าน ในขณะที่เดียวกันฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ก็ยังทำให้ผู้ดื่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่แล้วมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตของข้าราชการทหารโดยรวม¹⁰

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษาลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มข้าราชการ พบว่า มีลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับแบบเสี่ยง ร้อยละ 36.1 ระดับอันตราย ร้อยละ 14.1 และระดับติด ร้อยละ 15.2 และปัจจัยด้านภาวะ PTSD พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการดื่มต่อครั้ง อายุ ความรู้สึกตึงเครียด และมีประวัติการใช้สารเสพติดสามารถทำนายลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ดังนั้นควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษา



โรคร่วมระหว่างปัญหา PTSD กับปัญหาติดแอลกอฮอล์เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น นอกจากนี้กองทัพควรมีนโยบายการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มข้าราชการทหาร โดยการออกนโยบายหรือมีมาตรการควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ปฏิบัติงานอย่างจริงจัง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย นาวาเอกวิชัย มนัสศิริวิทยา นาวาเอกชจิตร อุษณีย์สวัสดิ์ชัย และ ดร.กฤษฎา เหล็กดี ที่ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่การศึกษาวิจัย และที่สำคัญขอขอบคุณศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วุฒิ มีช่วย. ต้มสุราอย่างไร จึงไม่ผิดวินัยทหาร.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2555] แหล่งที่มา <http://www.navy.mi.th/navic/document/801205a.html>
2. Brown JM, Williams J, Bray RM, Hourani L. Postdeployment alcohol use, aggression, and post-traumatic stress disorder. *Mil Med* 2012;177(10):1184-90.
3. Bartone PT, Hystad SW, Eid J, Brevik JI. Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Mil Med* 2012;177(5):517-24.
4. Hanwella R, de Silva VA, Jayasekera NE. Alcohol use in a military population deployed in combat areas: a cross sectional study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2012;13:7:24
5. Carter AC, Capone C, Short EE. Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorders in Veteran Populations. *J Dual Diagn.* 2011;7(4):285-99.
6. Eisen SV, Schultz MR, Vogt D, Glickman ME, Elwy AR, Drainoni ML, et al. Mental and physical health status and alcohol and drug use following return from deployment to Iraq or Afghanistan. *Am J Public Health.* 2012;102 Suppl 1:S66-73.
7. Yucel M, Lubman DI, Solowij N, Brewer WJ. Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007 Dec;41(12):957-68.
8. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2555]. แหล่งที่มา : cas.or.th/index.php/matter/download/76
9. Pereira G, Wood L, Foster S, Haggart F. Access to alcohol outlets, alcohol consumption and mental health. *PLoS One* 2013;8(1):6pp.Available from:10.1371/journal.pone.0053461
10. Saatcioglu O, Yapici A, Cakmak D. Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug Alcohol Rev.* 2008;27(1):83-90.
11. อิศรา รักษ์กุล. ภาวะสุขภาพจิตและทัศนคติของกำลังพลกองทัพบกที่ปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 2554;64(2): 64-7.



12. Brase CH, Brase CP. Understandable Statistics. 9th ed, USA : Brooks Cole ; 2010
13. พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์. แนวเวชปฏิบัติการให้คำปรึกษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โอเอมมอแกโนเซอร์แอนด์แอ็ดเวอร์โทซิง ;2549.
14. สุธีรา ภัทรายุตวรตน์. แบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542
15. Pekevski J. PTSD symptom cluster associations with alcohol use and physical health status in a population of veterans exposed to psychological trauma. South Dakota: UMI Dissertation Publishing ;2011.
16. Sirratt D, Ozanian A, Traenkner B. Epidemiology and prevention of substance use disorders in the military. Mil Med. 2012;177(8 Suppl):21-8.
17. Henderson A, Langston V, Greenberg N. Alcohol misuse in the Royal Navy. Occup Med (Lond). 2009;59(1):25-31.
18. Blume AW, Schmaling KB, Russell ML. Stress and alcohol use among soldiers assessed at mobilization and demobilization. Mil Med. 2010;175(6):400-4.
19. Barry AE, Stellefson ML, Hanik B, Tennant BL, Whiteman SD, Varnes J, et al. Examining the association between binge drinking and propensity to join the military. Mil Med. 2013; 178(1):37-42.
20. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Hasin DS. Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. Psychopharmacology (Berl). 2011;218(1):1-17.
21. Moberg CA, Curtin JJ. Alcohol selectively reduce anxiety but not fear : startle response during unpredictable versus predictable threat. Abnorm Psychol 2009;118(2):335-47.
22. Trent L, Stander V, Thomsen C, Merrill L. Alcohol abuse among U.S. Navy recruits who were maltreated in childhood. Alcohol Alcohol. 2007;42(4):370-5.
23. Marshall AD, Panuzio J, Taft CT. Intimate partner violence among military veterans and active duty servicemen. Clin Psychol Rev. 2005;25(7):862-76.
24. Gutierrez CA, Blume AW, Schmaling KB, Stoever CJ, Fonseca C, Russell ML. Predictors of aversive alcohol consequences in a military sample. Mil Med. 2006;171(9):870-4.
25. Drapkin ML, Yusko D, Yasinski C, Oslin D, Hembree EA, Foa EB. Baseline functioning among individuals with posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. J Subst Abuse Treat. 2011;41(2):186-92.
26. Jacobson IG, Ryan MA, Hooper TI, Smith TC, Amoroso PJ, Boyko EJ, et al. Alcohol use and alcohol-related problems before and after military combat deployment. Jama. 2008 ;13;300(6):663-75.
27. Teachman J. Are veterans healthier? military service and health at age 40 in the all-volunteer era. Soc Sci Res. 2011;40(1):326-35.
28. Stewart SH. Pattern of drinking in UK armed forces. Addiction. 2007;102:1749-59.

29. ศุภนัตรา ประพนธ์ศิลป์. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย [วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
30. Erbes CR, Kaler ME, Schult T, Polusny MA, Arbisi PA. Mental health diagnosis and occupational functioning in National Guard/Reserve veterans returning from Iraq. *J Rehabil Res Dev.* 2011;48(10):1159-70.
31. สำนักสถิติสังคม. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
32. Gillihan SJ, Farris SG, Foa EB. The effect of anxiety sensitivity on alcohol consumption among individuals with comorbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Psychol Addict Behav.* 2011; 25(4):721-6.
33. Stewart SH. Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. *Psychol Bull.* 1996;120(1):83-112.
34. Beckham JC, Moore SD, Feldman ME, Hertzberg MA, Kirby AC, Fairbank JA. Health status, omatization, and severity of posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 1998 ;155(11):1565-9.
35. Book SW, Randall CL. Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Res Health.* 2002 ;26(2):130-5.
36. Mather AA, Stein MB, Sareen J. Social anxiety disorder and social fears in the Canadian military: prevalence, comorbidity, impairment, and treatment-seeking. *J Psychiatr Res.* 2010;44(14):887-93.
37. Samardzic R, Spiric Z, Mandic-Gajic G, Radovanovic M, Bjelica N, Eror A. Mental health of war veterans in military forces of Serbia. *Eur Psychiatry.* 2007;22:S221-S341.
38. Drake RE, Mueser KT. Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol Res Health.* 2002 ;26(2): 99-102.
39. Mental Health Foundation. Cheers? Understanding the relationship between alcohol and mental health [Internet].[cited 2013 June 15]. Avialable from : www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publication/cheer_report.pdf?veiw=Standard