

152.6

105.7

1.2

* สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

ปริญญานิพนธ์

ของ

* จินตนา ศรีหิรัญ

1 พ.อ. 2537

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

พฤษภาคม 2537

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

191045

คณะกรรมการควบคุมและกรรมการสอบ ได้พิจารณาปฏิญานพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา กองมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารณ)
.....กรรมการ
(อาจารย์พิมพ์ศรี ไตรคติเทพย์)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารณ)
.....กรรมการ
(อาจารย์พิมพ์ศรี ไตรคติเทพย์)
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กนกพร มัธยมามกร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปฏิญานพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา กองมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร.ศิริยา พูลสุวรรณ)

วันที่ ๕ เดือน พ.ค. พ.ศ. ๒๕๓๗

ประกาศผลการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์
สุจินต์ ปรีชาमारถ อาจารย์พิมพ์ศรี โตอดิเทพย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ณภาพร มัธยมามบูร
ที่ได้ให้คำแนะนำในการศึกษาค้นคว้า เป็นอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
ไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณเจ้าของเรื่อง บทความ งานวิจัยทุกเรื่องในหนังสือ เอกสาร
และวารสารทุกเล่ม ขอขอบคุณคุณสุฤทธิ ศรีสมัย ที่ให้การสนับสนุน กระตุ้น และให้กำลังใจ
ตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและปริญญานิพนธ์ครั้งนี้จะสำเร็จลงไม่ได้
หากไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยา หัสนาพยาบาล
หัวหน้าตึก และพยาบาลประจำการทุกท่าน และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาล
สมเด็จพระยาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยสำนึกในความกรุณาที่ได้รับจากทุกฝ่ายที่มีส่วนช่วยให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้
สำเร็จลงด้วยดี จึงขอขอบพระคุณมาในโอกาสนี้

จินตนา ศรีหล้า

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	4
	ข้อตกลงเบื้องต้น	5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	8
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	8
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	40
	การวิจัยในต่างประเทศ	40
	การวิจัยในประเทศไทย	41
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	45
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	46
	✓ แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	46
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	46
	วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	48
	วิธีจัดการกับข้อมูล	48
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	49

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	51
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	51
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	51
ผลการศึกษาค้นคว้า	51
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	75
บทย่อ	75
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	75
วิธีดำเนินการวิจัย	75
การวิเคราะห์ข้อมูล	76
สรุปผลการค้นคว้า	76
อภิปรายผล	78
ข้อเสนอแนะ	85
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	85
บรรณานุกรม	87
ภาคผนวก	92
ประวัติย่อของผู้วิจัย	105

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	ข้อมูลแสดงการบริโภคสุรา เบียร์	2
2	ชนิดของ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จำแนกตามปริมาณแอลกอฮอล์ และปริมาณความร้อน	27
3	ปริมาณแอลกอฮอล์และอาการของผู้ดื่มสุรา	30
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามเพศ	52
5	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามอายุ	53
6	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามสถานภาพสมรส	54
7	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ ..	55
8	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามระยะเวลาในการดื่มสุรา .	56
9	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามลักษณะการดื่มสุรา	57
10	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามขนาดในการดื่มสุราต่อวัน .	57
11	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามจำนวนครั้งที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล	58
12	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามระดับสุขภาพจิต	59
13	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามเพศกับระดับสุขภาพจิต ...	60
14	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามอายุกับระดับสุขภาพจิต ...	61
15	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามสถานภาพสมรส กับระดับสุขภาพจิต	62
16	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ กับระดับสุขภาพจิต	63
17	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามระยะเวลาในการดื่มสุรา กับระดับสุขภาพจิต	64

18	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจําแนกตามลักษณะในการดื่มสุรา กับระดับสุขภาพจิต	65
19	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจําแนกตามขนาดในการดื่มสุราต่อวัน กับระดับสุขภาพจิต	65
20	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจําแนกตามจำนวนครั้งที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลกับระดับสุขภาพจิต	66
21	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา	67
22	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา	68
23	ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ..	69
24	ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจกับระดับสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคพิษสุรา	70
25	ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคพิษสุรา	71
26	ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา	
27	ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดในการดื่มสุราต่อวันกับระดับสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคพิษสุรา	73
28	ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา	74

คำนำ

ในการพัฒนาประเทศให้ก้าวสู่ความเจริญในด้านต่าง ๆ มนุษย์นับเป็นทรัพยากรหรือปัจจัยที่สำคัญที่สุด จึงเป็นความจำเป็นอันดับแรกที่จะต้องมีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเป็นพื้นฐานในการนำไปสู่การพัฒนาประเทศด้านอื่น ๆ แต่ปัญหาหนึ่งที่เป็นปัญหาเรื้อรังและเป็นสาเหตุในการทำลายชีวิตมนุษย์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความปกติสุขและความมั่นคงของประเทศนั้น คือ ปัญหาการติดสุรา ปัญหาการติดสุราเป็นปัญหาสุขภาพจิตและสาธารณสุขอย่างหนึ่ง ที่สำคัญในสังคมปัจจุบัน ดังที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก มีความเห็นว่า "Problems related to alcohol, and particularly to its excessive consumption rank among the world's Major health problems" และปัญหาการดื่มสุรามีเพิ่มขึ้นในวัยหนุ่มสาว ซึ่งเป็นปัญหาที่หลายประเทศกำลังเผชิญ โดยเฉพาะประเทศที่อยู่ในกลุ่มที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีรายงานวิจัยที่แสดงว่าวัยรุ่นและเยาวชนดื่มสุรามากขึ้นโดยเยาวชนอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ดื่มสุราในอัตราระหว่างร้อยละ 15 ในประเทศอินเดียและร้อยละ 75 ในคออสตาริกา (สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ๓ อยู่ธยา. 2530 : 89)

ข้อมูลการบริโภคสุราในประเทศไทย ได้จากสถิติของกองบัญชาการตำรวจสันติบาล สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2528 - 2532 จะเห็นว่าประชากรวัยทำงาน อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ดื่ม สุราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนการดื่มเบียร์น้อยกว่าสุรา ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลแสดงการบริโภคสุรา - เบียร์

การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2528	2529	2530	2531	2532
การบริโภคสุราทั้งสิ้น (พันลิตร)	284,281	328,658	340,219	376,341	408,480
การบริโภคสุราเฉลี่ยต่อคน (ลิตร)	16.6	18.6	18.8	20.2	21.3
การบริโภคเบียร์ทั้งสิ้น (พันลิตร)	105,102	85,297	92,551	120,317	178,634
การบริโภคเบียร์ต่อคน (ลิตร)	6.1	4.8	5.1	6.5	9.3

ที่มา : กองบัญชาประชาชนติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

พชัย ชิดานนท์ (2529 : 43) รายงานผลการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2528 พบว่า

1. ร้อยละ 26 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุรา (ชาย ร้อยละ 46 หญิง ร้อยละ 7)

2. ร้อยละ 60 ของครัวเรือนจะมีผู้ดื่มสุราอย่างน้อย 1 คน

3. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ดื่มสุรามากที่สุด

4. ชายดื่มสุรา มากกว่าหญิง ในอัตราส่วน 7.3 : 1

จากการศึกษา พบว่า สุรา เป็นต้นเหตุของปัญหาต่าง ๆ หลายประการ เช่น อุบัติเหตุจากการขับยานพาหนะ เฉลี่ยประมาณวันละ 100 ราย ในต่างประเทศถ้าคนขับรถประสບอุบัติเหตุเนื่องจากการดื่มสุราจะถูกริบใบขับขี่ การก่อกวนอาชญากรรมต่าง ๆ ส่วนใหญ่มาจากการดื่มสุราถึงร้อยละ 50 และโรคที่เกิดจากสุรา เช่น โรคตับแข็ง โรคกระเพาะอักเสบ โรคจิต นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจิต จากสุราเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติปี 2529 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจิตจากสุราจำนวน 1,440 คน ปี 2532 เพิ่มขึ้นเป็น 1,814 คน (สยามรัฐ. 2533 : 16) และจากสถิติผู้ป่วยด้วยโรคจิตจากสุราของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ที่มารับการตรวจรักษา ในปี 2534 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,817 คน (เวชสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. 2534) ผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก กล่าวว่าจำนวนผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเป็นตัวบ่งชี้ถึงจำนวนผู้ป่วย

ด้วยโรคพิษสุรา ได้ใกล้เคียงความจริงมากกว่าตัวเลขผู้ป่วยด้วยโรคพิษสุราที่มาขอการรักษา ประมาณได้ว่าผู้ป่วยด้วยโรคพิษสุราจะมีจำนวนเป็น 50 เท่าของผู้ป่วยด้วยโรคจิตจากสุรา และจากการสำรวจพบว่า ถ้าผู้หนึ่งมีกรรมที่ดื่มสุราจะทำให้เป็นสาเหตุแท้ได้ ถ้าทารกคลอดออกมา อาจพิการได้ นอกจากนี้การเสพยาทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตหลายประการ เช่น มีไข้ เพื่อเห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด บุคลิกภาพเสื่อม สมองเสื่อม อีกด้วย

วิธี ดันชัยสวัสดิ์ (2529 : 12) ศึกษาความชุกชุมของโรคพิษสุราในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าผู้ป่วยชายอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 300 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ป่วยด้วยโรคพิษสุราร้อยละ 25 โดยการตรวจด้วย เอ็ม เอ เอส ที (MAST : Michigan Alcoholism Screening Test) และร้อยละ 19 โดยการสัมภาษณ์ทางคลินิก และโดยการใช้ ดี เอส เอ็ม ที 3 (DSM III : American Medico - Psychological Association) เป็นหลักในการวินิจฉัยโรค

สมพร บุชราทิจ และคนอื่น ๆ (2523 : 148 - 157) ได้รายงานการวิจัยโดยการสุ่มจับประชากร 400 คน เป็นหญิง 200 คน เป็นชาย 200 คน จากประชาชนในตำบลศิริราช อำเภอบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พบว่า จำนวนผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา คือ ดื่มบ่อย ดื่มเป็นประจำ ดื่มจัด และติดสุรา ทั้งหมดรวมกันร้อยละ 12.5 ของกลุ่มประชากรที่ศึกษาและส่วนมากเป็นชาย และครึ่งหนึ่งของกลุ่มมีปัญหา มีอาการโรคพิษสุรา

จากสถิติดังกล่าว จะเห็นว่าแนวโน้มของประชาชนไทยมีอาการของโรคพิษสุรามากขึ้นทุกวัน นอกจากเจ็บป่วยทางด้านจิตใจแล้ว ยังพบว่าผู้ที่ดื่มสุราได้ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ดังที่สุพัฒน์ เดชาดิวงศ์ ณ อยุธยา (2530 : 80) ได้ศึกษารวบรวมไว้ดังนี้

1. อุบัติเหตุทางการจราจร สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุการจราจรนั้น การบริโภคสุราเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการเกิดอุบัติเหตุในถนน
2. ปัญหาพฤติกรรมทางเพศ พบว่า บิดาที่ติดสุรา หรือติดยา เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ในครอบครัวโดยเฉพาะในเด็ก
3. ความผิดปกติของทารก หญิงมีครรภ์ที่ติดสุราจะเสี่ยงต่อการแท้ง และให้กำเนิดทารกน้ำหนักแรกคลอดต่ำ
4. อาชญากรรม ผู้ติดสุราจะประกอบอาชญากรรมซ้ำ ๆ มากกว่าผู้ที่ไม่ติดสุรา
5. ปัญหาการทารุณร่างกายในครอบครัว รายงานต่างประเทศหลายแห่งแสดงให้เห็น

ตรงกันว่า ผู้ที่ติดสุราจะทำร้ายร่างกายบุตร ภรรยา โดยเฉพาะการทุบตีภรรยา ซึ่งในประเทศไทย ข้อมูลจากจิตแพทย์ ฝ่ายรักษาหลายคนพบสอดคล้องกันจากประสบการณ์ที่รักษาผู้ป่วยติดสุรา แต่ไม่มีรายงานไว้

จากการศึกษา พบว่า สาเหตุที่ทำให้ติดสุรานั้นมีสาเหตุมาจากภาวะจิตใจร่วมด้วย สุภัตตรา ศรีวิเศษชากร กล่าวว่า สิ่งที่จะก่อปัญหาสุขภาพจิตของคนในชนบทคือ เริ่มมีความ เบี่ยงเบนทางเพศ พบว่า มีการหย่าร้างสูงขึ้น และจากประสบการณ์การทำงาน พบว่าในหน้าแล้ง มีชาวบ้านป่วยด้วยการกินข้าวไม่ได้ นอนไม่หลับสูงถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีปัญหาระเคาะเนื่องจากความเครียด มีปัญหาทางจิตใจ นอกจากนั้นอัตราการติดสุราและเป็นพิษสุราเรื้อรังยังแสดงให้เห็นถึงภาวะกลัดกลุ้มของคนชนบท วัลลภ ตั้งคณาภิรักษ์ กล่าวว่า สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้และสะท้อนออกมาในรูปการดื่มสุรา (ไทยรัฐ. 2532 : 16)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการดื่มสุรานั้นก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมายและ หากดื่มมาก ๆ เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตที่เรียกว่า โรคจิตจากสุราได้ แม้หากเจ็บป่วยจากพิษสุราแล้วก็ยังก่อให้เกิดปัญหาอื่นอีก จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษา ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้ที่ติดสุรา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการหาวิธี ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหานี้ และหาแนวทางแก้ไข ลดอัตราพิษของผู้ดื่มสุราและมีผลทำให้ ปัญหาต่าง ๆ ดังที่กล่าวข้างต้นลดลงตามไปด้วย

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ที่มารักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ตามด้วแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. จากการสำรวจสุขภาพจิตครั้งนี้ จะทำให้ทราบถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราและเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ประชาชน เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา
2. เป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ตั้งแต่ต้น เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงต่อไป
3. เป็นแนวทางในการค้นหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคพิษสุรา และหาแนวทางในการช่วยเหลือป้องกัน และส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ที่สามารถรับรู้ได้

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 364 คน (สถิติผู้ป่วย ึ่งประมาณ 2535)
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา แผนกผู้ป่วยใน ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2536 จำนวน 100 คน
3. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่
 - 3.1.1 เพศ
 - 3.1.2 อายุ
 - 3.1.3 สถานภาพสมรส
 - 3.1.4 สถานภาพเศรษฐกิจ
 - 3.1.5 ระยะเวลาในการดื่มสุรา
 - 3.1.6 ลักษณะการดื่มสุรา

3.1.7 ขนาดในการดื่มสุร่าต่อวัน

3.1.8 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุร่า โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข โดยมีความขัดแย้ง ใจน้อยที่สุด ไม่เป็นโรคจิตและโรคประสาท ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้สึกผิดบคติของร่างกายตามระบบต่าง ๆ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล การย้าคิดย้าทำ ความโกรธ มีอาการตกใจและตื่นเต้นง่าย ก้าวร้าวทำลาย กลัวโดยปราศจากเหตุผล หวาดระแวง และพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงอาการผิดบคติทางจิต ซึ่งสภาวะสุขภาพจิตสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถาม ซี เอ็ม ไอ (C.M.I : The Cornell Medical Index - Health Questionnaire)

ระดับสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 ระดับ แบ่งตามคะแนนการตอบแบบสอบถามดังนี้

- 0 - 15 คะแนน มีสุขภาพจิตดี
- 16 - 30 คะแนน มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย
- 31 คะแนนขึ้นไป สุขภาพจิตไม่ดี

2. ผู้ป่วยโรคพิษสุร่า หมายถึง ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการดื่มสุร่า ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

3. อายุ หมายถึง ระดับอายุของผู้ป่วย ที่แพทย์วินิจฉัยว่า มีอาการทางจิตที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการดื่มสุร่าที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งแบ่งเป็นต่ำกว่า 20 ปี, 20 - 40 ปี, 41 - 60 ปี, 60 ปีขึ้นไป

4. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่า มีอาการทางจิตที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการดื่มสุร่า ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งแบ่งเป็น โสด สมรส หม้าย หย่า

5. สถานภาพทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ซึ่งแบ่งเป็น ค่ากว่า 3,000 บาท, 3,001 - 6,000 บาท, 6,001 - 9,000 บาท และ 9,001 บาท ขึ้นไป

6. ระยะเวลาในการดื่มสุรา หมายถึง ระยะเวลาที่เริ่มดื่มสุราถึงปัจจุบันของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการดื่มสุรา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ซึ่งแบ่งเป็น ค่ากว่า 10 ปี, 10 - 20 ปี, 20 ปีขึ้นไป

7. ลักษณะการดื่มสุรา หมายถึง ลักษณะในการดื่มสุราของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ซึ่งแบ่งเป็น เป็นประจำทุกวัน, ไม่ประจำทุกวัน

8. ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน หมายถึง จำนวนสุราที่ดื่มใน 1 วันของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ซึ่งแบ่งเป็น 1 แบน, 1 ขวดกลม และมากกว่า 1 ขวดกลม

9. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิต ที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

✱

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความหมาย ความสำคัญ ของสุขภาพจิต ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ กายกับสุขภาพจิต ความเครียดกับสุขภาพจิต ผลกระทบของความเครียด พฤติกรรมเมื่อมี ความเครียด การแสดงออกของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิต เกณฑ์พิจารณา สุขภาพจิต และในเรื่องเกี่ยวกับสุรา ตลอดจนศึกษาถึงผลงานวิจัยทั้ง ในประเทศไทยและ ต่างประเทศดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

✱

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต และความรู้เกี่ยวกับสุรา ตลอดจนปัญหา เนื่องจากการติดสุรา ดังมีรายละเอียดดังนี้

พระยาอนุমানราชธน (2507 : 214) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ดังนี้

สุขภาพ หมายถึง ความไม่มีโรค ความเป็นสุข

จิต หมายถึง ความนึกคิด

สุขภาพจิต แปลความหมายของศัพท์จึงหมายถึง ความนึกคิดที่เป็นสุขปราศจากโรค

พน แสงสิงแก้ว (2521 : 5) ได้ให้ความหมายคำว่า สุขภาพจิตว่า "สุขภาพจิต คือ สภาพของชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ และเสริมว่าสุขภาพจิตนี้ตั้งต้นมา จากครอบครัว การพัฒนาจิตใจของเด็กจากพ่อแม่ที่พร้อมด้วยความรัก ความเข้าใจและเห็นใจ คือกุญแจของการสร้างสุขภาพจิตที่ดี และป้องกันสุขภาพจิตเสื่อมในผู้ใหญ่ในกาลต่อมา จะเห็นได้ ว่าครอบครัวย่อมมีผลต่อสุขภาพจิตของคนเรา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิตหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ไม่เพียงแต่จะปราศจาก โรคจิตและโรคประสาทเท่านั้น แต่ยังสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมของตนได้ อย่างมีความสุขอีกด้วย มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยดี มีชีวิตที่สมดุลย์สามารถสนองความต้องการ ของคนในโลกได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งใด ๆ ภายในจิตใจตนเอง (สุจินต์ ปรีชามารภ, 2535 : 14)



เปรมสุริย์ เชื้อทอง (2526 : 9) ได้อ้างถึง จอห์น ชัทตัน และเวสเตอร์ ที่ได้ อธิบายความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นลักษณะของความสมบูรณ์ส่วนบุคคล ที่เป็นผลเนื่องจากการที่บุคคลนั้นได้รับความพอใจ เมื่อความต้องการ ได้รับตอบสนอง หลังจากที่ได้ปรับตัวของเขา และปรับตัวด้านสังคมในสภาพแวดล้อมของเขามานานแล้ว และในการปรับตัวนั้นบุคคลพยายามที่จะ ประพฤติปฏิบัติในทางที่สังคมยอมรับ ดังนั้นลักษณะพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจะบอกให้รู้ว่าบุคคลนั้น สามารถเผชิญกับข้อเท็จจริงแค่ไหน บอกให้รู้ถึงความสามารถในการทำงานและหาความสุข ความสามารถในการเกื้อกูลต่อความเจริญของสังคม และความสามารถที่จะดำเนินชีวิตอย่างมี ประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่า สุขภาพจิตของคนเรายังหมายถึง การปรับตัวและสิ่งแวดล้อมไม่ว่าสังคมจะ เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ถ้าคนเรามีการปรับตัวดี หมายถึงว่าเขามีความสุข มีความพึงพอใจใน สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีความพึงพอใจในการทำงานซึ่งเขาจะแสดงออกมาในลักษณะ พฤติกรรมที่สามารถเห็นได้คือการมีมนุษยสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคม การรู้จักเข้าร่วมกลุ่มหรือ กิจกรรมกับคนอื่น ๆ มีการเสียสละเพื่อส่วนรวม ตั้งใจทำงาน รู้จักท้าวทักให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม และมีผลทำให้ตัวเองรู้สึกเป็นสุขด้วย ดังนั้นความพึงพอใจในสังคม และความพึงพอใจในอาชีพ จึงเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพจิตของคนเราได้

ในคู่มือการใช้บริการสุขภาพจิต และการแนะนำงานบริการบุคคลปัญญาอ่อนสำหรับ ประชาชน ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิตเป็นสภาพของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจ ได้อย่างเหมาะสม และสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง รวมถึงความสามารถในการปรับจิตใจให้พอใจและมั่นคงได้เมื่อมี ความขัดแย้งเกิดขึ้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2531 : 7)

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (เทพกร พินยาภิรัตน์. 2532 : 8 ; อ้างอิงมาจาก สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. 2527 : 69) กล่าวว่า สุขภาพจิตหมายถึง คุณภาพหรือสุขภาพ การนึกคิดมีรูปแบบการนึกคิดไปทางบวก ไม่ยึดมั่นในความคิด ความรู้สึก ค่านิยมเฉพาะตนไม่มุ่ง โทษผู้อื่น แต่จะแก้ปัญหาโดยตรง มีพฤติกรรมเหมาะสมกับเพศ วัย สิ่งแวดล้อมได้โดยตนเองไม่มี ความคับข้องใจมากนัก

สุจริต สุวรรณชีพ (2525 : 4) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นภาพของจิตใจ ที่มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหาและปรับจิตใจให้มีความสุข ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริง



ในการดำรงชีวิตและสุขภาพจิตของมนุษย์โดยทั่วไป ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาทุกขบ้าง สุขบ้างได้เสมอไป จากแรงผลักดันทั้งภายในตัวเอง และจากผู้อื่นในสังคม ครอบครัวและสังคมรอบตัว ซึ่งสอดคล้องกับ จันทนา สุวัจน์ กล่าวไว้ว่า การที่จะพิจารณาว่าใครมีสุขภาพจิตดีนั้น ต้องพิจารณาจากความสมบูรณ์ถูกต้องในการรับรู้ มีเหตุผลมีความรู้สึกไม่สับสนวุ่นวายและสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่เกิดทุกข์แก่ตนเองและผู้อื่น และยังมีประโยชน์สุขต่อสังคมด้วย

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้ให้ความหมายว่า สุขภาพจิตหมายถึง ความสมบูรณ์ของจิตใจที่สามารถปรับปรุงจิตใจให้มีความสุข สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ สุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงได้ตามภาวะการณ์และสิ่งแวดล้อม บางขณะอาจจะไม่ดีทำให้เกิดทุกข์ และความสุขแล้วแต่สภาพจิตใจในขณะนั้น ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีต้องมีลักษณะดังนี้

1. มีสุขภาพกายดีไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ เบียดเบียน มีความสุขความพอใจในตนเอง
2. มีความสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ไม่เป็นโรคประสาท โรคจิต

กรมการแพทย์ (2529 : 3) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง และเสริมว่าในการดำเนินชีวิตบุคคลย่อมต้องเผชิญความทุกข์ ความตึงเครียด ความไม่พอใจ ความผิดหวัง แต่ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถแก้ปัญหาหรือผ่อนปรนหาทางออกที่เหมาะสม

ความหมายของสุขภาพจิตดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ของผู้ทรงคุณวุฒิทางจิตวิทยานั้นล้วนไม่แตกต่างจากความหมายที่องค์การอนามัยโลก ได้บัญญัติไว้ กล่าวคือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขของผู้มีสุขภาพจิตดีไม่เพียงแต่ปราศจากโรคประสาทเท่านั้น แต่ยังสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมของตนได้อย่างมีความสุขอีกด้วย มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี มีชีวิตที่สมดุลสามารถสนองความต้องการของตนได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งใด ๆ ภายในจิตใจของตนเอง

จากความหมายของสุขภาพจิตที่หลาย ๆ ท่านได้กล่าวมา พอจะสรุปได้ว่าสุขภาพจิตหมายความว่า การมีชีวิตที่เป็นสุข มีสมรรถภาพในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความสนุกสนานร่าเริง สามารถหาประโยชน์ให้แก่ตนและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันมีรากฐานมาจากครอบครัวที่พร้อมด้วยความรักความเข้าใจ ความเห็นใจซึ่งกันและกัน เป็นผลทำให้บุคคลมีความมั่นคงทางใจ สามารถที่จะเผชิญปัญหาได้และปรับตัวให้เข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อมและอาชีพการงานได้เป็นอย่างดีดังกล่าวนี้ออกมาแล้ว



คนทั่วไปมักจะเข้าใจกันว่า "สุขภาพดี" นั้นหมายถึง เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง และสมบูรณ์เท่านั้น แต่ตามสภาพความเป็นจริงแล้ว การที่คนเราจะมีสุขภาพดีนั้น จะต้องประกอบไปด้วยความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับ ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ด้วย และเป็นที่ตระหนักกันดีว่าสภาพทางสังคมได้แปรเปลี่ยน แตกต่างกันไปตามวัน เวลาที่ได้เปลี่ยนแปลงไป มีความสับสนวุ่นวายและมีความสลับซับซ้อนขึ้น อันเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ เช่น ปัญหาค่าครองชีพสูงขึ้น อิทธิพลของวัฒนธรรมใหม่ ๆ ทั้งจากภายนอกและภายในประเทศ ความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีใหม่ ๆ อาทิเช่น โทรศัพท์ วิทยุ โทรทัศน์ เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องยนต์กลไกต่าง ๆ ตลอดจนเครื่องมือสื่อสารและเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ความเจริญก้าวหน้าทางวัตถุ ความเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ทางการเมือง การปกครอง ฯลฯ ทำให้กระทบกระเทือนต่อความสงบสุขในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ สังคมปัจจุบัน เป็นสังคมที่เต็มไปด้วยการต่อสู้ชิงดีชิงเด่นเพื่อความอยู่รอด อันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภาวะการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ทำให้คนเราประสบความยุ่งยาก สับสนวุ่นวายในการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

* ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของมนุษย์ ย่อมหนีไม่พ้นการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ความสมหวัง ความผิดหวัง ความดีใจหรือเสียใจ ความทุกข์และความสุข การเปลี่ยนแปลงและ เหตุการณ์บางอย่างซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้สภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ จะมีผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความเครียด ทำให้เกิดเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิต สุทัตตะ เชาตติวงศ์ ๓ ออยุธยา ได้อ้างอิงถึงองค์การอนามัยโลกที่ได้รายงานไว้ว่า ประชากรโลกอย่างน้อยที่สุด 40 ล้านคน กำลังมีปัญหาด้านสุขภาพจิตขั้นไม่รุนแรง แต่ทำให้เสียสมรรถภาพทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา ทั้งในกลุ่มประชากร ผู้ใหญ่ เด็ก และเยาวชน ปัญหาด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบมากในบริการสาธารณสุขทุกวัย ไป สมัยนี้มนุษย์มีความทุกข์และความเคียดแค้นทางใจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จิตใจมีแต่ความวุ่นวาย วิตกกังวลหวาดกลัวเศร้าใจ เห็นอภัยโทษโทษแก่ บางครั้งมีความทุกข์ทางใจอย่างมาก จนเห็นว่าชีวิตนี้ไร้ความหมาย เลยตัดสินใจฆ่าตัวตาย (สุทัตตะ เชาตติวงศ์ ๓ ออยุธยา. 2530 : 15)

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคนเราทุกวันนี้กำลังประสบกับปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งถ้าคนกลุ่มใดหรือชุมชนใดมีมาก หรือมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ นั้นย่อมแสดงถึงสภาวะสุขภาพจิตของคนในชุมชนนั้น และในขณะนั้นกำลังเสื่อม ควรได้รับความช่วยเหลือแก้ไขต่อไป

ละอ อุดงกูร (2522 : 50) กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพจิตดี คือคนที่สามารถปรับตัวใน
ความเปลี่ยนแปลงอันไม่มีที่สิ้นสุดของสิ่งแวดล้อมได้ผล ที่ทำให้ตนเองมีความสุขและเป็นประโยชน์
ต่อสังคม

จากคู่มือการใช้บริการสุขภาพจิต ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ลักษณะ
ของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ว่าควรมีลักษณะดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2531 :
7 - 8)

1. มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์ เช่น กลัว วิดกกังวล โกรธ
เกลียด รักใคร่ อิจฉาริษยาและรู้สึกผิด ทนต่อความผิดหวังได้ มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถ
แก้ปัญหา และต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ไม่ดูถูกตนเองหรือตำหนิตนเอง

2. มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้อื่น รู้จักรักผู้อื่น มองเห็นความหวังดีของผู้อื่น มองโลกในแง่ดี
อยากเป็นมิตรกับคนทั่วไป

3. สามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่
ตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง มีความพอใจในงานที่ทำ มีความพยายามที่จะทำงานให้เสร็จ

จาไฮดา (Jahoda. 1958 : 22 - 24) ให้ความเห็นเกี่ยวกับการพิจารณาว่าผู้ใด
มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดีได้จากลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ 6 ประการ

1. เจตคติที่มีต่อตนเอง สามารถที่จะยอมรับตนเองมีความสุขมีความภูมิใจใน
ความสำคัญของตนเอง เคารพตนเอง ตลอดทั้งเข้าใจ และยอมรับสภาพของตนเอง

2. การเจริญเติบโตและพัฒนาของบุคคลเป็นไปอย่างปรารถนาและศักยภาพของตน
เองสามารถประสบความสำเร็จและความมุ่งหวังที่พึงประสงค์ ตลอดทั้งสามารถพัฒนาความสา
มารถของตนจนเต็มที

3. ความประสมประสานขององค์ประกอบ บุคลิกภาพเป็นไปอย่างกลมกลืนราบรื่นมีสติ
สัมปชัญญะ ไม่อยู่ใต้อิทธิพลของจิตไร้สำนึก มีความสามารถที่จะทนต่อความวิตกกังวลและ
ความบีบคั้นภายใต้สภาวะการณ์หนึ่ง

4. ความเป็นตัวของตัวเองและความเป็นอิสระในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่พึงประสงค์
มีความเป็นอิสระจากอิทธิพลของสังคมในการที่จะตัดสินใจ โดยยึดมาตรฐานที่เป็นหลักประจำ
ใจของตนมากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับความบีบคั้นของอิทธิพลภายนอก

5. การยอมรับและการเผชิญต่อความเป็นจริง ไม่หลงงมงายในความเพ้อฝัน
หรือความปรารถนาของตนเอง ขณะเดียวกันมีความสนใจ เอาใจใส่ในสวัสดิภาพของบุคคลอื่น

6. ความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคและสิ่งแวดล้อม โดยสามารถที่จะรักและให้ความรักแก่บุคคลอื่นได้ สามารถที่จะรับความรักจากบุคคลอื่น สามารถที่จะอุทิศเวลาให้แก่งานตลอดทั้งการเล่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม มีความพอใจในสภาพแวดล้อมของตนเอง เต็มใจที่จะหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาตลอดทั้งอุปสรรคที่จะต้องเผชิญในชีวิตของตน

นักวิชาการบางคน กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีการปรับตัวดี นอกจากนั้นอีกหลายคนบอกว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ก็คือผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยด้านจิตใจและอารมณ์

จากการสัมมนาเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน ในหลักสูตรวิชาการพยาบาลจิตเวชของพยาบาลเทคนิครุ่นที่ 5 ปี 2530 กลุ่มผู้สัมมนาได้ให้ความหมายของการมีสุขภาพจิตที่ดีว่า คือจิตใจที่เป็นปกติ ไม่มีความวิตกกังวลไม่เร่าร้อน ไม่กระวนกระวาย ปราศจากความเครียด มีอารมณ์ไม่หวนโหว่ง่าย ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี คือผู้ที่มีจิตใจที่ไม่เป็นสุข ไม่ปกติสุข มีการแสดงออกโดยไม่สามารถปรับจิตใจให้เป็นสุข ได้มีความทุกข์ ไม่สบายใจ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เกิดจากสิ่งแวดล้อม ค่านิยม ประเพณีวัฒนธรรม เศรษฐกิจ ภาวะการเมือง และตนเอง เป็นต้น

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ก็คือผู้ที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม มองโลกในแง่ดี และสามารถแก้ปัญหา และเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้มีความเข้าใจตนเอง และยังเป็นผู้ที่ปราศจากการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอีกด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต ได้มีผู้กล่าวไว้หลายประการ เช่น

สุโท เจริญสุข (2520 : 5 - 6) ได้กล่าวไว้ว่า ถ้าเราพิจารณาคุณสมบัตินี้เราจะเห็นว่า มีเรื่องที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของเราอยู่มาก เช่น

1. ล้ายากแย่งกันทำในเรื่องการทํามาหากิน
2. การเรียนต่อนักเรียน นักศึกษา
3. การว่างงาน คนล้นงาน ไม่มีงานให้คนงานทำในระดับต่าง ๆ
4. ความไม่เพียงพอในด้านการแพทย์ และการศึกษาระดับมัธยม

5. ความขัดแย้งทางการเมือง
6. การทุจริต คอร์รัปชัน จักรวรรดิวังหลวง หลอยกลาง คดโกงกัน
7. ปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย
8. ปัญหาเด็กที่ถูกทอดทิ้ง
9. ปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดที่ร้ายแรง เช่น เฮโรอีน มึน สุรา ฯลฯ

ซึ่งถ้าจะถามว่า ปัญหาสุขภาพจิตของคนเรามาจากไหน คำตอบก็จะเป็นไปได้หลายทาง

เช่น

1. มาจากต้นตอเดิมที่ว่ามนุษย์ก็เลส คณหา ความโง่ ความอยากไม่รู้พอ
2. เพราะสภาพสังคมมีของ ใช้ของกินล่อใจมากมาย คนต้องเลือกและอยากมีมากขึ้น
3. เพราะโลกเจริญก้าวหน้าทางวัตถุธรรมมาก ความเจริญทางด้านจิตใจตามไม่ทัน
4. เพราะประชากรของโลกเพิ่มมากรวดเร็ว จึงจัดการสนองได้ไม่ทัน
5. เพราะภัยคุกคามที่มนุษย์หลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ ความโง่เขลา ความไร้อาชีพ ความประพฤติชั่วและความเห็นแก่ตัว

6. เพราะคนเรามีปรัชญาแนวคิดชีวิตต่างกันในเรื่อง คุณค่า คุณธรรม ความดี

อุโฆษ ปันสุวรรณ (2532 : 9 - 10) ได้อ้างคำกล่าวของ ประมวล นิเคชินันท์ว่า "ผู้ใดมีความสุขในชีวิตตามสมควร มีความสำเร็จในด้านการงานและด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นแล้ว ผู้นั้นจะมีสุขภาพจิตดี แต่ถ้าหากผู้ใด บุคคลใดต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตมากมาย เช่น การครองชีพ การสมรส โรคภัยไข้เจ็บ เศรษฐกิจ สังคม และการทำงานก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตด้วย" คำกล่าวนี้สอดคล้องกับของ ฮีรวัดน์ นิเจนตร ซึ่งอ้างอิงมาจาก เวสเลอร์ และคนอื่น ๆ (Wechsler and others. n.d.) เชื่อว่าตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดโรคจิต โรคประสาท ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสูญเสียบิดามารดา สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม การย้ายถิ่นและการว่างงานและเช่นเดียวกับของหทัยทิพย์ ควรสุภา (2525 : 9) ได้กล่าวถึงปัญหาใหญ่ที่ทำให้สุขภาพจิตของคนเสื่อมลง ได้แก่

1. ปัญหาเศรษฐกิจฝืดเคือง รายได้น้อย ไม่พอใช้จ่าย
2. ปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว
3. การใช้เวลาว่างไม่เป็นประโยชน์

4. ความรู้สึกไม่พอใจในอาชีพของตน

5. เป็นคนคิดมากหวังมากเกินไป

6. ขาดกำลังใจ อ่อนแอเกินไป

นอกจากนี้ ทัยทิพย์ ควรสุภา (2525 : 9) ยังได้อ้างถึงสมาคมการศึกษาแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Education National) ที่ได้ศึกษาและพบว่า ความกังวลใจของครูจนทำให้สุขภาพจิตเสียนั้น มีสาเหตุจากสิ่งเหล่านี้คือ

1. ปัญหายุ่งยากทางการเงิน
2. ปัญหาเศรษฐกิจในปัจจุบัน
3. ญาติหรือเพื่อนป่วยอย่างรุนแรง
4. ปัญหาสุขภาพส่วนตัว
5. ความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่ปกติ
6. ปัญหาทางศาสนา

สุรพงษ์ อภันวงษ์ (2514 : 1 - 43 - 44) ได้กล่าวถึงผลกระทบกระเทือนสุขภาพจิตของคนเรา ได้แก่

1. สิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ครอบครัว ที่ทำงาน สังคม
 2. สาเหตุภายในตัวบุคคล เช่น
 - 2.1 ร่างกายเจ็บป่วย บวดีระชะ บวดีทอง
 - 2.2 มีพยาธิสภาพทางสมอง (Neuro Pathology)
- ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของตัวเองทั้งยังส่งผลกระทบต่อคนอื่นที่ดูแลด้วย ด้วยเหตุนี้สุขภาพกายจึงน่าจะเป็นตัวบ่งชี้สุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี

บอสซาด และบอลล์ (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. 2523 : 12 ; อ้างอิงมาจาก Bossard and Boll. n.d.) ซึ่งได้ให้ความเห็นว่า ครอบครัวเป็นศูนย์รวมของความสัมพันธ์ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของจำนวนสมาชิกในครอบครัว ถ้าในครอบครัวมีจำนวนสมาชิกเพิ่มขึ้น การติดต่อสัมพันธ์มีวงขยายมากขึ้น ความสนิทสนมกลมเกลียวย่อมมีน้อยลง มักเกิดปัญหาข้อขัดแย้งมากขึ้น

ทำให้เกิดภาวะความตึงเครียดบ่อย ๆ ซึ่งทำให้เด็กกลายเป็นคนก้าวร้าวและมีสุขภาพจิตเสื่อมได้ นอกจากนี้ในครอบครัวย่อมเกิดความอิจฉาริษยาในหมู่พี่น้อง อันมีผลสืบเนื่องมาจากความเป็นอยู่ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พ่อแม่ไม่สามารถแสดงความรักและเอาใจใส่ตอบรับได้เท่าเทียมกันทุกคน อันเป็นสาเหตุของความไม่สงบสุขในครอบครัวอันกระทบกระเทือนต่อสุขภาพจิตเด็ก

นอกจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตแล้ว ยังพบว่าความเจ็บป่วยของคนในบ้านก็ยังส่งผลถึงสุขภาพจิตของคนในครอบครัวด้วย ดังที่ สมาน กาเน็ค (2520 : 13) ได้อ้างอิงถึง การศึกษาของ สโตท (Stott) ซึ่งได้ทำการศึกษาชีวิตภายในบ้านที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของเด็กวัยรุ่นชายหญิง ในเมืองเนบราสกา พบว่าเด็กที่มีการปรับตัวที่ไม่ดี มีสภาพชีวิตภายในบ้านดังนี้คือ แม่ทำงานนอกบ้าน แม่ป่วย พ่อป่วย พ่อเป็นโรคประสาท แม่เป็นโรคประสาท

* การเกิดปัญหาสุขภาพจิต มักจะได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะด้านกรรมพันธุ์ สภาพร่างกาย สังคมสิ่งแวดล้อม และสภาพจิตใจของผู้นั้นเอง ผู้ที่มีความบกพร่องในสาเหตุเหล่านี้อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้น

"กาย" กับ "จิต" นั้นเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ออกทั้ง 2 คำนี้ จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันตลอดเวลา ดังคำกล่าวของพระพุทธองค์ที่ว่า "จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว" ซึ่งหมายถึงว่า ถ้าคนเราสุขภาพจิตไม่ดีย่อมมีผลกระทบกระเทือนถึงสุขภาพทางกาย และในทางตรงกันข้ามถ้าสุขภาพกายไม่ดีก็ย่อมจะส่งผลกระทบถึงสุขภาพจิตด้วยเช่นกัน

การที่คนเรามีสุขภาพจิตที่ไม่ดีอยู่เสมอ หรือมีความเครียดทางจิตใจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในจิตใจมีแต่ความวุ่นวายหวาดกลัว วิตกกังวล เศร้าใจ เหนื่อยหน่ายท้อแท้ หาคความสุขสงบไม่ได้ต่อไป ย่อมทำให้จิตใจแปรปรวนได้ จนกระทั่งสุดท้ายกลายเป็นโรคประสาท หรือโรคจิตซึ่งอันนี้หมายถึง ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลเสียต่อจิตใจโดยตรง แต่ในอีกลักษณะหนึ่งคือ ปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาทางอารมณ์ ที่ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย อาการที่ออกทางร่างกายนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากอารมณ์หรือความไม่สบายใจต่าง ๆ ที่ถูกเก็บกดไว้เป็นเวลานาน และมากเกินไปและไม่สามารถแสดงออกได้ จึงให้ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเป็นทางแสดงออกเพื่อให้สังคมยอมรับ

การวิจัยของนักจิตวิทยาหลายท่าน ในเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล กับกระบวนการศูนย์ทางสรีรวิทยาของระบบประสาท พบว่า "ความวิตกกังวลนี้จะกระตุ้นการทำงานของไฮโปธาลามัส ซึ่งเป็นต่อมไร้ท่ออยู่ในสมองส่วนกลาง ทำให้เกิดผลดังนี้ คือ มีการหลั่งอิพิเนฟรินมากขึ้น นอกจากนั้นต่อมไร้ท่ออื่น ๆ เช่น ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าก็จะหลั่งทรอปิคคอร์โตนเพิ่มขึ้นด้วย" ผลเหล่านี้ทำให้เกิดพยาธิสภาพของการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งทำให้เกิดโรคขึ้นได้ กลุ่มอาการของโรคเหล่านี้ ได้แก่

ระบบทางเดินอาหาร มีอาการ คลื่นไส้ หรืออาการท้องปั่นป่วน ปวดท้อง
ระบบหายใจ มีอาการ หายใจไม่สะดวก มีอะไรจุกที่คอหอย หายใจเร็ว
ระบบไหลเวียนโลหิต มีอาการ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง ปวดที่หัวใจ เจ็บหน้าอก
ระบบสืบพันธุ์และระบบขับถ่าย มีอาการ บัสสาวะบ่อย บัสสาวะน้อย หมดความรู้สึกทางเพศ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีอาการ ปวดหลัง อ่อนเพลีย ปวดขี้เขียด หนักตามแขนขา ปวดกล้ามเนื้อ

ระบบผิวหนัง มีอาการ ขาหรือมีอาการช้ำตามตัว คันตามที่ต่าง ๆ
ระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาท มีอาการ ตกใจ ใจสั่น เป็นลม อาการสั่นที่มือและเท้า

อาการทางกายดังกล่าวนี้ เป็นผลสืบเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาทางจิตใจของบุคคลนั้น การมีอาการดังกล่าวบ่อย ๆ หรือเป็นหลายอาการ ย่อมแสดงถึงสุขภาพจิตที่ไม่ดีของบุคคลนั้นในขณะนั้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของคนเรานั้นได้แก่ ปัจจัยทางด้านสังคม ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และทางด้านวัฒนธรรมร่วมด้วย นอกจากนี้ก็ยังพบว่าปัญหาทางด้านการเจ็บป่วย ก็ยังมีผลต่อสุขภาพจิต ดังจะเห็นในปัจจุบันยังส่งเสริมให้ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อสุขภาพจิตของคนเราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังสถิติต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว การเกิดปัญหาสุขภาพจิตมักจะได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายประการ ผู้ที่มีความบกพร่องในสาเหตุเหล่านี้ได้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้น

ความเครียด (Stress) คือกลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายทั้งเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น แต่ละคนจะมีรูปแบบการแสดงออกของความเครียดแตกต่างกัน และเป็นสิ่งที่แสดงออกตามสัญชาตญาณของสิ่งมีชีวิตทุกชนิด (ปาหนัน บุญหลง. 2527 : 31)

ความเครียด เป็นภาวะของจิตใจเราเอง ที่ตื่นตัวเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ ซึ่งเราคาดคิดว่าสถานการณ์ หรือความกดดันนั้น ๆ หนักหนา หรือเกินกว่ากำลังความสามารถในยามปกติของเราที่จะแก้ไข หรือจัดบัดเบ้าให้หมดสิ้น หรือบรรเทาเบาบางลงได้ (สุจริต สุวรรณชีพ. 2532 : 20)

ความเครียดในระดับที่ต่างกันจะมีผลต่อมนุษย์ต่างกันดังนี้ (สุจริต สุวรรณชีพ. 2532 : 20 - 21)

1. ความเครียดในระดับต่ำ ๆ จะเพิ่มความสามารถในการทำงานได้สูงขึ้น และสร้างความสุขใจให้กับมนุษย์มามากต่อมาก จากความสำเร็จที่ได้รับ
2. ความเครียดในระดับปานกลาง อาจมีผลกระทบกระเทือนต่อพฤติกรรมและอาจนำไปสู่การกระทำในลักษณะที่ทำอะไรซ้ำ ๆ บ่อย ๆ ได้แก่ กินมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ และคิดเล้าติดตา เป็นต้น
3. ความเครียดในระดับรุนแรงถึงขั้นบ้าดีเดือด หรือซึมเศร้า หรือถึงกับวิกลจริตไม่รับรู้ความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้
4. ความเครียดในระยะยาวอาจทำให้เกิดโรคทางร่างกายได้หลายโรค เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ และโรคอื่น ๆ ได้อีกมากมาย รวมทั้งแก่เร็วและอายุสั้นลงด้วย

เมื่อมีความเครียดจะปรากฏอาการทางกาย และจิตได้หลายอย่าง ดังนี้ (ปาหนัน บุญหลง. 2527 : 47)

1. ด้านประสาทการรับรู้และสมอง จะมีการประเมินความรุนแรงของสิ่งของที่มาคุกคามให้เกิดความเครียด โดยอาศัยประสาทการรับรู้ ความเข้าใจ และแปลความหมายของสิ่ง หรือเหตุการณ์นั้นออกมาว่า มันคืออะไร มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ความเครียดในระดับรุนแรง จะทำให้การรับรู้ และการตัดสินใจเสียไป แต่ในระดับความเครียดเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง จะส่งเสริมการรับรู้ให้ดีขึ้น

2. ด้านความรู้สึกและอารมณ์ จะเกิดความหวั่นไหวทางอารมณ์ วิตกกังวล แล้วหงุดหงิด โกรธ ซึมเศร้า รู้สึกผิด อึดอัดใจ หรืออื่น ๆ อีกมากมาย

จะเห็นว่าความเครียดทั้งประโยชน์ และโทษ คือถ้าเครียดในระดับต่ำ ๆ ก็จะได้ผลดี ต่องาน แต่ถ้าเครียดเพิ่มขึ้นมากเกินไปก็จะเกิดผลเสียทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักจะมีอาการแสดงออกมาทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจบุคคล นั้นอาจจะรู้สึกได้เอง หรือมีอาการแสดงออกที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ อาการทางด้านร่างกาย เช่น เป็นลม ชักเกร็ง นอนไม่หลับ ปวดข้อ อาการดังกล่าวอาจจะเนื่องมาจากความวิตกกังวล เป็นต้น อาการทางด้านจิตใจ เช่น ขาดสมาธิ พุ้งย้าน คิดมาก ซึมเศร้า กังวล หลงผิด และยังมี อาการต่าง ๆ อีกมากมาย ซึ่งจะขอยกมาพอสังเขปดังนี้

1. ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization) เป็นความรู้สึกผิดปกติของ
ร่างกายที่มีสาเหตุมาจากอารมณ์ เนื่องจากกายกับใจเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ได้และมีผลต่อกันอย่างมาก
เช่น นักธุรกิจเครียดกับงานมากจนปวดท้อง ท้องอืด เป็นแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

2. การย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive) เป็นภาวะที่ความวิตกกังวลถูก
แก้ไขโดยการคิด หรือกระทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ๆ การคิดซ้ำ ๆ
(Obsessive) คือการที่ไม่สามารถกำจัดความคิด ภาพพจน์หรือแรงผลักดันต่าง ๆ ออกไปจาก
สมอง แม้รู้ว่าเป็นความคิดหรือความรู้สึกที่เหลวไหลหรือ ไม่มีเหตุผลแต่ก็ไม่อาจหยุดคิด ได้การ
กระทำซ้ำ ๆ (Compulsive) คือการกระทำที่มีจุดมุ่งหมายอย่างซ้ำ ๆ และถ้าอยู่เป็นเวลานาน
โดยที่บุคคลรู้ว่าเป็นการกระทำที่เหลวไหลและคนไม่พอใจที่จะกระทำทั้งยังมีความต้องการจะ
ต่อต้านไม่ให้กระทำด้วย แต่ก็ต่อต้านไม่สำเร็จ เพราะการกระทำจะช่วยลดความเครียดทาง
อารมณ์ของตน บุคคลเหล่านี้มักเป็นคนเจ้าระเบียบ เคร่งครัด ตรงต่อเวลาไม่ค่อยยืดหยุ่น
ตัดสินใจยาก เมื่อตัดสินใจแล้วจะยืนยันกับการตัดสินใจนั้น ต้องการความถูกต้องสมบูรณ์จะเกิด
ความวิตกกังวลสูงเมื่อสิ่งต่าง ๆ ไม่ดีตามที่คาดหวัง และความวิตกกังวลนั้นจะถูกแทนที่ด้วย
ความคิด หรือการกระทำซ้ำ ๆ อยู่เป็นเวลานาน (สัจพจน์ อาริพรศ. 2524 :
315 - 316)

3. ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น (Interpersonal Susitivity) เป็น
ความรู้สึกหมกหมุ่นอยู่กับความคิดของคนในการติดต่อ หรือปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยที่บุคคลนั้นจะ
มีความรู้สึกอึดอัด มีความรู้สึกว่าตนบกพร่องหรือมีน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ
บุคคลอื่นอันเป็นผลทำให้บุคคลนั้นมีความชิงชังตัวเอง เกิดความรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจในการ

ติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงจากการพบปะติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการแยกตัวเอง หรือเป็นการแยกตัวเอง หรือแยกเฉพาะความคิดที่หนีจากเหตุการณ์ที่ไม่พอใจ กลายเป็นคนเงิบเฉย ชอบอยู่คนเดียวเงิบ ๆ

4. ความซึมเศร้า (Depressive) ความซึมเศร้าภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่เศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของความเศร้าแตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก และทำลายตนเอง บุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า (Depression) นั้น ความรู้สึกซึมเศร้าใจจะรุนแรง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ เงียบขรึมลง พุดและคิดเชิงซ้ำท้อแท้หมดหวัง ตัดสินใจไม่ได้ ปฏิบัติงานบกพร่อง ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาลดลง

5. ความวิตกกังวล (Anxiety) ความวิตกกังวลคือความไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่นพร้อพริ้ง ความวิตกกังวลมีลักษณะคล้ายกับความกลัว (Fear) ข้อแตกต่างมีอยู่ว่า ความวิตกกังวล มีต้นตอมาจากภายในจิตใจ (Intrapsychic) เป็นเรื่องสำคัญ อาจหมายถึงความกลัวที่ซ่อนอยู่ไม่รู้หาย ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับการคาดการณ์ที่จะได้รับผลไม่ดีในอนาคต โดยที่ไม่มีสาเหตุจากภายนอก บางครั้งอาจมีอันตราย แต่ความกลัวที่เกิดขึ้นไม่สมส่วน (Disproportionate) กับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ส่วนความกลัวที่แท้จริงนั้นจะต้องมีอันตรายภายนอก (External danger) และเกิดขึ้นสมส่วนกับอันตรายนั้น

6. ความโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย (Hostility) อารมณ์โกรธเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่คาดหวังล้มเหลวหรือมีการสูญเสียความเชื่อมั่นตนเอง อารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดหวังเป็นผลให้เกิดความวิตกกังวลรู้สึกไม่มั่นคงรู้สึกว่าความสามารถของตนเองลดลง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อันเป็นเหตุให้เกิดความต้องการมีอำนาจ และเกิดอารมณ์โกรธ บุคคลเมื่อเกิดอารมณ์โกรธและถูกเก็บซ่อนไว้ภายใน (Suppression of Felling) จนกระทั่งถึงจุดหนึ่งอารมณ์โกรธที่สะสมไว้นั้นจะเปิดออกมา ทำให้บุคคลนั้นมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมกลายเป็นผู้ที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว อาฆาตเค้น ชิงชัง และเกิดการทำลาย (Hostility)

7. กลัวโดยปราศจากเหตุผล (Phobia) คือความกลัวที่รุนแรงเกินกว่าเหตุและไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นซ้ำบ่อย ๆ โดยบุคคลนั้น ไม่สามารถระงับอารมณ์นั้นได้ ทำให้บุคคลนั้นพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการไม่สบายนี้ ความกลัวโดยปราศจากเหตุผลต่างจากความกลัว

ธรรมคา (Fear) คือความกลัวโดยปราศจากเหตุผลมีลักษณะรุนแรงเกิดขึ้นนาน และไม่สมเหตุผล ทั้งยังมีผลต่อการปรับตัวด้วย เนื่องจากต้องพยายามหลีกเลี่ยงที่หวาดกลัวนั้น ความกลัวที่จะเกิดกับ วัตถุ กิจกรรม หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะและก่อให้เกิดความตึงเครียด หรือรบกวนหน้าที่ทางสังคมและบทบาทของบุคคลนั้น

ความกลัวโดยปราศจากเหตุผลจำแนกเป็นพวกใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1. กลัวที่โล่ง (Agora Phobia) คือการกลัวเมื่ออยู่ในที่โล่งคนเดียว ความกลัวที่โล่ง

2. กลัวสถานการณ์ในสังคม (Social Phobia) คือการกลัวสถานการณ์ บางอย่างโดยเฉพาะ เช่น กลัวการรับประทานอาหาร หรือพูดในชุมชน กลัวจะมีผู้เห็นตนถ่าย บัสสาวะ ฯลฯ ความกลัวนี้ทำให้บุคคลพยายาม หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กล่าวข้างต้น

3. กลัววัตถุ (Simple Phobia) เป็นการกลัววัตถุ กิจกรรม หรือสถานการณ์ อื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว เช่น กลัวสัตว์บางชนิด กลัวที่ปิด เช่น ในลิฟท์ (Claustrophobia) หรือกลัวที่สูง (Acrophobia)

8. หวาดระแวง (Paranoid) ภาวะหวาดระแวง ประกอบด้วยอาการที่สำคัญ คือ ความหลงผิด คิดว่ามีคนปองร้าย คนอื่นพูดหรือทำอะไรมีความหมายพาดพิงมาถึงตน คิดว่าคนอื่นเกลียดหรือทำร้าย คู้สมรสนอกใจ มักไม่มีอาการประสาทร่วมด้วย ความหลงผิดแบบ หวาดระแวงจะเป็นเรื่องราวมีเหตุผลตั้งอยู่บนรากฐานของเหตุการณ์จริง อารมณ์ที่ แสดงสอดคล้องความคิด เชื่อว่าปัญญาและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ยังคงปกติ บุคลิกภาพก็ไม่ หรือเสื่อมเพียงเล็กน้อย สำหรับผู้ที่มึบุคลิกภาพหวาดระแวงนั้น ประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญคือ มีความรู้สึกไวต่อความผิดหวัง การถูกเหยียดหยาม หรือถูกปฏิเสธ มีแนวโน้มจะเข้าใจการกระทำ ที่เป็นธรรมคาหรือการกระทำที่หวังดีของคนอื่นว่าเป็นเรื่องก้าวร้าวหรือดูหมิ่นตน และมีความรู้สึ กว่าตนถูกผู้อื่นเหยียดหยาม หรือถูกเอาเปรียบ นอกจากนี้ยังก้าวร้าว คือ รัง และคิดถึงแต่ตนเองมากกว่าปกติ

กลุ่มอาการหวาดระแวง ได้แก่ ไม่ไว้วางใจผู้อื่น คิดว่าตนเองใหญ่โต สงสัยไม่เน่ใจระแวงไวต่อสิ่งกระตุ้น ใช้กลไกแบบโทษผู้อื่น ข้างสังเกต รู้สึกว่าตนเองถูกเอาเปรียบ ฯลฯ

9. โรคจิต (Psychosis) โรคจิต เป็นภาวะความผิดปกติทางจิตใจ ที่มีการสูญเสีย หน้าที่การทำงานของจิตใจถึงระดับที่ทำให้เสียความสามารถในการหยั่งรู้ตนเอง ความสามารถที่

จะสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต หรือความรู้สึนึกคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่อยู่ในกรอบหรือโลกแห่งความเป็นจริง จนบางครั้ง ไม่อาจแยกโลกของความฝันออกจากโลกของความจริง ได้

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิต มีสาเหตุใหญ่ ๆ 3 ประการคือ

1. สาเหตุจากทางร่างกาย เช่น สมองเจริญเติบโตผิดปกติ อุบัติเหตุทางสมอง หรือสูญเสียอวัยวะบางส่วนทางร่างกาย

2. สาเหตุทางจิตใจ เช่น การขาดความรัก ความอบอุ่น สูญเสียของรักโดยกะทันหัน ไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นหรือสังคม

3. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

3.1 สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ เช่น สภาพดินฟ้าอากาศไม่เหมาะสม ร้อนเกินไปหนาวเกินไป

3.2 สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น สภาพทางสังคม และเศรษฐกิจขั้นพื้นฐานระเบียบของสังคมแปรปรวนทำให้สถานการณ์ของบุคคลเปลี่ยนไป อาจเปลี่ยนจากรวยเป็นจน หรือจากมีเกียรติเป็นไร้เกียรติ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจอาจทำให้เกิดโรคจิตได้

อาการโรคจิต ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด ซึมเฉย เอะอะไว้วาย ฯลฯ

10. อาการร่วมอื่น ๆ (Additional) เป็นอาการแสดงที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นมีปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีมากมาย แยกเป็น 3 ประการ คือ

1. อาการทางกาย ได้แก่ อาการเจ็บป่วยทางร่างกายที่เนื่องมาจากสุขภาพจิตใจ เช่น ใจสั่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ ปวดศีรษะแบบไมเกรน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2. อาการทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ความจำ สมาธิ เช่น ไม่สบายใจ หงุดหงิด พุ้งน้าว เป็นต้น

3. อาการทางพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว คิดสิ่งเสียดสีต่อต้านสังคม รักร่วมเพศ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีอาการร่วมอย่างอื่นอีก 7 ประการคือ

1. มีปัญหาเรื่องหลับยาก

2. หลับไม่สนิท

3. ตื่นแต่เช้า

4. ไม่เจริญอาหาร
5. รับประทานอาหารมากเกินไป
6. มีความรู้สึกผิด
7. คิดเรื่องอยากตาย

ความเจ็บป่วยทางจิต (Mental Illness) ผู้เจ็บป่วยทางจิตคือผู้ซึ่งมีปัญหาด้านสังคม จิตใจแตกแยก ยุ่งเหยิง ท้าทายที่ไม่ได้ ทำให้ผู้เจ็บป่วยปรับตัวในความเป็นอยู่ไม่ได้ ความคิดความรู้สึกการกระทำไม่เหมาะสม ได้ตอบต่อความคาดหวังของตนเองและสังคมไม่ได้ มักจะออกไปจากโลกแห่งความเป็นจริง มีปฏิกริยากับตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นบกพร่อง ไม่เหมาะสม ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

เกณฑ์พิจารณาสุขภาพจิตตามที่ จาไฮดา เสนอไว้ นั้น ได้รับการสนับสนุนจากออฟเฟอร์ (Offer, 1974 : 62 - 64 ; อ้างอิงมาจาก สุจินต์ ปริษามารถ, 2535 : 53) เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามแนวความคิดดังกล่าวจะเน้นที่สาเหตุและกระบวนการทางจิต ในการกำหนดสุขภาพจิตของบุคคล จึงทำให้การศึกษาและการสร้างเครื่องมือวัดระดับสุขภาพจิตตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้ลำบาก ดังนั้น นักวิจัยทางจิตวิทยาสุขภาพจิต จึงพยายามที่จะกำหนดความหมายของ "สุขภาพจิต" โดยใช้ผลที่เกิดขึ้นคืออาการหรือลักษณะทางจิตของบุคคลเป็นเกณฑ์เพื่อสะดวกในการวัดและการศึกษาของบุคคลเป็นจำนวนมากในคราวเดียวกัน เช่น สก็อต (Scott, 1970) ได้รวบรวมความหมายเชิงวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตสุขภาพจิตไว้ 6 ประการคือ

1. สุขภาพจิต อาจจะได้โดยพิจารณาจากประสบการณ์ในอดีตของการรับบำบัดทางจิต ซึ่งแสดงว่าบุคคลนั้นเคยป่วยเป็นโรคจิต และเคยอยู่ในความดูแลของจิตแพทย์มาก่อนจะจำกัดจำนวนผู้เคยป่วยเป็นโรคจิตลงอย่างมากตามบริการรักษาที่มีอยู่ในแต่ละชุมชน แต่จะ ไม่สะท้อนให้เห็นธรรมชาติทางจิตของบุคคลได้มากเท่าที่ควร

2. สุขภาพจิต อาจจะได้โดยพิจารณาความมากน้อยที่บุคคลไม่สามารถที่จะปรับตัวทางสังคม เป็นบุคคลที่สังคมตัดสินว่าเป็นผู้ที่เบี่ยงเบนไปจากพื้นฐานของสังคม เช่น เป็นอาชญากร ดิคาเสพคิด เคยคิดฆ่าตัวตาย เคยหย่าร้าง หรืออาจเคยทำความคิดเล็ก ๆ น้อย ๆ อื่น ๆ เช่น หนีออกจากบ้าน หนีโรงเรียน มีพฤติกรรมพาลเกร่ ปฏิบัติตนผิดกฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ เป็นต้น พื้นฐานของสังคมอาจจะมีแตกต่างกันไปได้ ขึ้นอยู่กับแต่ละสังคม

3. สุขภาพจิต อาจะวัดได้โดยพิจารณาจากการตรวจอาการทางจิต และอาจแบ่งบุคคลได้ตามระดับหรือปริมาณลักษณะอาการทางจิต เป็นหลายประการ เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อาการระแวง และอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม เกณฑ์การตรวจสอบสุขภาพจิตในปัจจุบันก็ยังขึ้นอยู่กับความรู้และความชำนาญของผู้ตรวจแต่ละคน หรือแต่ละกลุ่ม

4. สุขภาพจิต เป็นความรู้สึกส่วนตัวเกี่ยวกับการได้รับความสุขของบุคคล การวัดนั้นกระทำได้โดยขอให้บุคคลประเมินตัวเองในสภาพการณ์ปัจจุบันว่า ตนมีความสุข มีพลัง มีความมั่นใจ และมีการกินคืออยู่ดี เพียงใด มีความพอใจหรือไม่พอใจเกี่ยวกับครอบครัวหน้าที่การงาน และอาจจะเกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองด้วย การให้บุคคลประเมินตนเองอาจจะได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง เพราะความสามารถของผู้ตอบแต่ละคนในการประเมินตนเองนั้นแตกต่างกัน บางคนอาจต้องการปิดบังความจริง บางคนต้องการรายงานเรื่องนี้ให้สอดคล้องกับเรื่องอื่น ๆ เป็นต้น ฉะนั้นการวัดสุขภาพจิตด้วยการให้บุคคลประเมินตนเอง อาจได้ข้อมูลที่ผิดพลาดได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ได้มีการพยายามที่จะสร้าง เครื่องมือวัดสุขภาพจิต วิธีนี้ให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้นด้วยการตั้งคำถามในรายละเอียดเป็นด้าน ๆ มากกว่าจะให้ผู้ตอบประเมินตนเองได้โดยรวม

5. สุขภาพจิต เป็นความล้มเหลวในการปรับตัวเชิงนิมิต ซึ่งหมายถึงการไร้ความสามารถที่จะเจริญงอกงามไปในทิศทางที่สมควรจำเป็น และการขาดความสามารถที่จะควบคุมสภาพแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับความหมายทางจิตวิทยาหลายประการ ตามที่ จาไฮดา รวบรวมไว้ดังได้กล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตาม ความหมายในแง่นี้ยังขาดความแจ่มแจ้งพอที่จะเข้าใจได้

6. สุขภาพจิต อาจวัดได้โดยการถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันและอาการทางจิตประเภทต่าง ๆ ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับความนิยม เพราะมีปัญหาคาราคาและแปลความหมายน้อยกว่าวิธีอื่น ๆ

จะเห็นได้ว่า สุขภาพจิตของบุคคล อาจศึกษาได้โดยพิจารณาจากสาเหตุกระบวนการและผลที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ซึ่งปรากฏออกมาเป็นอาการทางจิต และอาการทางสรีระ การวัดสุขภาพจิตโดยบุคคลซึ่งเกิดกับบุคคลก็มีหลายประเภท และหลายระดับตั้งแต่การศึกษาความรุนแรงที่เกิดขึ้นจนบุคคลเป็นโรคประสาท โรคจิต ต้องเข้ารับการรักษา ไปจนถึงผลที่ยังไม่รุนแรงจนปรากฏอาการเด่นชัด ก็อาจวัดสุขภาพจิตได้โดยการให้ผู้ชำนาญทางโรคจิตเวชตรวจอาการส่วนบุคคล

ปกติก็อาจจะวัดอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะปรากฏในรูปของความวิตกกังวล ความหวาดกลัวจนเกินเหตุ และอาการทางสรีระ เช่น อ่อนเพลีย บวคส์รีชะ เป็นไข้ เบื่ออาหาร และอื่น ๆ อันมีสาเหตุมาจากความเครียดที่เกิดสะสมไว้ใน การดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลโดยอาจอธิบายได้ว่าอารมณ์เครียดเป็นสาเหตุของอาการทางสรีระของบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของฮอร์โมนบางชนิด

การวัดสุขภาพจิตของบุคคล ด้วยการวัดความวิตกกังวลด้านต่าง ๆ และการวัดความผิดปกติทางกาย เป็นนิยามปฏิบัติการสองประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งมีผู้พบในงานวิจัยหลายเรื่องว่า ปริมาณความวิตกกังวลและปริมาณหรือความถี่ของการป่วย ไข้ของบุคคล มีความสัมพันธ์กันอย่างเด่นชัดกับความรู้สึกเป็นทุกข์ หรือการปราศจากความสุขของบุคคล

ดังนั้นวิธีวัดระดับสุขภาพจิตของบุคคลที่น่าเชื่อถือได้มากวิธีหนึ่งคือ การวัดความรู้สึกวิตกกังวลในด้านต่าง ๆ การสอบถามอาการป่วย ไข้ และการผิดปกติทางกายของบุคคลซึ่งผลการวัดทั้งสองด้านนี้ อาจนำมาพิจารณาร่วมกัน หรือแยกออกจากกันก็ได้ และสมควรที่จะวัดสุขภาพจิตของบุคคลด้วยการประเมินความรู้สึกวิตกกังวลในด้านต่าง ๆ และสอบถามอาการผิดปกติทางกายประกอบกัน และคิดว่าถ้ารายงานว่ามีอาการป่วย ไข้ทางกายมากเพียงใดก็ย่อมจะรายงานว่ามีความวิตกกังวลมากขึ้นเพียงนั้น ซึ่งแสดงว่าผู้ที่มียารายงานเช่นนั้นน่าจะเป็นผู้ที่มีการผิดปกติทางจิตใจก็อาจเป็นไปได้ (สุจินต์ ปริชามารถ, 2535 : 53 - 55)

มนุษย์รู้จักสุรามากกว่า 5000 ปี ผลไม้และพืชไร่ไม่ถ่วงชนิดที่ถูกลำเลียงมาดัดแปลงด้วยวิธีต่าง ๆ กันเพื่อนำมาใช้ทำเป็นสุรา เมื่อใช้มากเกินไปจะทำให้เกิดมึนเมา ได้มีการรณรงค์ต่อต้านการดื่มสุราหลายครั้งแต่ไม่เป็นผล

องค์การอนามัยโลกได้จัดแอลกอฮอล์ เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เพราะแอลกอฮอล์ (Alcohol) มีลักษณะเช่นเดียวกับยาเสพติดอื่น ๆ เมื่อติดแล้วต้องเพิ่มขนาดขึ้นเสมอ ๆ ถ้าเลิกใช้จะมีอาการอยาก (Withdraw) แต่ทุกชนิดทั่วโลกใช้แอลกอฮอล์มาเป็นพัน ๆ ปีแล้วจึงเป็นการยากที่จะห้ามหรือยกเลิกการใช้เสียทั้งหมด

ได้พยายามหาสาเหตุจากที่ถูกต้องของค่านี สำหรับบ้านเราถือว่าการเสพสุราเป็นนิจนั้นก่อให้เกิดผลร้ายต่อร่างกายและจิตใจ

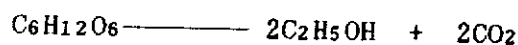
เราไม่มีสถิติที่แน่นอนสำหรับโรคพิษสุรา (Alcoholism) ในเมืองไทยแต่เชื่อว่ามียุหลายแสนคน ในสหรัฐอเมริกาที่มีสมาคมที่ควบคุมและรักษาผู้ติดสุราเรียกว่า (Alcoholic

Anonymous) ประมาณกันว่ามีคนอเมริกันกว่า 5 ล้านคนเป็นโรคพิษสุราและในจำนวนนี้มี 1 ล้านคนเป็นหญิง

นับเป็นเวลานานมาแล้วที่มนุษย์รู้จักการนำแอลกอฮอล์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง อาทิ เช่น การใช้แอลกอฮอล์ในอุตสาหกรรมเครื่องสำอาง อุตสาหกรรมยาในโรงพยาบาล ในชีวิตประจำวันและงานสังคมทั่ว ๆ ไป เป็นต้น ถึงแม้ว่าแอลกอฮอล์จะมีประโยชน์มาก แต่เมื่อนำมาผลิตเป็นสุราที่ใช้ดื่มแล้วก็จัดได้ว่าเป็นสิ่งเสพยาเสพติดที่ก่อให้เกิดโทษต่อสุขภาพของผู้ดื่ม ครอบครัวและสังคมเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสุราเป็นสิ่งที่เสพยาเสพติดที่กฎหมายและสังคมยอมรับ จึงทำให้ปัญหานี้ถูกละเลยและมองข้ามไป เป็นเหตุให้สถิติผู้ดื่มสุราเพิ่มขึ้นทุกปีพร้อม ๆ กับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคพิษสุรา และผลกระทบทางสังคม เช่น อุบัติเหตุคดีผิดทางเพศ คดีอาชญากรรมและอื่น ๆ ก็สูงขึ้นไปด้วย

สุรามาจากภาษาบาลีและสันสกฤต แปลว่า เหล้าหรือน้ำเมาที่กลั่นแล้วสุราทำมาจากพืชหรือผลไม้ที่มีแป้งหรือน้ำตาล โดยใช้การหมักหรืออาศัยการเปลี่ยนแปลงทางเคมีโดยเอนไซม์ของยีสต์ (Yeast) ชื่อไซเมส (Zymase) จะเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นแอลกอฮอล์และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ตามสูตรสมการเคมี ดังนี้

Zymase



แอลกอฮอล์ที่มีพิษน้อยที่สุดและนำมาใช้ดื่ม คือ เอทิลแอลกอฮอล์ หรือเอทานอล (Ethyl Alcohol or Ethanol) ซึ่งมีสูตรทางเคมี C_2H_5OH ส่วนเมทิลแอลกอฮอล์หรือเมทานอล (Methyl Alcohol or Methanol) ซึ่งมีสูตรทางเคมี CH_3OH ใช้สำหรับจุดไฟหรือผสมสี ถ้าใช้ดื่มจะทำให้ตาบอดหรืออาจถึงตายได้

สุรามีหลายชนิด โดยการเรียกชื่อแตกต่างกันไปตามวิธีการปรุงและผลิตตลอดจนความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่ผสมอยู่ด้วย ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 ชนิดของเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์จำแนกตามปริมาณแอลกอฮอล์และปริมาณความร้อน

ชนิดของเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์	ปริมาณแอลกอฮอล์ (หรือดีกรี)	ปริมาณความร้อน** (แคลอรี/สุรา 1 ลิตร)
ไซเดอร์	2° - 6°	112 - 336
เบียร์	4° - 8°	224 - 448
ไวน์	8° - 15°	448 - 840
วิสกี้หรือบรั่นดี	28° - 95°	1,568 - 5,320
รัม	45° - 50°	2,520 - 2,800
ลีเกอร์	20° - 65°	1,120 - 3,640
อาเปรีตีฟ	15° - 75°	840 - 4,200

หมายเหตุ *สุรา 1 หรือ 1 ดีกรี หมายถึง จำนวนแอลกอฮอล์ 8 กรัมที่อยู่ในสุรา 1 ลิตร

**แอลกอฮอล์ 1 กรัม ที่ถูกเผาผลาญในร่างกาย ให้พลังงานความร้อน 7 แคลอรี

ที่มา : สุปัทน์ อีร์เวชเจริญชัย. ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2532. หน้า 125

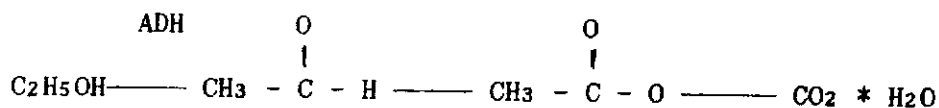
สำหรับสุราเถื่อน เช่น น้ำตาลเมา น้ำตาลขาว ไม่มีมาตรฐานและความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่แน่นอน

ถึงแม้ว่าแอลกอฮอล์จะให้พลังงานความร้อน แต่ก็ไม่มีสารอาหาร (Nutrient) อยู่เลย จึงไม่สามารถใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อร่างกายได้

สุราในแต่ละประเภทยังแบ่งออกเป็นหลายชนิด มีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไปตามวิถีการปรุงและผลิต ตลอดจนความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ผสมอยู่ ดังเช่น (กมลศักดิ์ ตั้งธรรมนิม. 2522 : 61 - 66)

1. บรั่นดี (Brandy) เป็นสุราที่ได้จากการกลั่นไวน์องุ่น แล้วจึงนำไปเก็บหมักในถังไม้เชอร์รี่ ก่อนจะนำออกบรรจุขวดขายจึงปรุงรสชาด นอกจากนี้บรั่นดียังมีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป เช่น คอนยัค กราฟฟา เมตาซา เป็นต้น
2. วิสกี้ (Whisky) เป็นสุราที่ได้จากการกลั่นสุราหมักจากข้าวต่าง ๆ เช่น ข้าวบาเลย์ ข้าวไรย์ ข้าวโอ๊ต ข้าวโพด ข้าวเหนียว เป็นต้น แล้วนำไปเก็บหมักในถังไม้โอ๊ค ก่อนจะนำออกบรรจุขวดขายจึงปรุงแต่งรสชาด นอกจากนี้วิสกี้ยังมีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป เช่น วิสกี้ไรย์ วิสกี้มอลต์ วิสกี้เบอร์เบิน เป็นต้น
3. รัม (Rum) เป็นสุราที่ได้จากการกลั่นสุราที่หมักจากน้ำอ้อย หรือน้ำตาล และน้ำเชื่อม
4. ยิน (Gin) เป็นสุราที่ได้จากการกลั่นคล้าย ๆ กับวิสกี้ แล้วนำสุราที่กลั่นได้ไปผสมกับเครื่องเทศ เช่น ผักชี ยี่ห่วย ว่านน้ำ ฯลฯ แล้วนำไปกลั่นซ้ำอีกครั้งหนึ่ง
5. วอดก้า (Vodka) เป็นสุราที่มีลักษณะคล้ายกับวิสกี้ โดยวิสกี้ที่กลั่นออกมาด้วยดีกรีต่ำแต่วอดก้ากลั่นออกมาด้วยดีกรีที่สูงกว่า
6. อาร์แรค หรือสุราขาว หรือสุราโรง เป็นสุราที่กลั่นมาจากสุราที่หมักจากกากน้ำตาล ข้าว น้ำตาลมะพร้าว น้ำตาลโตนด เป็นต้น
7. สุราดอกเหลต่าง ๆ ดอกเหลคือการนำเอาสุราหลายชนิดมาผสมกันตามสูตรซึ่งขึ้นอยู่กับรสนิยมของผู้ดื่ม
8. แชมเปญ (Champagne) เป็นสุราที่ได้จากการหมักองุ่น ซึ่งแชมเปญเป็นสุราองุ่นประเภทมีฟอง โดยมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ผสมอยู่คล้าย ๆ เบียร์
9. ไวน์และไซเดอร์ (Wine and Cyder) เป็นสุราที่ได้จากการหมักองุ่นหรือผลไม้อื่นอาจจะใช้องุ่นผสมกับผลไม้อื่นในการผลิตก็ได้ แต่สำหรับไวน์นั้นจะต้องใช้องุ่นในการหมักไม่ว่ากว่าร้อยละ 60 ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 60 ก็เรียกว่า ไซเดอร์
10. เบียร์ (Beer) เป็นสุราที่ได้จากการหมักมอลต์ของข้าวบาเลย์และบดให้ละเอียด แล้วนำไปต้มใส่ถึงหมักได้ที่ แล้วจึงเติมดอกฮอปและใส่เชื้อยีสต์ เบียร์แบ่งออกเป็น 4 ชนิดคือ แลเกอร์เบียร์ สเต้าก์เบียร์ และพอตเตอร์เบียร์
11. สุราหมักพื้นบ้าน เป็นสุราที่ได้จากการหมักวัตถุดิบข้าว ผลไม้ น้ำตาล ตัวอย่าง เช่น อุ กระแช่ สาโท น้ำตาลเมา เป็นต้น

เมื่อสุราเข้าสู่ร่างกาย แอลกอฮอล์ประมาณ 1 ใน 5 จะถูกดูดซึมผ่านผนังกระเพาะอาหาร และส่วนที่เหลือจะผ่านผนังลำไส้เข้าสู่หลอดเลือด เมื่อผ่านไปที่ตับ แอลกอฮอล์จำนวนประมาณร้อยละ 95 จะถูกนำย่อย ADH (Alcoholdehydrogenase) เปลี่ยนเป็นอะซีตัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) จากนั้นเปลี่ยนเป็นเกลือของกรดน้ำส้ม (Acetate) ซึ่งให้ประโยชน์เป็นพลังงานได้ แล้วกลายเป็นคาร์บอนไดออกไซด์กับน้ำ ส่วนแอลกอฮอล์ที่เหลืออีกประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์จะถูกขับออกจากร่างกายทางปอด ไต และต่อมเหงื่อ ซึ่งจะผลมออกไ้ในรูปแบบของลมหายใจและปัสสาวะ ดังปรากฏตามสูตร



Ethyl Alcohol Acetaldehyde Acetate

การเผาผลาญแอลกอฮอล์ที่ตับจะเป็นอัตราคงที่เสมอ ประมาณ 10 ลบ.ซม.ต่อชั่วโมง และโดยทั่วไปแอลกอฮอล์จะถูกขับออกจากร่างกายหมดภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนการที่ผู้ดื่มสุราจะมีเมามาหรือเร็วขึ้นขึ้นอยู่กับอัตราการดูดซึมแอลกอฮอล์เข้าสู่หลอดเลือดของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน และปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น ความเข้มข้นหรือคักรีสุรา ปริมาณและอัตราเร็ว การดื่มสภาพกระเพาะอาหารว่างหรือไม่ สภาพของร่างกายและความเคยชินสภาพอารมณ์และจิตใจตลอดจนสภาวะแวดล้อมในขณะที่ดื่มสุรา เป็นต้น

จากการทดลองเพื่อหาปริมาณแอลกอฮอล์ที่สามารถทำให้ผู้ดื่มมีอาการเมามาในลักษณะต่าง ๆ หรืออาจถึงแก่ความตายได้นั้น ผลปรากฏดังนี้

ตาราง 3 ปริมาณแอลกอฮอล์และอาการของผู้ดื่มสุรา

ปริมาณแอลกอฮอล์ (กรัม/เลือด 1,000 ลบ.ซม.)	อาการของผู้ดื่มสุรา
0.5 - 1 กรัม	ครึ้มอกครึ้มใจและว่องไว แต่ยังไม่ถึงกับเมา
1 กรัมขึ้นไป	เริ่มมีอาการมึน สมองเสื่อม นึกคิด หรือทำอะไรช้าลง
1 - 1.5 กรัม	เริ่มมีอาการเมา และควบคุมตัวเองได้ น้อยลง
1.5 - 2 กรัม	เมาอย่างมาก และควบคุมตัวเองได้ยากหรือ ไม่ได้เลย
2 - 4 กรัม	เมาอย่างหนัก จนถึงกับหลับหรือสลบหมดสติ
4 - 6 กรัม	ผู้ดื่มจะหมดสติ และเสียชีวิตได้

ที่มา : สุวัฒน์ อีรเวชเจริญชัย. ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2532. หน้า 126

ปัจจุบันได้มีผู้ประดิษฐ์เครื่องมือวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในหลอดเลือดที่ใช้กันทั่วไปเรียกว่า เครื่องไคมิเตอร์ (Drunkometer) โดยให้ผู้ถูกสงสัยว่าดื่มสุราหรือไม่ เป่าลมเข้าไปในลูกโป่ง แล้วจึงนำลูกโป่ง ไปตรวจสอบหาปริมาณแอลกอฮอล์อีกครั้งหนึ่ง เครื่องมือนี้ก็จะสามารถบอกปริมาณแอลกอฮอล์ในหลอดเลือดได้

พฤติกรรมการณ์ดื่มสุราของคนนั้น มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัยด้วยกันดังที่ สุวิทย์ รุ่งวิสัย (2521 : 120) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้คนดื่มสุราเอาไว้ 4 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ความอยากรู้อยากลอง ความอยากรู้อยากลองมักเกิดขึ้นกับเยาวชนซึ่งอยู่ระหว่าง 13 - 20 ปี คนที่อยู่ในวัยดังกล่าวมีความเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างรวดเร็ว จากวัยเด็ก กลายเป็นผู้ใหญ่ คนในวัยนี้เกิดความอยากรู้อยากเห็นทดลองในทุกสิ่งทุกอย่างมากกว่าวัยอื่น ๆ

และเมื่อได้ทดลองดื่มสุรา เนื่องจากอยากจะรู้ถึงรสชาติว่าเป็นอย่างไร และเมื่อดื่มเป็นระยะเวลานานเข้าก็เลยทำให้เกิดอาการติดสุรา

2. ดื่มเพื่อรักษาโรคภัยไข้เจ็บและความผิดหวัง มียาบางชนิดที่ต้องผสมกับสุราในระยะของการใช้ยา ก็จะเจริญอาหาร แต่เมื่อใช้ยาที่ผสมกับสุราเป็นระยะเวลานานก็จะเกิดการเสพติดขึ้นและต้องดื่มเป็นประจำ ร่างกายที่อ่อนแออยู่แล้วเมื่อติดสุราก็อาจมีโรคแทรกซ้อนอีกได้

นอกจากโรคทางกายแล้ว ความกลัดกลุ้มผิดหวัง ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนหันมาดื่มสุรา เพื่อให้ลืมความกลัดกลุ้มใจนั้น โดยไม่ทราบว่าการกระทำดังกล่าว ไม่สามารถแก้ปัญหาได้เลย มีแต่จะเพิ่มปัญหาให้มากขึ้น

3. ดื่มสุราเพื่อให้จิตใจเข้มแข็งหรือดื่มข่มใจ เพราะคนส่วนมากเชื่อว่าการดื่มสุราทำให้เกิดความกล้า การกระทำในลักษณะกล้านั้น ไม่ได้เกิดจากความเข้มแข็งของจิตใจแต่เกิดจากความมึนเมา พฤติกรรมที่แสดงออก ไม่ได้อยู่ในความควบคุมของสติสัมปชัญญะ จึงทำให้เกิดการกระทำต่าง ๆ โดยปราศจากความยั้งคิด ซึ่งนำไปสู่การกระทำผิดและความผิดส่วนมากมักเป็นการประทุษร้ายชีวิต ทำร้ายร่างกายและความผิดเกี่ยวกับเพศ เป็นต้น

4. ดื่มโดยเห็นว่าเป็นค่านิยมของสังคม ค่านิยม คือสิ่งที่คนส่วนมากยกย่องแสวงหาอยากมีอยากเป็น เช่น ความรู้ การมีทรัพย์ ตำแหน่ง การมีเกียรติ หรือความเป็นผู้ดี เป็นต้น ดังนั้นการดื่มสุรามีผู้เข้าใจกันว่าเป็นค่านิยมของสังคม ซึ่งพอจะแยกออกได้เป็น

4.1 เยาวชน ดื่มสุราโดยเข้าใจว่าสังคมของผู้ใหญ่ เขาทำกัน เนื่องจากตนเองมีร่างกายเป็นผู้ใหญ่แล้ว ก็อยากจะลอกเลียนแบบให้เหมือนกิจกรรมที่ผู้ใหญ่ทำกันก็เลยดื่มสุรา ถึงแม้จะเกิดความระคายเคืองในหลอดอาหาร เมื่อดื่มบ่อย ๆ ก็เลยติดสุรา

4.2 ผู้ใหญ่ ก็อยากลอกเลียนแบบสังคมชั้นสูง เพราะเข้าใจว่าสังคมผู้ดีชั้นสูงนั้นจะต้องมีการสังสรรค์กันด้วยการดื่มสุรา ถ้าไม่มีสุราสังสรรค์กันจะถือว่าเป็นสังคมผู้ดีไม่ได้ สุราเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งและเป็นอบายมุขอีกด้วย ดังนั้นการสังสรรค์ด้วยการดื่มสุราจึงไม่ใช่ลักษณะของสังคมผู้ดีเขาทำกัน

4.3 คนบางกลุ่มชอบทำตามวัฒนธรรมแบบชาวต่างประเทศ เมื่ออ่านเจอในตำรา เรื่องการจัดงานสังสรรค์ต่าง ๆ แต่ละงานมีวิธีผสมสุราแบบต่าง ๆ อยู่ด้วย ก็เลยเข้าใจว่าในสังคมของต่างประเทศนิยมใช้สุราเป็นเครื่องดื่ม จึงเอาอย่างบ้าง

4.4 ความเข้าใจผิด คิดว่าเป็นค่านิยมอย่างหนึ่ง คือการดื่มสุราแล้วทำให้สมองแจ่มใส เขียนภาพยนต์ กลอน หรือหนังสือได้ดี เช่น สุนทรภู่ หรือคนอื่น ๆ อันที่จริงแล้วบุคคลเหล่านี้เวลาที่แต่งหนังสือ ไม่ได้ดื่มสุรา

4.5 ตัวอย่างจากละครโทรทัศน์ และภาพยนตร์ ทำให้เกิดการลอกเลียนแบบ เพราะว่าการดื่มสุราเป็นสิ่งที่ดี และเป็นค่านิยมที่ถูกต้อง

ในเรื่องเดียวกันนี้ อรเพ็ญ นาควัชร (2525 : 66) ได้สรุปสาเหตุที่ทำให้บุคคลดื่มสุราเอาไว้ว่า

1. อยากทำตนเหมือนคนอื่น ๆ
2. เนื่องจากต้องการใช้สุราทำให้จิตใจเข้มแข็ง
3. เนื่องจากต้องการใช้สุราทำให้จิตใจร่าเริงแจ่มใส
4. เนื่องจากต้องการใช้สุราระงับอารมณ์วิตกกังวล หวาดกลัว เสียใจ โกรธ
5. เนื่องจากคิดว่าสุราทำให้ความคิดอ่านแจ่มใสขึ้น
6. เนื่องจากคิดว่าสุราเป็นเครื่องแสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่

จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นั้น ส่วนใหญ่เนื่องมาจากตัวของบุคคลเอง ซึ่งได้แก่สภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม

การดื่มสุราทำให้เกิดผลเสีย ดังนี้

1. ทางด้านศาสนา ศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม ห้ามการดื่มสุรา เพราะถือว่าเป็นอบายมุข และบ่อเกิดแห่งความชั่วทั้งหลาย สำหรับศาสนาคริสต์ ถือว่าการดื่มสุราจนเมามากทำให้เสียสุขภาพ เป็นบาป เพราะทำลายร่างกายที่พระเจ้าสร้าง และยังเป็นเหตุให้ทำชั่วอื่น ๆ อีกด้วย

2. ผลเสียทางเศรษฐกิจ

2.1 ผู้ที่ดื่มสุราและครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการซื้อสุราทั้งดื่มส่วนตัว และใช้รับแขก จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2517 ประชาชนได้จ่ายเงินซื้อสุราถึง 6 พันล้านบาท และได้เพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี จนไม่ต่ำกว่าหมื่นล้านบาทในปัจจุบันซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงมาก นอกจากนี้ยังต้องเสียค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจากการติดสุราอีกด้วย

2.2 ทำให้เสียเวลาในการทำงาน นอกจากนั้นแรงงานและความสามารถในการทำงานก็ลดลงด้วย

2.3 การสั่งสุราจากต่างประเทศเข้ามา ทำให้เสียเศรษฐกิจของประเทศ

3. ผลเสียทางสังคม การดื่มสุราจนเมเมาเป็นสาเหตุนำมาซึ่งความแตกร้างในครอบครัว อุบัติเหตุ ความผิดทางเพศ และคดีอาชญากรรม เป็นต้น

4. ผลเสียทางสุขภาพ การดื่มสุราจำนวนมากหรือความเข้มข้นสูง จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคตับแข็ง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคเหน็บชา โรคหัวใจ โรคเลือดจาง โรคติดเชื้อต่าง ๆ และโรคพิษสุรา เป็นต้น

สุราทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

1. ระบบทางเดินอาหาร

1.1 กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก แอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดและน้ำย่อยในกระเพาะออกมามากขึ้น ซึ่งช่วยให้เจริญอาหาร แต่ถ้าแอลกอฮอล์มีปริมาณมากและความเข้มข้นสูง จะเป็นเหตุให้มีการระคายเคือง และเกิดการอักเสบของเยื่อกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก เมื่อเกิดการอักเสบเรื้อรังก็ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง ซึ่งเป็นผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและวิตามินหลายชนิด เช่น วิตามินบีหนึ่ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้กระเพาะอาหารเป็นแผล เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น ตลอดจนมีอาการท้องอืด ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก เบื่ออาหาร และอาจอาเจียนเป็นเลือดได้

1.2 ตับอ่อน แอลกอฮอล์มีผลทำให้หน้าย่อยของตับอ่อนเพิ่มขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดการอุดตันของท่อในตับอ่อน เป็นเหตุให้น้ำย่อยที่เพิ่มขึ้นนี้ไม่สามารถออกไปได้ จึงเป็นต้นเหตุให้ตับอ่อนอักเสบ ซึ่งจะมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่หรือระดับสะดือมาก คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ขึ้นสูง อาจช็อคและตายได้

1.3 ตับ ตับเป็นอวัยวะสำคัญในการเผาผลาญหรือทำลายพิษของแอลกอฮอล์ขณะที่เดียวกันแอลกอฮอล์ก็จะทำให้มีไขมันแทรกอยู่ในตับมากขึ้น เป็นเหตุให้เซลล์ของตับตายแล้วเกิดแผลเป็น มีพังคืดบาง ๆ เกิดขึ้นในบริเวณนั้น ถ้าเกิดตับอักเสบร่วมด้วยจะมีการทำลายเซลล์มากขึ้น ในที่สุดก็จะกลายเป็นตับแข็ง และอาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งที่ตับได้ ผู้ที่ตับอักเสบจากพิษสุราจะมีอาการไข้สูง คีซ่าน เจ็บปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตับโตและอาจเสียชีวิตได้

2. ระบบเมตาบอลิกและต่อมไร้ท่อ

แอลกอฮอล์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จนถึงกับทำให้หมดสติและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เนื่องจากแอลกอฮอล์สักระกั้นการสร้างน้ำตาลกลูโคสจากไกลโคเจนในตับ

ในทางตรงกันข้าม แอลกอฮอล์สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น หรือมีอาการของ เบาหวานได้ เนื่องจากการทำลายเซลล์ของตับอ่อน ซึ่งสร้างอินซูลิน (Insulin) ให้แก่ ร่างกาย

แอลกอฮอล์ทำให้กรดแลคติก (Lactic) ในเลือดสูงขึ้นเป็นเหตุให้การขับถ่าย กรดยูริกทางไตน้อยลง ระดับกรดยูริกในเลือดจึงสูงขึ้นและตกตะกอนในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบ เช่น เกิดการอักเสบในข้อเท้า และข้ออักเสบ ตลอดจนถึงข้ออักเสบที่เรียกว่า เกาต์ (Gout) เป็นต้น นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นการหลั่งของเลือดที่ไต และสกัดกั้น การหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone) จากต่อมหมวกไต ซึ่งเป็น ฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เก็บน้ำไว้ในร่างกาย เป็นเหตุให้มีการถ่ายปัสสาวะเพิ่มขึ้นจากปกติ

3. ระบบประสาทส่วนกลาง

แอลกอฮอล์จะไปกดการทำงานของสมอง ทำให้เกิดผลต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ผลต่อความรู้สึกและการรับรู้ แอลกอฮอล์ทำให้ความไวต่อกลิ่นและรสลดลง หูอื้อ ตาพร่า ความสามารถในการแยกความเข้มของแสงลดลง โดยเฉพาะแสงสีแดง การคาดคะเนความเร็วและระยะทางของวัตถุต่ำกว่าความเป็นจริง เป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ ได้ง่าย นอกจากนี้ความไวต่อการเจ็บปวดก็น้อยลง เพราะสุรามีฤทธิ์เหมือนยาชาลบ

3.2 ผลต่อกลไกการเคลื่อนไหว แอลกอฮอล์ทำให้ปลายประสาทเกิดการอักเสบ เป็นเหตุให้กล้ามเนื้ออ่อนกำลังลงและทำงานไม่ประสานกัน ผู้ดื่มสุราจึงพูดไม่ชัดเจนเหมือนคนลิ้น ใกล้เคียง ยืนโอนเอนไปมา เดินไม่ตรงทางหรือบางครั้งถึงกับเดินไม่ได้เพราะเกิดเป็นตะคริวบ่อย ๆ มีอาการชาตามปลายมือและปลายเท้า ทั้งนี้ก็เพราะการขาดวิตามินบีที่หนึ่งนั่นเอง

3.3 ผลต่ออารมณ์ แอลกอฮอล์ทำให้ขาดความยับยั้งในการพูดและการแสดงออก ผู้ที่ดื่มสุราจึงมักจะพูดจา ไม่สุภาพ กิริยาก้าวร้าว กล้าและยอมรับ การเสี่ยงมากขึ้น มีอารมณ์เคลิ้ม ผัน การตัดสินใจและปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง ตลอดจนประสาทรับความรู้สึกและสติปัญญาเสื่อมลง จากการศึกษาของ เออเกนส์ เจนเซน (Irgens - Jensen) ในปี ค.ศ. 1971 พบว่า ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุราจะวาดภาพได้ไม่สมบูรณ์ และเป็นภาพที่ขึ้นาเกี่ยวกับเรื่องเพศมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา นอกจากนี้ เฮเธริงตัน และ เวร (Hetherington and Wray) ในปี ค.ศ. 1971 พบว่า ผู้ที่ดื่มสุราเล็กน้อยจะมีอารมณ์ขันต่อภาพการ์ตูนมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มและจะประทับใจต่อภาพ การ์ตูนที่แสดงอารมณ์ก้าวร้าวมากกว่าภาพที่แสดงอารมณ์ขันโดยทั่วไป

3.4 ผลต่อความรู้สึกทางเพศ แอลกอฮอล์จะทำให้ผู้ดื่มมีความรู้จักรับผิดชอบต่อสาธารณชนน้อยลง ความรู้สึกอยากแสดงความรักมีมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นบางคนยังดูเหมือนว่ามีความสามารถต่อกิจกรรมทางเพศภายหลังการดื่มเท่านั้น ข้อสังเกตนี้เป็นอันตรายต่อการสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า แอลกอฮอล์ส่งเสริมหรือช่วยปรับปรุงกิจกรรมทางเพศ ข้อเท็จจริงก็คือแอลกอฮอล์กระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศ แต่ก็เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นอกจากนั้นผู้ดื่มสุรามากจะทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง ส่วนผู้ที่ติดสุราจะมีความบกพร่องและไร้สมรรถภาพทางเพศ ผู้มีประวัติเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง จะชราภาพและต่อมเพศเสื่อมก่อนเวลาอันสมควรตลอดจนเพิ่มปัญหาทางเพศแก่คู่ชีวิตอีกด้วย

3.5 ผลต่อการนอนหลับ ผู้ที่ดื่มอย่างหนักมาแล้ว เมื่อเข้านอนจะนอนหลุกหลิกงอแงไปมาเป็นพัก ๆ และตื่นขึ้นมาตอนเช้าด้วยอาการปวดศีรษะอ่อนเพลียมาก

นอกจากแอลกอฮอล์จะไปกดสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความรู้สึก การรับรู้ กลไกการเคลื่อนไหวและอารมณ์ ซึ่งเป็นผลให้เกิดอุบัติเหตุเหตุต่าง ๆ และการทำผิดกฎหมายสูงขึ้นแล้ว แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดอาการอักเสบและบวมที่เยื่อหุ้มสมองและที่เนื้อสมองเองอีกด้วย

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

แอลกอฮอล์ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจต่ำลง เนื่องจากการสะสมไขมันและสารที่สำคัญ เช่น นอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) แมกนีเซียม (Magnesium) แคลเซียม (Calcium) และ เอนไซม์ (Enzymes) ต่าง ๆ นอกจากนี้ในผู้ที่ดื่มสุราจัดเป็นเวลานาน จะพบโรคหัวใจที่เกิดจากพิษสุรา (Alcoholic Cardiomyopathy) โดยมีอาการหายใจลำบาก ใจสั่น ไอ หัวใจโต และต้นนิคปกติ หัวใจเสื่อมลงและเกิดภาวะหัวใจวายได้ คือทำให้เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ท้องบวม เท้าบวมทั้งสองข้าง

แอลกอฮอล์ทำให้หลอดเลือดขยาย ความดันเลือดสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น แต่การไหลเวียนของเลือดจะเกิดการขัดข้องได้ง่าย เพราะเลือดไม่สามารถผ่านตัวได้สะดวก เนื่องจากตัวแข็ง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดโรคเลือดจางเนื่องจากการทำงานของไขกระดูก ซึ่งมีหน้าที่สร้างเม็ดเลือดเสียไป

5. ระบบการต่อต้านจุลชีพ

แอลกอฮอล์ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง เป็นเหตุให้ผู้ดื่มสุรามีโอกาสเป็นโรคปอดบวมหรือติดเชื้ออื่น ๆ ได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม แพทย์ผู้รักษาโรคหนองในจึงมักแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างการรักษา

ผู้ดื่มสุรา มักจะก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ดังที่ สุวัทนา อารีพรรค (2524 : 432) ได้รวบรวมไว้มีดังนี้

1. อุบัติเหตุ (Accidents)

สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการจราจร ได้แก่ การแข่งรถในที่คับขัน ขับรถเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนดตามหลังรถอื่นกระชั้นชิด ผู้ขับขีเมาสุรา ผู้ขับขีหลับใน ผนตก ถนนลื่น ฝ่าฝืนสัญญาณ ฯลฯ

รายงานในต่างประเทศต่างก็รายงานสอดคล้องกันว่า การบริโภคสุราเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการเกิดอุบัติเหตุในถนน ในปี ค.ศ. 1983 ในสหรัฐอเมริกา จำนวนคนตายกลุ่มอายุ 16 - 24 ปี จากอุบัติเหตุรถยนต์ร้อยละ 38 ดื่มสุราในขณะที่กลุ่มอายุอื่น ๆ มีจำนวนร้อยละ 26 เท่านั้น การดื่มสุราอาจร่วมกับปัจจัยลักษณะบุคลิกภาพของผู้ดื่มสุราที่ขับที่รุดด้วย เช่น ลักษณะก้าวร้าว (Aggressive) หรือ ทุรนทุราย โผงผาง (Impulsive) และพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ขับขียานพาหนะในถนนที่เกิดอุบัติเหตุมีปริมาณแอลกอฮอล์สูงเกินกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้

2. ปัญหาพฤติกรรมทางเพศ

การดื่มสุราทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศตามมาโดยเฉพาะในเยาวชนกล่าวคือมีการกระทำกิจกรรมทางเพศโดยมิได้วางแผนอนาคต

การที่บิดาติดสุราหรือติดยา เป็นปัจจัยที่เสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาเพศ (Sexual Abuse) ในครอบครัวโดยเฉพาะในเด็ก ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิตของเด็กในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอารมณ์ ด้านชีวิตเพศบุคลิกภาพ และด้านการอบรมเลี้ยงดูบุตรเมื่อตนเองเติบโตขึ้นและเป็นมารดา

3. ความผิดปกติของทารก

หญิงมีครรภ์ที่ติดสุราจะเสี่ยงต่อการแท้ง การให้กำเนิดทารกน้ำหนักแรกคลอดต่ำ เกิดปัญหาความบกพร่องทางร่างกายและปัญญาอ่อน หญิงที่ดื่มสุราประจำจะเสี่ยงต่อการเกิด พิธอลแอลกอฮอล์ ซินโดรม (Fetal Alcohol Syndrome) ร้อยละ 33 และทารกที่เกิดมาจะเสี่ยงต่อการเกิดปัญญาอ่อนถึงร้อยละ 50

4. อาชญากรรม

รายงานต่างประเทศหลายรายงานแสดงให้เห็นว่า ผู้ติดสุราจะประกอบ อาชญากรรมซ้ำ ๆ (Recidivism) มากกว่าผู้ที่ไม่ติดสุรา และผู้กระทำการฆาตกรรมที่จับกุมได้ ร้อยละ 43 - 100 ตรวจพบมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

5. ปัญหาการทำร้ายร่างกายในครอบครัว

รายงานต่างประเทศหลายแห่งแสดงให้เห็นตรงกันว่า ผู้ที่ติดสุราจะทำร้ายร่างกาย บุตรภรรยา โดยเฉพาะการทุบตีภรรยา ซึ่งในประเทศไทย ข้อมูลจากจิตแพทย์ฝ่ายรักษาหลายคน พบสอดคล้องกันจากประสบการณ์ที่รักษาผู้ป่วยติดสุรา ถึงแม้จะมีได้รายงานไว้

6. ปัญหาการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายพบบ่อยในคนที่ติดสุรา ซึ่งส่วนใหญ่ของคนพวกนี้ จะมีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมอยู่ด้วย และมักจะฆ่าตัวตายหลังจากที่ดื่มจัดมาหลายสัปดาห์และหลังจาก การพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ บุคคลพวกนี้จะมีอาการเศร้า รู้สึกผิดหรือรู้สึกละอายน้อยลง จากการศึกษาของ บาร์ร่า ไคลก์ (Barra Clough) และคณะ ในปี ค.ศ. 1974 พบว่าร้อยละ 80 ของคนกลุ่มนี้จะดื่มจัดจนกระทั่งเกิดปัญหาทางร่างกาย จิตใจและหมดความสามารถทางสังคม ร้อยละ 93 จะมีการเปลี่ยนแปลงปริมาณการดื่มในระยะใกล้ ๆ กับการพยายามฆ่าตัวตาย คือดื่ม มากขึ้นหรือน้อยลง และร้อยละ 87 ดื่มจัดมานานระหว่าง 10 - 39 ปี

7. ปัญหาในครอบครัว

เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คนที่ติดสุรามัก จะมีการหย่าร้างและแยกกันอยู่สูง และแม้จะไม่หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ก็ไม่มีความสุขในชี วิตรอบครัว เนื่องจากสุขภาพจิตเสื่อม และปัญหาทางเศรษฐกิจ

8. ปัญหาเรื่องการทำงาน

ประสิทธิภาพการทำงานของคนที่ติดสุราจะต่ำลง เช่น การทำงานล่าช้า ไม่ละเอียด และผิดพลาดได้ง่าย ทั้งความรับผิดชอบในการทำงานลดลงด้วย ทำให้เป็นที่พึ่งได้ ของเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา เมื่อประสิทธิภาพในการทำงานลดลงเรื่อย ๆ อาจจะถูก ไล่ออกจากงานได้ด้วย

นอกจากนี้ในทางศาสนายังถือว่าการดื่มเครื่องดื่มที่ทำให้มึนเมาเป็นการประพฤติ ผิดข้อห้ามของศาสนา ดังในพระพุทธศาสนาได้บัญญัติไว้ในศีลห้า ข้อที่ 5 ว่า ห้ามดื่มเครื่องดื่ม ของเมา และยังถือเป็นอภัยมุขที่พึงหลีกเลี่ยงอีกด้วย ในศาสนาคริสต์ก็ถือว่าการดื่มสุราจนเมเมาเป็น

เสียสุขภาพเป็นบาป เพราะเป็นการทำลายร่างกายที่พระเจ้าประทานมาให้และเป็นเหตุให้ทำกรรมชั่วอื่น ๆ อีกด้วย ในศาสนาอิสลามตามคัมภีร์กูรอ่านท่านบีได้กล่าวไว้ว่า "ท่านทั้งหลายจงหลีกเลี่ยงจากสุรา เพราะมันเป็นบ่อเกิดแห่งความชั่วช้าทั้งหลาย" (อรเฟอู นาควัชร. 2525 : 62)

ปัญหาทางเศรษฐกิจ การติดสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จำเป็นจะต้องใช้ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นค่าเครื่องดื่มส่วนหนึ่งและเพื่อการรักษาบำบัดผู้ติดสุรา ซึ่งเป็นการสูญเสียเงินตราของรัฐโดยไม่จำเป็น

ในส่วนบุคคล การสูญเสียทางเศรษฐกิจที่สำคัญคือจะต้องสูญเสียเงินเพื่อซื้อสุราดื่ม และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องเสียค่าโรงพยาบาล ค่าการรักษาพยาบาล ซึ่งทำให้ครอบครัวได้รับความเดือดร้อนและใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น และถ้าผู้ดื่มสุราเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมาจะทำให้ไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวซึ่งเป็นเหตุให้สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวลดต่ำลง

ปัญหาทางสุขภาพ เนื่องจากสุราเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ดังนั้นสุราจึงก่อให้เกิดโทษต่อสุขภาพของผู้ดื่มเอง และนอกจากนี้การดื่มสุรายังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจปัญหาทางด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สุรามีโทษต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยสุรุมทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

การติดสุรา คือสภาวะทางจิตใจซึ่งมักจะร่วมกับร่างกาย อันเป็นผลมาจากการดื่มสุรา โดยแสดงลักษณะทางพฤติกรรม หรือการตอบสนองบางอย่าง ได้แก่ การอยากดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ หรือในช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อให้จิตใจสบายและบางทีเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายกายจากการที่ไม่ได้ดื่มด้วย อาจมีการเพิ่มจำนวนสุราที่ดื่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือไม่เพิ่มก็ได้

การดื่มสุราจัดเป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดปัญหาร้ายแรงแก่สุขภาพ สังคมครอบครัว อาชีพ หรือกฎหมายของผู้ดื่ม ซึ่งเป็นสภาวะที่รักษายากหรือรักษาไม่ค่อยหาย มักเลวลงเรื่อย ๆ เรื่อย ๆ และเป็นแล้วเป็นอีก เราเรียกสภาวะนี้ว่า สภาวะเป็นพิษจากสุรา (Alcoholism)

อัตราการดื่มสุราเองประชากรนั้นกับวัฒนธรรมของแต่ละชาติ ชาวยุโรปโดยเฉพาะฝรั่งเศสและอิตาลีนิยมดื่มสุรา (เหล้าองุ่น) แทนน้ำ และชาวอเมริกันกว่าครึ่งหนึ่งดื่มสุรา แต่ในวัฒนธรรมตะวันออกดื่มน้อยกว่า ทั้งยังขึ้นกับศาสนา เช่น ชาวยิวซึ่งนับถือศาสนาฮีบรูดื่มน้อยกว่าพวกแบปติสต์ (Baptists) และศาสนาอิสลามห้ามดื่มสุรา เด็ดขาดถ้าฝ่าฝืนก็มีการลงโทษผู้ดื่มสุราในที่สาธารณะ เพื่อประจานด้วย นอกจากนี้ยังขึ้นกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนภูมิภาคนั้น เช่น เพศชายมีอัตราการดื่มมากกว่าเพศหญิงสัดส่วนประมาณ 5 : 1 อายุที่ดื่มกันมากคือ ระหว่าง 30 - 35 ปี มักเป็นคนที่ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมและการศึกษาสูง และเป็นคนที่อยู่ในเมืองใหญ่มากกว่าชนบทและเมืองเล็ก

อัตราการดื่มสุราตามปกติ (Normal Drinking) ดื่มหนัก ซึ่งหมายถึงดื่มเกือบทุกวันและเมาหลายครั้งใน 1 เดือน และการติดสุรา มักจะไปด้วยกัน เช่น เพศชายมีอัตราการดื่มสุรามากกว่าเพศหญิง และอัตราการดื่มหนักก็มากกว่าด้วย ชาวตะวันออกซึ่งดื่มสุราน้อยกว่าชาวอเมริกันและชาวยุโรป ก็ติดสุราน้อยกว่า อย่างไรก็ตามไม่เป็นเช่นนั้นเสมอไป ตัวอย่างเช่น คนที่ดื่มสุรามักเป็นคนที่ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมและการศึกษาสูง แต่คนที่ดื่มหนักกลับเป็นพวกที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำและระดับการศึกษาต่ำ

อันที่จริงแล้วการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการติดสุราในแต่ละประเทศ ยังทำกันไม่เพียงพอทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะยัง ไม่ได้ตกลงกันแน่นอนถึงนิยามของโรคนี้ ในอเมริกาและยุโรปคาดว่ามีความร้อยละ 3 - 5 ของผู้ชาย และร้อยละ 0.1 - 1 ในผู้หญิง ในบางประเทศคาดคะเนอัตราการติดสุราตามอัตราการเป็นโรคตับแข็ง และตามอัตราเข้ารับการรักษาดูในโรงพยาบาลโรคจิตด้วยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ประเทศฝรั่งเศสมีอัตราการป่วยด้วยโรคตับแข็งสูงที่สุดในโลก และประเทศอิตาลีก็มีอัตราการอง ๆ ลงมาจึงคาดว่าประเทศฝรั่งเศสและอิตาลีการติดสุราสูงมาก

ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นเรื่องเป็นราวเกี่ยวกับอาชีพการติดสุรา แต่จากการเกิดโรคตับแข็งน่าจะแสดงว่าบุคคลบางอาชีพ เช่น นักผสมเหล้า นักดนตรี และนักเขียนติดสุรามากกว่าคนอื่น

สาเหตุที่ทำให้คิดสูรามีอยู่หลายประการ ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors) แพทย์หลายท่านเชื่อว่าร่างกายมีส่วนที่ทำให้คนเราคิดสูราได้ง่ายกว่ากัน ทีมหาวิทยาลัยนิวเซาท์เวลส์ในออสเตรเลียได้มีการศึกษาพบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคคิดสูรา จะมีระดับของสารอย่างหนึ่งในเลือดชื่อว่า ลิเวอร์ อัลกอฮอล์ ไฮโดรจีเนส (Liver Alcohol Hydrogenase) สูงกว่าในคนธรรมดาแพทย์หลายคนเชื่อว่าผู้ที่ เป็นโรคคิดสูราเพราะตนเองแพ้ต่ออัลกอฮอล์ ทำให้มีอาการถูกกระตุ้นได้ง่าย (Sensitive) ต่อสูราที่ดื่มเข้าไป
2. ปัจจัยทางสังคม (Social Factors) มีผู้กล่าวเสมอว่าสูราต้องมีอะไรคืออยู่ บ้างคนถึงใช้มาดื่มกันเกือบ 5000 ปีแล้ว ความเชื่อถือในวัฒนธรรมที่แตกต่างออกไป เช่น บางชาติถือว่าเป็นการดื่มสูราเป็นของธรรมดาที่ทุกคนควรจะดื่ม แต่บางชนก็สนับสนุนให้เด็กที่เพิ่ง เติบโตหัดดื่มสูรา บางคนได้ใช้สูราเป็นเครื่องช่วยให้อิ่มความกล้า ตัดความประหม่าออกหรือ สร้างความมั่นใจให้แก่ตนเอง
3. ปัจจัยทางด้านการทดลอง (Experimental Factors) ผู้ที่เคยดื่มสูรามาแล้ว พบว่าเป็นสิ่งที่สามารถจะช่วยทำให้หายความตึงเครียด ช่วยให้ผ่อนคลาย หรือให้สบายใจขึ้นได้ บางครั้งจึงใช้ดื่มเป็นประจำ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ

มิลตัน (Milton. 1982 : 3760) ได้ศึกษาถึงเจตคติต่อการดื่มสูราและความตั้งใจ ในการดื่มสูราของคนที่เป็นโรคพิษสูราเรื้อรังที่มารับการรักษา โดยผลการวิจัยพบว่า ไม่มีตัวแปร ภายนอก เช่น เพศ สถานภาพสมรส อายุที่เริ่มดื่ม มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสูรา

เมอร์ริค (Merrick. 1986 : 2941 - A - 2942 - A) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดื่มสูรา เจตคติและความรู้ในการดื่มสูราของนิสิตใหม่ มหาวิทยาลัยเวอร์จิเนีย จำนวน 525 คน พบว่า วิถีชีวิตการเอาอย่างและบิดามารดามีอิทธิพลต่อรูปแบบ การใช้สูรา

โคนิคเบอรี่ และคนอื่น ๆ (Koenigsbery and others. 1985 : 207 - 212) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการและบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งถือตามหลักเกณฑ์ของ ดีเอสเอ็ม ที่ 3 (DSM III : American Medico -Psychological Association) ในผู้ป่วย 2,462 ราย พบว่าบุคลิกภาพผิดปกติมักพบร่วมกับพวกที่ติดยาเสพติด พบร่วมกับบุคลิกภาพ ผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม (Antisocial) โรคจิตเภททางจิตและอารมณ์แปรปรวน ไม่น้อยพบมี บุคลิกภาพผิดปกติ

เวียนการ์ด (Weingard. 1972) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาโรคพิษสุราในโรงงาน อุตสาหกรรมในสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 5 ของผู้ใช้แรงงานประมาณ 6,500,000 คน เป็นโรคพิษสุราทำให้สูญเสียเศรษฐกิจคิดเป็นเงินแล้วประมาณ 6 - 8 พันล้านดอลลาร์ต่อปี และพบว่า เป็นชายมากกว่าหญิง และมีอายุมากกว่าคนงานอื่น ๆ

แวง และคนอื่น ๆ (Wang and others. 1987 : 209) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ สุรากับโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจในสหรัฐอเมริกา พบว่า ในกลุ่มของผู้สูงอายุ 28 คน ที่มีปัญหา เกี่ยวกับโรคหัวใจ ครึ่งหนึ่งพบว่ามันียชอบดื่มสุราร้อยอย่างหนัก และในกลุ่มนี้มี 3 คน ที่เกิดภาวะ หัวใจล้มเหลว

การวิจัยในประเทศ

มุกดา วัฒนากุล (2519 : 44 - 45) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้ติดสุราและผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในการไฟฟ้านครหลวง โดยสุ่มตัวอย่างพนักงานที่เคยติดสุราหรือป่วยเป็นโรคพิษสุรา เรื้อรัง 118 ราย ศึกษาเฉพาะกรณี 5 ราย และทัศนคติของผู้บังคับบัญชา 35 ราย พบว่า

1. สาเหตุที่ทำให้ดื่มสุรา เกิดจากนิสัยส่วนบุคคล มีปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และการทำงาน และภาวะจิตใจอ่อนแอ
2. พนักงานส่วนใหญ่เห็นว่าการดื่มสุราทำให้มีเพื่อนมาก เข้าสังคมได้ดี สัมทุกข์ได้แต่ ถ้าดื่มบ่อย ๆ ในปริมาณที่มากเกินไปทำให้ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังและเปลืองเงิน
3. พนักงานเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุเฉลี่ย 22 ปี เพราะถูกชักชวน อยากลองต่อมาดื่ม เพราะต้องการดื่ม ด้วยความเคยชินหรือปฏิเสธคำชักชวนของเพื่อนไม่ได้ ส่วนใหญ่มักดื่มกับเพื่อน ญาติและพี่น้อง
4. ผู้บังคับบัญชามีความเห็นต่อการดื่มสุราของพนักงานว่า สาเหตุการติดสุรามานจาก นิสัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ปัญหาครอบครัวและที่ทำงาน

5. จากการศึกษาเฉพาะกรณีพบว่า พนักงานติดสุราเนื่องจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กมี ปัญหาครอบครัว หนี้สินและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งทำให้สุขภาพอ่อนแอ ภายในครอบครัวไม่มีความสุข การทำงานหย่อนสมรรถภาพ

อัปสร เตียวยตระกูลวัฒน์ (2522 : 129) ได้ศึกษาเจตคติที่มีต่อยาเสพติด และบรรทัดฐาน กลุ่มอ้างอิงของนักศึกษาวิทยาลัยครู ซึ่งผลการวิจัยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ดังนี้

1. นักศึกษาที่เคยดื่มสุรามีเจตคติที่ดีต่อการดื่มสุรา และมีแนวโน้มที่จะทำตามความคาดหวัง หรือการชักจูงของบุคคลอื่นง่ายกว่านักศึกษาที่ไม่เคยดื่มสุรา
2. อายุ เพศ ลักษณะที่อยู่อาศัย ระดับผลการเรียน ระดับการศึกษาของมารดา พฤติกรรมของเพื่อนสนิท และตัวนักศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาที่เคยดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในช่วงอายุ 22 ปี พักอยู่บ้านเช่าวัดหรือกับบุคคลอื่น ๆ นักศึกษาที่เคยดื่มสุรามักมีผลการเรียนต่ำ มารดาจบการศึกษาระดับต้นและมีเพื่อนสนิทที่เคยดื่มสุรา
3. ระดับการศึกษาของบิดา พฤติกรรมการดื่มสุราของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษา

สมพร บุชราทิจ และคนอื่น ๆ (2533 : 148 - 157) ได้ศึกษาลักษณะการดื่มสุราของคนไทย โดยสุ่มตัวอย่างจากประชากรตำบลศิริราช และบ้านข้างหล่อ อำเภอบางกอกน้อย จำนวน 400 คน ชาย 200 คน หญิง 200 คน พบว่า

1. ผู้หญิงที่เป็นลูกคนกลางมีแนวโน้มที่จะดื่มสุรามากกว่าผู้หญิงที่เป็นลูกคนโต ลูกคนสุดท้อง หรือลูกคนเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ชายไม่มีความแตกต่างกัน
2. ผู้หญิงดื่มบ้างเป็นครั้งคราว เพื่อสังคมเช่นเดียวกับผู้ชาย แต่ผู้หญิงที่ดื่มจนเป็นปัญหานั้นมีน้อยกว่าประมาณร้อยละ 1.25
3. คนไทยเริ่มดื่มสุราเมื่ออายุประมาณ 20 ปี แต่จะเริ่มปรากฏว่าการดื่มเป็นพิษเมื่ออายุมากกว่า 35 ปีแล้ว
4. มีผู้ดื่มสุราบ่อย ดื่มจัดและติดสุราร้อยละ 12.5 ของคนที่อายุ 20 ปีขึ้นไปเป็นชายร้อยละ 9 เป็นหญิงร้อยละ 3.5

ยุพา ชูสิทธิ์สกุล (2527 : 59 - 63) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการดื่มสุรากับพฤติกรรมการดื่มสุรารของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา ผลการวิจัยพบว่า

1. ความตั้งใจในการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรารของนักศึกษา โดยพบว่านักศึกษาที่มีความตั้งใจในการดื่มสุรารสูง จะมีแนวโน้มพฤติกรรมการดื่มสุรารสูง
2. เจตคติต่อการดื่มสุรากับพฤติกรรมการดื่มสุราร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่านักศึกษาที่มีเจตคติที่ดีต่อการดื่มสุราร มีแนวโน้มที่จะประกอบพฤติกรรมการดื่มสุรารมากขึ้น
3. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงกับพฤติกรรมการดื่มสุรารมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่านักศึกษาที่ดื่มสุรารมักมีเพื่อนสนิทที่ดื่มสุรารด้วย
4. ระดับชั้นการศึกษา พฤติกรรมการดื่มสุรารของกลุ่มเพื่อนสนิท พฤติกรรมการดื่มสุรารก่อนเข้าศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษารปีที่สอง มีจำนวนผู้ดื่มสุรารมากกว่านักศึกษารปีที่หนึ่ง และนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรารมักจะมีเพื่อนสนิทที่ดื่มสุรารด้วย และมีพฤติกรรมการดื่มสุรารก่อนวัยเข้าศึกษา
5. ระดับผลการเรียน รายได้ที่ได้รับขณะศึกษา ลักษณะที่พักอาศัยในขณะที่ศึกษา และพฤติกรรมการดื่มสุรารของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรารของนักศึกษา

ต่อศักดิ์ ธรรมวงศ์ (2531 : 60 - 62) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรารของอาจารย์วิทยาลัยพลศึกษา โดยใช้ประชากรเป็นอาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาทั่วประเทศ สุ่มเอามา 8 แห่ง เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 239 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดื่มสุรารไม่แตกต่างกัน
2. อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดื่มสุรารไม่แตกต่างกัน
3. อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาที่มีระดับเงินเดือนแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดื่มสุรารไม่แตกต่างกัน
4. อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาที่มีภาระทางครอบครัวแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดื่มสุรารไม่แตกต่างกัน
5. อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาที่มีภูมิลำเนาที่ทำงานแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดื่มสุรารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าอาจารย์ที่ทำงานในภาคกลาง มีพฤติกรรมการดื่มสุรารต่ำกว่าอาจารย์ที่อยู่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

6. อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาที่มีตำแหน่งหน้าที่ในการทำงานแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า อาจารย์ที่ทำหน้าที่สอนในแผนกพลศึกษามีพฤติกรรมการดื่มสุราสูงกว่าอาจารย์ที่ทำหน้าที่สอนแผนกวิชาสุขศึกษาและอาจารย์ที่ทำหน้าที่อื่น ๆ
7. อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาที่มีประสบการณ์ในการทำงานแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ไม่แตกต่างกัน

ยนต์ ชุ่มจิต (2520) ได้ศึกษาสภาพปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของครูอาจารย์ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตการศึกษา 5 พบว่า

1. สุขภาพจิตของครู อาจารย์ชายและหญิง มีลักษณะปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามีลักษณะปัญหาที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมาก ครูอาจารย์ชายและหญิง มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนได้ดีพอ ๆ กัน
2. ครูอาจารย์ในกลุ่มอายุน้อยและมาก มีลักษณะปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าครูอาจารย์ที่มีระดับอายุต่างกัน มีลักษณะปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตคล้ายคลึงกัน สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงและสิ่งต่าง ๆ ได้ดีพอ ๆ กัน

วรรัตน์ ว่องอภิวัดกุล (2525 : 67) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาในโรงพยาบาล พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะปานกลางและสูง จึงทำให้สามารถเลี้ยงดูผู้ป่วยได้ จึงทำให้ไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำเร็วขึ้น

เบงกช เขียวชาญยนต์ และคนอื่น ๆ (2535 : 49) ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะด้านประชากรภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศทำให้บริการแก่ชาวต่างชาติ จังหวัดสงขลา พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด สาเหตุของความเครียดเกิดจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน ได้แก่ สาเหตุจากบุคคล สาเหตุจากเศรษฐกิจ สาเหตุจากสัมพันธภาพ หรืออาชีพการงาน รวมทั้งปัจจัยภายในของบุคคลและกลไกป้องกันทางจิตของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทั้งต่างประเทศ และในประเทศ ทำให้ผู้วิจัยได้แนวความคิดสำหรับการตั้งสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. เพศกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน
2. อายุกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน
3. สถานภาพสมรสกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน
4. สถานภาพทางเศรษฐกิจ กับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน
5. ระยะเวลาในการดื่มสุรา กับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน
6. ลักษณะการดื่มสุรา กับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน
7. ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน กับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

✓ แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา แผนกผู้ป่วย ในจำนวน 364 คน (สถิติผู้ป่วยในประมาณ 2535)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา แผนกผู้ป่วยใน ซึ่งได้มาโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จำนวนทั้งสิ้น 15 หอ

หอผู้ป่วยที่จะทำการเก็บข้อมูลได้แก่ แผนกชาย แบ่งเป็น หอรสสุคนธ์ หอพิภพหมอก หอราชพฤกษ์ 2 หอราชพฤกษ์ 3 หอเพ็ญฟ้า หอราชสาทิศ หอราตรี และหอแสงสิงแก้ว แผนกหญิง แบ่งเป็น หอบานบุรี หอลดาวัลย์ หอดาวประดับ หอมะลิวัลย์ หอไศก หอจามจุรี และหอพวงชมพู

ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2536 ทั้งหมด (จำนวน 100 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อความถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสุขภาพชื่อ The Cornell Medical Index-Health Questionnaire (C.M.I.) ซึ่งสร้างโดยนายแพทย์ เค. บรอดแมน (K. Broadman) และคนอื่น ๆ สร้างขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1949 - 1952 แบบทดสอบนี้เป็นที่นิยมใช้ในยุโรป และสหรัฐอเมริกา สำหรับในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2520 นายแพทย์ยรรยง สุทธิรัตน์ และคนอื่น ๆ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางเขน จำนวน 108 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 แบบสอบถามสุขภาพประกอบด้วยคำถาม 195 ข้อ คำถามแบ่งออกเป็น 4 พวกคือ เกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ประวัติการเจ็บไข้ในอดีต ประวัติครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วย แบบสอบถามนี้แยกกันเป็น 2 ชุด ของผู้หญิงและผู้ชาย

ทั้งสองชุดใช้คำถามเหมือนกัน ยกเว้นคำถาม 6 ข้อ ในระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ ในคอน
 ท้าของแบบสอบถามจะมีที่ว่าง เพื่อให้ผู้ป่วยบรรยายถึงสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของเขา
 เท่าที่รู้สึกในปัจจุบันหรืออาการที่เขาต้องการให้ผู้วิจัยทราบเป็นพิเศษ ลักษณะคำถามแบ่งออกเป็น
 18 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คาหุ	9 คำถาม
ส่วนที่ 2 ระบบหายใจ	18 คำถาม
ส่วนที่ 3 ระบบการไหลเวียนของโลหิต	13 คำถาม
ส่วนที่ 4 ระบบย่อยอาหาร	23 คำถาม
ส่วนที่ 5 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	8 คำถาม
ส่วนที่ 6 ผิวหนัง	7 คำถาม
ส่วนที่ 7 ระบบประสาท	18 คำถาม
ส่วนที่ 8 ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์	11 คำถาม
ส่วนที่ 9 อาการเหนื่อยง่าย	7 คำถาม
ส่วนที่ 10 การเจ็บป่วยบ่อย ๆ	9 คำถาม
ส่วนที่ 11 คำถามเกี่ยวกับโรคเบ็คเตลิค	15 คำถาม
ส่วนที่ 12 คำถามเกี่ยวกับนิสัย อารมณ์ ความรู้สึก	6 คำถาม
ส่วนที่ 13 คำถามเกี่ยวกับความมั่นใจ	12 คำถาม
ส่วนที่ 14 คำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า	6 คำถาม
ส่วนที่ 15 คำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล	9 คำถาม
ส่วนที่ 16 คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกอ่อนไหว	6 คำถาม
ส่วนที่ 17 คำถามเกี่ยวกับความโกรธ	9 คำถาม
ส่วนที่ 18 คำถามเกี่ยวกับความพึงเครียดในจิตใจ	9 คำถาม

- ✓ การหาคุณภาพของเครื่องมือ น้าแบบสอบถาม ซี เอ็ม ไอ (CMI : The Cornell Medical Index - Health Questionnaire) ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคพิษสุราใน
 โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน น้าแบบสอบถามที่ผ่าน
 การทดลองแล้วมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สูตร KR-21 คูเดอร์ ริชาร์ดสัน
 (Kuder Richardson) ผลปรากฏว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92

เกณฑ์การพิจารณาสุขภาพจิต

ผู้ตอบคำถามจะตอบว่า "ใช่" "ไม่ใช่" คำถาม "ใช่" มีคะแนนเป็น 1 หน่วยคะแนน คำตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 0 คะแนน จัดแบ่งระดับสุขภาพจิตตามคะแนน ดังนี้

- คะแนน 0 - 15 มีสุขภาพจิตดี
- คะแนน 16 - 30 มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย
- คะแนน 31 ขึ้นไป สุขภาพจิตไม่ดี

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาต ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ขออนุญาตและขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกระดับ ด้วยตนเอง
4. นำแบบสอบถามมาตรวจให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม
5. นำคะแนนที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์

วิธีจัดกระทำกับข้อมูล

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยคำร้อยละ
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ดำเนินการตามลำดับ ดังนี้
 - 2.1 จัดแบ่งระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย และสุขภาพจิตไม่ดี ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยจำแนกตามตัวแปร ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะ การดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล
 - 2.2 ทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา กับตัวแปร โดยการทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ (χ^2 - test)

2.3 ค่าเนนการประเมินผลข้อมูลเพื่อเสนอ ในรูปตารางและค่าสถิติตาราง
โดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSSx

2.4 สรุปผลการวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

✓ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยงแบบคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร,
2527 : 37 - 38)

$$K - R_{21} : r_{xx} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\bar{X}(n - \bar{X})}{n s_x^2} \right]$$

เมื่อ r_{xx} แทน สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง
 n แทน จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
 $\bar{X}$ แทน มัชฌิมเลขคณิตของคะแนนของผู้ถูกทดสอบทั้งหมด
 s_x^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ถูกทดสอบทั้งหมด

2. ค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ

1.2 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2)

แบบการทดสอบข้อมูลที่มี 2 มิติ (The χ^2 Two - Variable Case) ในการทดสอบสมมติฐาน
ทุกข้อ โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2530 : 221)

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$df = (R - 1)(C - 1)$$

เมื่อ	χ^2	แทน	ค่าไคสแควร์
	O	แทน	ค่าความถี่ที่ได้จากการสังเกต (Observed Frequency)
	E	แทน	ค่าความถี่ที่คาดหวังไว้หรือความถี่ที่ได้มาตามทฤษฎี (Expected Frequency)
	df	แทน	ขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

χ^2 แทนค่าไคสแควร์

df แทนขั้นแห่งความอิสระ

ผลการศึกษาค้นคว้า

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน จึงได้นำคำตอบจากแบบสอบถามวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยตารางแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามสุขภาพ ซีเอ็มไอ (CMI : The Cornell Medical Index - Health Questionnaire)

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราตามตัวแปรอิสระ

2.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราตามตัวแปรต้น เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	85	85.00
หญิง	15	15.00
รวม	100	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราส่วนใหญ่เป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 85.00
หญิง คิดเป็นร้อยละ 15.00

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุรา จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 20 ปี	-	-
20 - 40 ปี	34	34.00
41 - 60 ปี	49	49.00
60 ปีขึ้นไป	17	17.00
รวม	100	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.00 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.00 และกลุ่มที่น้อยที่สุด คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17.00

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุรา จําแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	20	20.00
สมรส	63	63.00
หม้าย	12	12.00
หย่า	5	5.00
รวม	100	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีสถานภาพสมรสทำการสมรสมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.00 รองลงมา คือ โสด คิดเป็นร้อยละ 20.00 และที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ หย่า คิดเป็นร้อยละ 5.00

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ

สถานภาพทางเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ ต่ำกว่า 3,000 บาท	44	44.00
รายได้ 3,001 - 6,000 บาท	35	35.00
รายได้ 6,001 - 9,000 บาท	10	10.00
รายได้ 9,001 บาทขึ้นไป	11	11.00
รวม	100	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุรา มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 3,001 - 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.00 กลุ่มที่พบน้อยที่สุดคือกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 6,001 - 9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.00

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามระยะเวลาในการดื่มสุรา

ระยะเวลาในการดื่มสุรา	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 10 ปี	27	27.00
10 - 20 ปี	47	47.00
20 ปีขึ้นไป	26	26.00
รวม	100	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่าระยะเวลาในการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ที่มากที่สุดคือ อยู่ในช่วง 10 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.00 รองลงมาคือต่ำกว่า 10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 27.00 และน้อยที่สุดคือ 20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 26.00

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามลักษณะการดื่มสุรา

ลักษณะการดื่มสุรา	จำนวน	ร้อยละ
เป็นประจำทุกวัน	46	46.00
ไม่เป็นประจำทุกวัน	54	54.00
รวม	100	100.00

จากตาราง 9 แสดงว่า ลักษณะการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุราเป็นลักษณะการดื่มไม่เป็นประจำทุกวันมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.00 และลักษณะการดื่มเป็นประจำทุกวันคิดเป็นร้อยละ 46.00

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามขนาดในการดื่มสุราต่อวัน

ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน	จำนวน	ร้อยละ
1 แบน	62	62.00
1 ขวดกลม	25	25.00
มากกว่า 1 ขวดกลม	13	13.00
รวม	100	100.00

จากตาราง 10 แสดงว่า ขนาดในการดื่มสุราต่อวันของผู้ป่วยโรคพิษสุรา คือ 1 แบนต่อวันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมาคือ ขนาด 1 ขวดกลม ต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 25.00 และที่พบน้อยที่สุดคือ ดื่มสุรามากกว่า 1 ขวดกลมต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 13.00

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุรา จำแนกตามจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ
ในโรงพยาบาล

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งที่ 1	31	31.00
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	69	69.00
รวม	100	100.00

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเข้ารับการรักษในโรงพยาบาล
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.00 และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษใน
โรงพยาบาลครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 31.00

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามสุขภาพ ซีเอ็มไอ (CMI :
The Cornell Medical Index - Health Questionnaire)

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุรา จำแนกตามระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพจิตดี	2	2.00
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	33	33.00
สุขภาพจิตไม่ดี	65	65.00
รวม	100	100.00

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุรามีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 65.00 รองลงมาคือมีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 33.00 และมีสุขภาพจิตดี พบน้อยที่สุดคือ คิดเป็นร้อยละ 2.00

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ตามตัวแปรอิสระ

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตาม เพศกับระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ		
	ชาย	หญิง	รวม
สุขภาพจิตดี	2 (2.40)	- -	2 (2.00)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	27 (31.80)	6 (40.00)	33 (33.00)
สุขภาพจิตไม่ได้	56 (65.90)	9 (60.00)	65 (65.00)
รวม	85 (100.00)	15 (100.00)	100 (100.00)

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราชายมีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.90 ส่วนหญิง มีสุขภาพจิต ไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 60.00

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามอายุ กับระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ				รวม
	อายุต่ำกว่า 20 ปี	อายุ 20-40 ปี	อายุ 41-60 ปี	อายุ 60 ปีขึ้นไป	
สุขภาพจิตดี	-	1(50.00)	1(50.00)	-	2(2.00)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	-	15(45.50)	13(39.40)	5(15.20)	33(33.00)
สุขภาพจิตไม่ดี	-	18(27.70)	35(53.80)	12(18.50)	65(65.00)
รวม		34(34.00)	49(49.00)	17(17.00)	100(100.00)

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีอายุอยู่ในระหว่าง 41-60 ปี เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิต ไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 รองลงมาคือกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.70 และกลุ่มอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดีขึ้นยที่สุดคือกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.50

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามสถานภาพสมรสกับ
ระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ				รวม
	โสด	สมรส	หม้าย	หย่า	
สุขภาพจิตดี	1(50.00)	1(50.00)	-	-	2(2.00)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	7(21.20)	20(60.60)	4(12.10)	2(6.10)	33(33.00)
สุขภาพจิตไม่ดี	12(18.50)	42(64.60)	8(12.30)	3(4.60)	65(65.00)
รวม	20(20.00)	63(63.00)	12(12.00)	5(5.00)	100(100.00)

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีสถานภาพสมรสมีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.60 รองลงมาคือ โสด คิดเป็นร้อยละ 18.50 และที่น้อยที่สุดคือ หย่า คิดเป็นร้อยละ 4.60

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุรา จำแนกตามสถานภาพทางเศรษฐกิจกับระดับสุขภาพจิต

(หน่วย: บาท)					
ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ				รวม
	รายได้ต่ำกว่า 3,000	3,001 ถึง 6,000	6,001 ถึง 9,000	9,001 ขึ้นไป	
สุขภาพจิตดี	-	1(50.00)	1(50.00)	-	2(2.00)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	15(45.50)	13(39.40)	2(6.10)	3(9.10)	33(33.00)
สุขภาพจิตไม่ดี	29(44.60)	21(32.30)	7(10.80)	8(12.30)	65(65.00)
รวม	44(44.00)	35(35.00)	10(10.00)	11(11.00)	100(100.00)

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท เป็นกลุ่มที่มีระดับสุขภาพจิต ไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.60 รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 3,001-6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.30 ที่น้อยที่สุดคือมีรายได้ระหว่าง 6,001-9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.80

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจำแนกตามระยะเวลาในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ			รวม
	ต่ำกว่า 10 ปี	10-20 ปี	20 ปีขึ้นไป	
สุขภาพจิตดี	1(50.00)	1(50.00)	-	2(2.00)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	15(45.50)	11(33.30)	7(21.20)	33(33.00)
สุขภาพจิตไม่ดี	11(16.90)	35(53.80)	19(29.20)	65(65.00)
รวม	27(27.00)	47(47.00)	26(26.00)	100(100.00)

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีระยะเวลาในการดื่มสุรานานระหว่าง 10-20 ปี มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 รองลงมาคือ ดื่มมานาน 20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.20 และน้อยที่สุดคือดื่มสุราดำกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.90

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุราจําแนกตามลักษณะการดื่มสุรากับ
ระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ		รวม
	ดื่มเป็นประจำทุกวัน	ดื่ม ไม่เป็นประจำทุกวัน	
สุขภาพจิตดี	-	2(100.00)	2(2.00)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	16(48.50)	17(51.50)	33(33.00)
สุขภาพจิตไม่ดี	30(46.20)	35(53.80)	65(65.00)
รวม	46(46.00)	54(54.00)	100(100.00)

จากตาราง 18 แสดงว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีลักษณะการดื่มสุราแบบไม่เป็นประจำทุกวัน มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 และ ลักษณะการดื่มแบบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 46.20

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของผู้โรคพิษสุราจําแนกตามขนาดในการดื่มสุราต่อวันกับ
ระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ			รวม
	1 แบน	1 ขวดกลม	มากกว่า 1 ขวดกลม	
สุขภาพจิตดี	2(100.00)	-	-	2(2.00)
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	21(63.60)	9(27.30)	3(9.10)	33(33.00)
สุขภาพจิตไม่ดี	39(60.00)	16(24.60)	10(15.40)	65(65.00)
รวม	62(62.00)	25(25.00)	13(13.00)	100(100.00)

จากตาราง 19 แสดงว่า ขนาดในการดื่มสุรา ของผู้ป่วยโรคพิษสุราที่ดื่มสุราขนาด 1 แบนต่อวัน มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมาคือ ขนาด 1 ขวดกลมต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 24.60 และที่พบน้อยที่สุดคือ ขนาดมากกว่า 1 ขวดกลม คิดเป็นร้อยละ 15.40

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคพิษสุรา จำแนกตามจำนวนครั้งที่เข้าการรักษาใน โรงพยาบาลกับระดับสุขภาพจิต

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน/ร้อยละ		
	ครั้งที่ 1	ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	รวม
สุขภาพจิตดี	-	2(100.00)	2(2.00)
มีปัญาสุขภาพจิตเล็กน้อย	13(39.40)	20(60.60)	33(33.00)
สุขภาพจิตไม่ดี	18(27.00)	69(69.00)	65(65.00)
รวม	31(31.00)	69(69.00)	100(100.00)

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.30 และ กลุ่มผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 27.00

2.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ตามตัวแปรด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน ลักษณะการดื่มสุรา และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล ดังปรากฏตามตาราง 21 - 28

ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับ ระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/ความถี่ที่คาดหวัง			χ^2
	ชาย	หญิง	รวม	
สุขภาพจิตดี	2(1.70)	0(0.30)	2(2.00)	
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	27(28.10)	6(5.00)	33(33.00)	
สุขภาพจิต ไม่ดี	56(55.30)	9(9.80)	65(65.00)	
รวม	85(85.00)	15(15.00)	100(100.00)	0.682

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.99$, $df = 2$)

จากตาราง 21 แสดงว่าเพศกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า เพศกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 22 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/ความถี่ที่คาดหวัง						
ระดับสุขภาพจิต	ต่ำกว่า 20 ปี	20-40 ปี	41-60 ปี	60 ปีขึ้นไป	รวม	χ^2
	20 ปี					
สุขภาพจิตดี	-	1(0.70)	1(1.00)	0(0.30)	2(2.00)	
มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย	-	15(11.20)	13(16.20)	5(5.60)	33(33.00)	
สุขภาพจิต ไม่ดี	-	18(22.10)	35(31.90)	12(11.10)	65(65.00)	
รวม		34(34.00)	49(49.00)	17(17.00)	100(100.00)	3.606

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.49$, $df = 4$)

จากตาราง 22 แสดงว่า อายุกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า อายุกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 23 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/ความถี่ที่คาดหวัง					χ^2
	โสด	สมรส	หม้าย	หย่า	รวม	
สุขภาพจิตดี	1(0.40)	1(1.30)	0(0.20)	0(0.10)	2(2.00)	
มีปัญหาสุขภาพจิต						
เล็กน้อย	7(6.60)	20(20.80)	4(4.00)	2(1.70)	33(33.00)	
สุขภาพจิตไม่ดี	12(13.00)	42(41.00)	8(7.80)	3(3.30)	65(65.00)	
รวม	20(20.00)	63(63.00)	12(12.00)	5(5.00)	100(100.00)	1.55

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 12.59$, $df = 6$)

จากตาราง 23 แสดงว่า สถานภาพสมรสกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า สถานภาพสมรสกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 24 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/ความถี่ที่คาดหวัง					
ระดับสุขภาพจิต	รายได้ต่ำกว่า 3,000บาท	3,001ถึง 6,000บาท	6,001ถึง 9,000บาท	9,001 บาทขึ้นไป	รวม
สุขภาพจิตดี	0(0.90)	1(0.70)	1(0.20)	0(0.20)	2(2.00)
มีปัญหาสุขภาพจิต					
เล็กน้อย	15(4.50)	13(11.60)	2(3.30)	3(3.60)	33(33.00)
สุขภาพจิต ไม่ดี	29(28.60)	21(22.80)	7(6.50)	8(7.20)	65(65.00)
รวม	44(44.00)	35(35.00)	10(10.00)	11(11.00)	100(100.00)

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 12.59$, $df = 6$)

จากตาราง 24 แสดงว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 25 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วย
โรคพิษสุรา

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/ความถี่ที่คาดหวัง				χ^2
	ต่ำกว่า 10 ปี	10-20 ปี	20 ปีขึ้นไป	รวม	
สุขภาพจิตดี	1(0.50)	1(0.90)	0(0.50)	2(2.00)	
มีปัญหาสุขภาพจิต					
เล็กน้อย	15(8.90)	11(15.50)	7(8.60)	33(33.00)	
สุขภาพจิตไม่ดี	11(17.60)	35(30.60)	19(16.90)	65(65.00)	
รวม	27(27.00)	47(47.00)	26(26.00)	100(100.00)	10.03*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.49$, $df = 4$)

จากตาราง 25 แสดงว่า ระยะเวลาในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วย
โรคพิษสุรา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน
ข้อที่ 5

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/ความถี่ที่คาดหวัง			χ^2
	เป็นประจำทุกวัน	ไม่ประจำทุกวัน	รวม	
สุขภาพจิตดี	0(0.90)	2(1.10)	2(2.00)	
มีปัญหาสุขภาพจิต				
เล็กน้อย	16(15.20)	17(17.80)	33(33.00)	
สุขภาพจิต ไม่มี	30(29.90)	35(35.10)	65(65.00)	
รวม	46(46.00)	54(54.00)	100(100.00)	1.79

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.99$, $df = 2$)

จากตาราง 26 แสดงว่า ลักษณะการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ลักษณะการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 27 ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/ความถี่ที่คาดหวัง				χ^2
	1แบบ	1 ขาดกลม	มากกว่า 1 ขาดกลม	รวม	
สุขภาพจิตดี	2(1.20)	0(0.50)	0(0.30)	2(2.00)	
มีปัญหาสุขภาพจิต					
เล็กน้อย	21(20.50)	9(8.30)	3(4.30)	33(33.00)	
สุขภาพจิตไม่ได้	39(40.30)	16(16.30)	10(8.50)	65(65.00)	
รวม	62(62.00)	25(25.00)	13(13.00)	100(100.00)	2.03

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.49$, $df = 4$)

จากตาราง 27 แสดงว่า ขนาดในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ขนาดในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 28 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับระดับ
สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา

ระดับสุขภาพจิต	จำนวนความถี่ที่ได้จากการสังเกต/ความถี่ที่คาดหวัง			χ^2
	ครั้งที่ 1	2 ครั้งขึ้นไป	รวม	
สุขภาพจิตดี	0(0.60)	2(1.40)	2(2.00)	
มีปัญหาสุขภาพจิต				
เล็กน้อย	13(10.20)	20(22.80)	33(33.00)	
สุขภาพจิต ไม่ดี	18(20.20)	47(47.90)	65(65.00)	
รวม	31(31.00)	69(69.00)	100(100.00)	2.32

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.99$, $df = 2$)

จากตาราง 28 แสดงว่า จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับระดับ
สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา
มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 5

บทย่อ สรุปย่อ คณิตรายผล และข้อเสนอแนะ

ผู้จัดทำ: พญ.ดร.นันทิยา วัฒนศิริกุล / คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ที่มารักษา

ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กับตัวแปรต่าง ๆ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา แผนกผู้ป่วยใน รวม 15 หอในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2536 จำนวนทั้งสิ้น 100 คน เป็นชาย 85 คน และหญิง 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสุขภาพชื่อ The Cornell Medical Index - Health Questionnaire (C.M.I.) ซึ่งสร้างนายแพทย์ เค. บรอดแมน (K. Broadman) และคนอื่น ๆ สร้างขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1949 - 1952 ซึ่งเป็นแบบสอบถามสุขภาพประกอบด้วยคำถาม 195 ข้อ ลักษณะคำถามแบ่งออกเป็น 18 ส่วน หรือ 4 พวกคือ เกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ประวัติการเจ็บไข้ในอดีต ประวัติครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำไป

ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 50 คน ได้ค่า
ความเชื่อมั่น 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS[®] (Statistical Package
for The Social Sciences Version 10)

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ
เสนอในรูปของตาราง
2. วิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามสุขภาพ ซี เอ็ม ไอ (C.M.I.:
The Cornell Medical Index - Health Questionnaire) โดยวิเคราะห์
ระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา คิดเป็นร้อยละ
3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราตามตัวแปรอิสระ
คิดเป็นร้อยละ
4. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรากับเพศ
อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา
ขนาดในการดื่มสุราต่อวัน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยใช้ค่าทดสอบ
ไคสแควร์ (χ^2 - test)

สรุปผลการค้นคว้า

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคพิษสุรา
 - 1.1 ผู้ป่วยโรคพิษสุราเป็นชายมากที่สุด ที่เป็นร้อยละ 85.00
 - 1.2 ผู้ป่วยโรคพิษสุราส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ
49.00
 - 1.3 ผู้ป่วยโรคพิษสุราส่วนใหญ่อายุสมรส ทำการสมรส คิดเป็นร้อยละ
63.00
 - 1.4 ผู้ป่วยโรคพิษสุราส่วนใหญ่อายุได้ต่ำกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ
44.00

- 1.5 ผู้ป่วยโรคพิษสุราส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดื่มสุราระหว่าง 10 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.0
- 1.6 ผู้ป่วยโรคพิษสุรา มีลักษณะการดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นแบบไม่ประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 54.00
- 1.7 ผู้ป่วยโรคพิษสุรา ส่วนใหญ่ดื่มสุราในขนาด 1 แบนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 62.00
- 1.8 ผู้ป่วยโรคพิษสุราส่วนใหญ่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 2 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 69.00
2. การวิเคราะห์เกี่ยวกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา
- 2.1 ผู้ป่วยโรคพิษสุราส่วนใหญ่มีสุขภาพจิต ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 65.00
รองลงมาคือ มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 33.00 และมีสุขภาพจิตดีพบน้อยที่สุด คือคิดเป็นร้อยละ 2.00
- 2.2 ผู้ป่วยโรคพิษสุราเพศชายมีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.90
- 2.3 ผู้ป่วยโรคพิษสุรา ที่มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิต ไม่ดีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.80
- 2.4 ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีสถานภาพสมรส ทำการสมรส มีระดับสุขภาพจิตไม่ดี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.60
- 2.5 สถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีรายได้ ต่ำว่า 3,000 บาท มีระดับสุขภาพจิต ไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.60
- 2.6 ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีระยะเวลาในการดื่มสุราระหว่าง 10 - 20 ปี มีระดับสุขภาพจิต ไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80
- 2.7 ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีลักษณะการดื่มสุราแบบไม่ประจำทุกวัน มีระดับ สุขภาพจิต ไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80
- 2.8 ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่ดื่มสุราขนาด 1 แบนต่อวัน มีระดับสุขภาพจิตไม่ดี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.00
- 2.9 ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีระดับสุขภาพจิต ไม่ดีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 72.30

2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังกับตัวแปรอิสระ เพื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า

- 3.1 เพศกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กัน
- 3.2 อายุกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กัน
- 3.3 สถานภาพสมรสกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.4 สถานภาพทางเศรษฐกิจกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.5 ระยะเวลาในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.6 ลักษณะการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.7 ขนาดเงินในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.8 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า เพศกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จะมีความสัมพันธ์กันระหว่างเพศ จากการศึกษานี้ในครั้งนี้ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2536 พบว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาที่ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อับซอร์ เดียวตระกูลวัฒน์ (2522) เรื่องทัศนคติที่มีต่อยาเสพติดและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของ นักศึกษาวิทยาลัยครู พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรามีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาที่เคยดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชาย แม้ว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นชาย แต่ระดับสุขภาพจิต ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศ

อาจเป็นเพราะว่า ทั้งเพศชายและหญิงที่เป็นโรคพิษสุรา มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันหรืออาจจะคล้ายกัน จึงใช้สุราเข้ามาช่วยแก้ปัญหา ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคพิษสุราเพศชายนั้น สาเหตุที่ดื่มสุราได้แก่ กลุ้มใจเรื่องครอบครัว บางรายดื่มตามเพื่อน บางรายดื่มเนื่องจากคิดว่าเหล้าดื่มแล้วทำให้มีเพื่อนมากขึ้น ถ้าไม่ดื่มสุรา รู้สึกไม่กล้าพูดคุยกับใคร เมื่อดื่มเรื่อย ๆ จึงคิด ส่วนในผู้ป่วยโรคพิษสุราเพศหญิงนั้น สาเหตุที่ดื่มสุราเนื่องจากหลังคลอดบุตรดื่มยาคุมที่ค่อนข้างขม รสชาติไม่อร่อย จึงดื่มไปเรื่อย ๆ บางรายกลุ้มใจเรื่องสามี เรื่องในครอบครัวจึงดื่มมากกว่าเดิม บางรายเพราะชอบเที่ยว มีเพื่อนมากจึงดื่มสุรา จนติดจากสาเหตุดังกล่าว จะเห็นว่าปัญหาและสาเหตุของการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุราทั้งเพศหญิงและเพศชายเป็นเรื่องคล้าย ๆ กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยนต์ ชุ่มจิต (2520) เรื่องสภาพปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของครูอาจารย์ในโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตการศึกษา 5 พบว่า ครูอาจารย์ชายและหญิงมีลักษณะปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่าง ไม่นับนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ มีลักษณะปัญหาที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากนั่นเอง

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า อายุกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า อายุกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราจะมีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่พบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยานี้มีอายุอยู่ในกลุ่ม 41 - 60 ปี เป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปพบน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แกรท (กฤษ ชื่นศิริ , มปป. : 33 ; อ้างอิงมาจาก Glatt, 1970) ในการศึกษาที่เมืองแอมบรีจเซอร์ พบว่า ผู้ติดสุราที่เข้ามารับการรักษา ส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน มีอายุเฉลี่ยประมาณ 45 ปี การศึกษาในครั้งนี้ ผลการศึกษาลำคลึงกับการศึกษาของ ยนต์ ชุ่มจิต (2520) เรื่องสภาพปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของครูอาจารย์ ในโรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตการศึกษา 5 พบว่า ครูอาจารย์ในกลุ่มอายุน้อยและมาก มีลักษณะปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่าง ไม่นับนัยสำคัญทางสถิตินั่นคือ ครูอาจารย์ที่มีระดับอายุต่างกันมีลักษณะปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตคล้ายคลึงกัน สุขภาพจิตของครูอาจารย์มิได้ขึ้นอยู่กับระดับอายุ เช่นเดียวกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา มิได้ขึ้นอยู่กับระดับอายุ ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่มีระดับอายุต่างกันมีความสามารถในการปรับตัวตามสภาพแวดล้อมและ

การเปลี่ยนแปลงได้พอ ๆ กันเนื่องมาจากลักษณะปัญหาต่าง ๆ คล้ายคลึงกันดังกล่าวข้างต้น และปัญหาของผู้ป่วยโรคพิษสุรา มักจะเป็นปัญหาเดิม ผู้ป่วยโรคพิษสุรา อาจไม่สามารถแก้ปัญหาได้ แต่หันกลับไปหาเหล่านั่น ระดับสุขภาพจิตจึงไม่สัมพันธ์กับอายุ ไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ตาม

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วย

โรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า สถานภาพสมรสกับระดับสุขภาพจิต
ของผู้ป่วยโรคพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าสถานภาพ
สมรสกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษาคั้งนี้คล้ายคลึง
กับการศึกษาของ ต่อศักดิ์ ธรรมวงศ์ (2531) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของอาจารย์
วิทยาลัยพลศึกษาพบว่า อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรม
การดื่มสุราไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของ มุกดา วัฒนกุล (2519) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ
ผู้ติดสุราหรือป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า พนักงานการไฟฟ้านครหลวงติดสุราเนื่องจาก
มีปัญหาครอบครัว และปัญหาทางสภาพแวดล้อม จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคพิษสุรา
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เกี่ยวกับสถานภาพสมรสนั้น ส่วนใหญ่
ทำการสมรส รองลงมาคือโสด ถึงแม้จะมีระดับสุขภาพจิต ไม่ดีสูงกว่าสถานภาพสมรสอื่น ๆ
ก็ตาม แต่สถานภาพสมรสอื่น ๆ ได้แก่ หย่าร้าง และหย่าร้าง ก็มีระดับสุขภาพจิตที่ไม่ดีเช่นกัน
อย่างไรก็ตามปัญหาที่ทำให้เกิดสุขภาพจิต ไม่ดีนั้น มิได้ขึ้นอยู่กับสถานภาพสมรส แต่ขึ้นอยู่กับบุคคล
ในครอบครัว บุคคลในสังคม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย จากการศึกษา
ของโคนนิคเบอร์และคนอื่น ๆ (Koenigsbery and other, 1985 : 207 - 212)
ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการและบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งถือตามหลักเกณฑ์ ดีเอสเอ็มที 3
(DSM III : American Medico Psychological Association) ในผู้ป่วย 2 ,
462 ราย พบว่า บุคลิกภาพผิดปกติมักพบร่วมกับพวกที่ติดยาเสพติด และพวกที่ดื่มสุรามักจะมี
บุคลิกภาพแบบพึ่งพาอยู่แล้ว ฉะนั้นสถานภาพสมรสจึงมิใช่ตัวบ่งชี้ถึงสุขภาพจิตดีหรือไม่ดีของผู้ป่วย
โรคพิษสุรา

4. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจกับระดับสุขภาพจิต

ของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจกับระดับ
สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่า สถานภาพ
ทางเศรษฐกิจกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษาคั้งนี้

สอดคล้องกับการศึกษาของ บงกช เขียวชาอุยงค์ และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะด้านประชากร ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศ ที่ให้บริการแก่ชาวต่างชาติจังหวัดสงขลา พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด นั่นคือสาเหตุของความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ อย่างประกอบกัน ซึ่งได้แก่สาเหตุจากบุคคล สาเหตุจากสัมพันธภาพ หรืออาชีพการงาน รวมทั้งปัจจัยภายในของบุคคล และกลไกทางจิตของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

และจากการศึกษาของ ต่อศักดิ์ ธรรมวงศ์ (2531) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของอาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาพบว่า อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาส่วนใหญ่ดื่มสุราเพื่อสังสรรค์ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จากการให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ดื่มสุราจนติดนั้นเริ่มต้นจากการเข้าสังคมดื่มกับเพื่อน มักจะตามเพื่อนเวลาเข้ากลุ่มมักจะสนทนากันเฮฮาต้องมีสุราเข้าไปเป็นส่วนประกอบเสมอ และจากงานเลี้ยง งานรื่นเริงต่าง ๆ มักจะขาดสุราไม่ได้ จึงทำให้ติด และผลจากการติดสุราจึงมักจะเกิดการทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว จนเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ทั้งตัวผู้ป่วยเอง และสมาชิกในครอบครัว

และจากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในกลุ่มรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท และเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตไม่ดีเป็นส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคพิษสุราแต่ละคนในปัจจุบันจะทราบถึงความแตกต่างของการให้บริการ และมักจะ ไม่นิยมมารักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาเนื่องจากค่านิยม และความเชื่อในสังคมไม่เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับด้านกลัวเสียชื่อเสียง จึงมักนิยมไปรักษากับแหล่งที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกมากกว่า ซึ่งจากการศึกษาของ กฤษ ชื่นศิริ (2527) ที่ได้ศึกษาจากงานวิจัยในต่างประเทศ ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ที่ติดสุรามักจะเป็นพวกที่มีชนชั้นระดับกลางค่อนข้างไปทางสูง และมักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในบ้านเหล้า ผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท แหล่งที่ผู้ป่วยไปดื่มสุรา มักจะเป็นลักษณะนั่งตามร้านหลังเลิกงานกับเพื่อน ส่วนกลุ่มรายได้อื่น ๆ ไม่ต่างกัน บางรายไปกับเพื่อนตามแหล่งรื่นเริงต่าง ๆ ฉะนั้นจากการศึกษาครั้งนี้จึงพอสรุปได้ว่า รายได้หรือสถานภาพทางเศรษฐกิจ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสุขภาพจิตดีหรือไม่ดีของผู้ป่วยโรคพิษสุราแต่่าจะมีปัจจัยอื่น ๆ ดังกล่าวข้างต้นมากกว่า

5. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่าระยะเวลาในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ บดินทร์ สกุลทอง (2531) เรื่องความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และสุขภาพจิตวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่าปัจจัยการเกิดโรคพิษสุราเรื้อรังของบิดามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ติดสุราตามการรับรู้ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การที่ผู้ป่วยโรคพิษสุรา ดื่มสุราเป็นระยะเวลายาวนาน นอกจากทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว ซึ่งได้แก่ การทะเลาะเบาะแว้ง เกิดความไม่สงบสุขต่อสมาชิกในครอบครัวแล้ว ตัวผู้ป่วยเองกลับยิ่งทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลายาวนาน มีผลต่อสุขภาพร่างกาย ได้แก่ มีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย อาทิ ต่อระบบอาหาร ผู้ป่วยโรคพิษสุรามีปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะอาหารพบว่า มีปัญหาเป็นแผลในกระเพาะอาหาร ปวดท้องบ่อย ๆ ท้องอืด ท้องเฟ้อเนื่องจากอาหารไม่ย่อย เบื่ออาหาร เชื้อบูกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ ผู้ป่วยมักจะได้รับการรักษาด้วยยาที่ใช้รักษาโรคกระเพาะอาหาร และวิตามินบีหนึ่ง ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากการดูดซึมอาหารของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร นอกจากนี้โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยมากได้แก่ โรคเกี่ยวกับตับ ผู้ป่วยโรคพิษสุราบางรายเคยมีอาการดีซ่านคือ ตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องอืด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกและการรับรู้รส กลิ่น เปลี่ยนไป สายตาเสื่อมเร็วกว่าปกติ มีผลต่อการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยส่วนมากตอบว่าเป็นตะคริวที่ขาบ่อยมาก มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า มีผลต่ออารมณ์ ผู้ป่วยจะเป็นคนก้าวร้าวมากขึ้น จากอาการก้าวร้าวนี้เองทำให้มีผลต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่นเลวลง สติปัญญา ความจำเสื่อมลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อความรู้สึกทางเพศ สมรรถภาพทางเพศลดลง มีผลต่อการนอนหลับ ผู้ป่วยโรคพิษสุราจะมีปัญหาเรื่องการนอนหลับกลางคืน หลับยาก ตื่นบ่อย ทำให้พักผ่อนได้ไม่เต็มที่ จากปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นต่าง ๆ นี้เอง เป็นผลให้ผู้ป่วยโรคพิษสุรามีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเกิดขึ้น เนื่องจากสุขภาพกายและสุขภาพจิตเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ฉะนั้นหากผู้ป่วยสามารถลดการดื่มสุรา จนสามารถหยุดได้ และสามารถฟื้นฟูสุขภาพร่างกายจนมีสุขภาพร่างกายดีได้ ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากสุขภาพทางกายน่าจะลดลงจนมีสุขภาพดีได้ต่อไป

จากผลการศึกษา จะเห็นว่าแม้ผู้ที่ดื่มสุรามีระยะเวลาในการดื่มสุราค่ากว่า 10 ปี ก็สามารถทำให้ป่วยเป็นโรคพิษสุราได้ และทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้เช่นกัน

6. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาพบว่า ลักษณะการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ลักษณะการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน ที่เห็นเช่นนี้ เนื่องจากลักษณะการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุราส่วนใหญ่เป็นแบบไม่ดื่มประจำทุกวันและเหตุผลที่ดื่มสุรานั้นมักให้เหตุผลว่าดื่มเพราะเพื่อนนั่นคือดื่มเพื่อสังคมมากกว่าที่จะดื่มเพราะมีเรื่องไม่สบายใจ ผู้ป่วยที่ดื่มเป็นประจำทุกวันนั้นจะดื่มเพราะเพื่อนชวน มักจะไปเป็นกลุ่มมากกว่าที่จะ ไปนั่งตามสถานเริงรมย์ หรือนั่งดื่มคนเดียว ในผู้ป่วยหญิงบางรายดื่มแต่ละครั้งแต่ละวันเป็นจำนวน ไม่มาก แต่จะดื่มหนักในกรณีที่มีเรื่องมากกระทบจิตใจ จากการศึกษาของสมพร บุขราทิจ และคนอื่น ๆ (2523) ได้ศึกษาถึงลักษณะการดื่มสุราของคนไทย โดยสุ่มตัวอย่างจากประชากรตำบลศิริราชและบ้านข้างหล่อ อำเภอบางกอกน้อย พบว่า ผู้หญิงดื่มบ้างเป็นครั้งคราว เพื่อสังคมแต่ผู้หญิงดื่มประจำมีจำนวนน้อยมาก ประมาณร้อยละ 1.25 ผู้ดื่มบ่อย ดื่มจัดและติดสุรา ร้อยละ 12.5 เป็นชายร้อยละ 9 หญิงร้อยละ 3.5 เมอร์ริค (Merrick. 1986 : 2941-A-294-A) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดื่มสุรา เจตคติและความรู้ในการดื่มสุราของนิสิตใหม่ มหาวิทยาลัยเวอร์จิเนีย จำนวน 525 คน พบว่า วิธีชีวิตการเอาอย่างมีอิทธิพลต่อรูปแบบการใช้สุรา และผู้ป่วยโรคพิษสุรานั้นจากการใช้สุราในระยะเวลายาวนานดังกล่าวตั้งแต่ต้น และจากการที่มีบุคคลิกภาพอ่อนแอต้องพึ่งพาสุราในการกระตุ้นให้เกิดความกล้า มักจะมีแนวโน้มง่ายต่อการชักชวนจากเพื่อนอยู่แล้ว ฉะนั้นจากการศึกษาครั้งนี้ลักษณะการดื่มสุราจึงไม่สามารถบอกถึงควมมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดีของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ได้

7. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขนาดในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า ขนาดในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าขนาดในการดื่มสุรากับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรามีความสัมพันธ์กัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราส่วนใหญ่มึ้นสุราในขนาด 1 แบนต่อวัน และเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตไม่ดีเป็นส่วนใหญ่ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าในการมึ้นสุราของแต่ละรายนั้น ไม่แน่นอนในจำนวนของแอลกอฮอล์ที่เข้า ไปสะสมในร่างกายและลักษณะการมึ้นสุราของแต่ละรายบางรายผสมสุราเข้มข้นมึ้นเร็ว บางรายใช้เวลาานผสมน้อยเจือจาง ซึ่งขึ้นอยู่กับความชอบของแต่ละบุคคล จากการศึกษาของปีตินท์ สกลทอง (2531) ศึกษาเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยการเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังของบิดามีความสัมพันธ์กับปริมาณการมึ้นสุราต่อครั้งและสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว หากปริมาณในการมึ้นสุราต่อครั้งยังมีปริมาณมากการขัดแย้งในครอบครัวยิ่งมากขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยโรคพิษสุรามีระยะเวลาในการมึ้นยาวนานและสุขภาพร่างกายถูกทำลายไปแล้ว แม้จะมึ้นสุราในขนาดน้อยในแต่ละครั้งก็สามารถทำให้เกิดความผิดปกติของสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตขึ้นได้ ฉะนั้นขนาดในการมึ้นสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุราจึงไม่สามารถบอกถึงความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตได้

8. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่า จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับระดับสุขภาพจิตดีรวมอยู่ด้วย แต่กลับเข้ามารักษาอีกเนื่องจากขาดยาคือไม่ยอมรับประทานยาจึงมีอาการผิดปกติขึ้นมารวมทั้งการมึ้นสุรา ซึ่งอาการต่าง ๆ ได้แก่ ก้าวร้าวควบคุมตนเองไม่ได้ จะไม่เกิดขึ้นหากสามารถเลิกมึ้นสุราได้ แต่ผู้ป่วยเลิกไม่ได้ซึ่งเป็นเพราะหลังจากออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม สัมพันธภาพที่มีต่อญาติและญาติมีต่อผู้ป่วยยังเหมือนเดิมจึงทำให้ผู้ป่วยหันกลับไปมึ้นสุราอีก อย่างไรก็ตามการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ อาจไม่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยมากนัก เนื่องจากยิ่งบ่อยครั้งผู้ป่วยเกิดความเคยชินและคุ้นเคยกับสถานที่ประการหนึ่ง อีกประการหนึ่งอาการที่ผู้ป่วยต้องกลับมารักษามักจะมีอาการเหมือนเดิมไม่แตกต่างจากการมารักษาในครั้งแรก ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่าตัวแปรต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา แต่สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพจิตน่าจะเป็นผลจากการดื่มสุรา ผลจากฤทธิ์และพิษของแอลกอฮอล์มากกว่า แต่อย่างไรก็ตามในการรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุรามักจะเน้นไปที่อาการทางกายมากกว่าทางด้านจิตใจ ซึ่งการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทางจิตเวชนั้นได้นำกระบวนการกลุ่มบำบัด (Group Therapy) เข้ามาใช้ แต่จะเป็นกลุ่มทั่ว ๆ ไปไม่ได้มีกลุ่มจิตบำบัดเฉพาะผู้ป่วยโรคพิษสุรา เพื่อแนะแนวเฉพาะของผู้ป่วยโรคพิษสุรานอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย จึงควรจัดให้มีการบริการให้ปรึกษาหรือครอบครัวบำบัดแก้ญาติโดยเฉพาะ ซึ่งอาจจะมีคลินิกช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพิษสุราหรือผู้คิดสุราอย่างกว้างขวาง

2. การป้องกันการติดสุราเป็นเรื่องสำคัญที่ควรจะนึกถึงก่อนเป็นอันดับแรกฉะนั้นจึงควรปลูกฝังค่านิยมที่ถูกต้องแก่เด็ก สื่อมวลชนมีความสำคัญและมีอิทธิพลอย่างมากต่อการให้ความรู้ ปัจจุบันธุรกิจเข้ามามีบทบาทในสื่อมวลชนมากเกินไปซึ่งเด็กหรือผู้ใหญ่ก็ตาม เกิดความเห็นว่าสุราเป็นสิ่งที่ดี ฉะนั้นข้อนี้ควรได้รับการแก้ไขตั้งแต่ บิดา มารดา โรงเรียน ตลอดจนมีกฎหมายเข้ามาควบคุม

ข้อเสนอแนะ ในการทาวิจัยต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคพิษสุรา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทางฝ่ายกายหรือตามศูนย์ที่รักษาผู้ป่วยโรคพิษสุราอื่น ๆ บ้าง เพื่อเป็นการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฝ่ายกายกับโรงพยาบาลทางจิตเวชว่าแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยด้วยโรคพิษสุรากับผู้ป่วยด้วยโรคจิตจากสุรา ตามปัจจัยจากสุรา ตามปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัวอื่น ๆ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ สุยะตุงคะ. การวิเคราะห์สภาวะจิตของนักเรียนชั้นม.ศ. 3 ในเขตเทรกกิมของ
ผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2523. อัดสำเนา.
- กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. สภาวะจิตในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มกุฎราชวิทยาลัย,
2524.
- กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศรีเดชาการพิมพ์, 2528.
- กมลศักดิ์ ตั้งธรรมนิยม. "ตระกูลเหล่า," ข่าวกรุง. 28(4) : 59 - 66 ; มกราคม
2522.
- กฤษ ชื่นศิริ. โรคพิษสุรา. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, 2527.
การแพทย์, กรม. การประชุมวิชาการจิตเวช ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์,
2529.
- _____. คู่มือการใช้บริการสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : กองแผนงานสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข, 2531.
- จันทร์ โกศล. สภาวะจิตของพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย.
ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2526.
อัดสำเนา.
- ฉวีวรรณ สุตบุตร. การพยาบาลจิตเวชเบื้องต้น. นนทบุรี : วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา,
2525. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2530.
- ดวงเดือน พันธุมานาวิน. "การวัดทัศนคติ," การวัดทัศนคติเพื่อทำนายพฤติกรรมเอกสาร
การอบรมวิจัยขั้นสูง. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2523.
- ต่อศักดิ์ ธรรมวงศ์. การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของอาจารย์วิทยาลัยพลศึกษา.
ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.
อัดสำเนา.

- เทพกร พัทธามันท์. สุขภาพจิตของครูในพื้นที่ซึ่งมีปัญหายาเสพติดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2532. อัดสำเนา.
- บงกช เขียวชาอุยงค์ และคนอื่น ๆ. การศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะด้านประชากรภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศที่ให้บริการแก่ชาวต่างชาติ จังหวัดสงขลา. สงขลา : โรงพยาบาลประสาทสงขลา, 2535. อัดสำเนา.
- ปณิชนันท์ สกลทอง. สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพจิตวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- ปาหนัน บุญหลง. การพยาบาลจิตเวช เล่ม 1. ม.ป.ท., 2527.
- ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสัปดาห์ จำกัด, 2527.
- เปรมสุรีย์ เชื้อมทอง. การเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526. อัดสำเนา.
- ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2521.
- พระยาอนุমানราชธนะ. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2493. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม, 2507.
- มุกดา วัฒนากุล. ผู้ติดยาและป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในการไฟฟ้านครหลวง. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2519. อัดสำเนา.
- ยนต์ ชุ่มจิต. สภาพปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของครูอาจารย์ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตการศึกษา 5. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2520. อัดสำเนา.
- ยรรยง ศุภรัตน์ และคนอื่น ๆ. "แบบสอบถามสุขภาพประโยชน์ทั่วไปและประโยชน์ทางจิตเวช," สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 24(3) : 321 - 337 ; มีนาคม - ธันวาคม 2522.

ละออง หุตางกูร. หลักการร่วมในแนวใหม่สำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.

วรัญญู คันชัยสวัสดิ์. โรคพิษสุรา : ความชุกชุมในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป.

รายงานในที่ประชุมวิชาการยาเสพติด ประจำปี 2529, ภูเก็ต, 9 - 11 มิถุนายน 2529.

วรารัตน์ ว่องอภิวัดกุล. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาในโรงพยาบาล.

วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อุดสาเนา.

วิทย์ เทียงบุรณธรรม. ตำรายาเสพติด. กรุงเทพฯ : โอเคียนส์ไตร์, 2521.

สมบัติ สุทธิชัย. "การเสริมกำลังใจแก่ผู้ติดยาเสพติด," ต่อต้านยาเสพติด. 1(8) : 41 - 46 ; มกราคม - มิถุนายน 2535.

สมภาพ เรื่องตระกูล และคนอื่น ๆ . คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์, 2528.

สมพร บุชราธิจ และคนอื่น ๆ . "ลักษณะการดื่มสุราของคนไทย," สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (25) : 148 - 157 ; มิถุนายน 2523.

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : อักษรไทย, 2520.

สमान กานัด. การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีผลต่อการปรับตัวของเด็ก. ปรินฤพานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2520. อุดสาเนา.

สงศรี จัยสิน และคนอื่น ๆ . "การสำรวจสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี," สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 33(3) : 119 - 127 ; กรกฎาคม - กันยายน 2531.

สุจริต สุวรรณชีพ. คู่มือฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล. กรุงเทพฯ : กองสุขภาพจิต, 2525.

_____. "ความเครียด," จิตวิทยาคลินิก. 19(2) : 10 ; กรกฎาคม - ธันวาคม 2531.

_____. "ความเครียด," สุขภาพจิต. 8(3) : 20 - 22 ; มีนาคม 2532.

สุจินต์ ปรีชามารภ. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2535. อุดสาเนา.

- สุรพงษ์ อัทธวัช. "พยาธิสภาพทางสมองกับสุขภาพจิต," ชมรมจิตวิทยาคลินิก. 2(2) : 43 - 44 ;ธันวาคม 2514.
- สุโท เจริญสุข. จิตวิทยาผิดปกติเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : เทพนิมิตการพิมพ์, 2520.
- สุวัฒน์ อีรเวชเจริญชัย. ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2532.
- สุวัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยู่ธยา. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของปัญหาสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, 2530. อัดสำเนา.
- สุวัฒนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- สุวิทย์ รุ่งวิสัย. "สุรากับปัญหาสังคม," รายงานและบทความการประชุมสัมมนาและฝึกอบรมทางวิชาการ เรื่องปัญหาสิ่งเสพติดให้โทษ. หน้า 119 - 128. เชียงใหม่ : ส่งเสริมธุรกิจ, 2521.
- "แพทย์เตือนนักดื่มสุรา ไรจิตจะเล่นงาน," หนังสือพิมพ์สยามรัฐ. กรุงเทพฯ : พฤศจิกายน 2533.
- "คนไทยบ้า 5 ล้านคน," หนังสือพิมพ์สยามรัฐ. กรุงเทพฯ : พฤศจิกายน 2532.
- ทัญทิพย์ คารสุภา. สุขภาพจิตของครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพฯ. ปริชญานีพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2525. อัดสำเนา.
- อัปสร เตียวตระกุลวัฒน์. ทัศนคติที่มีต่อยาเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายของนักศึกษาครู. ปริชญานีพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.
- อรเพ็ญ นาควัชร. ปัญหาสิ่งเสพติดและการควบคุม. เชียงใหม่ : ม.ป.ท., 2525.
- อุโฆษ ปันสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการปฏิบัติงานและสุขภาพจิตของครูอาจารย์ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ สังกัดกองการศึกษาพิเศษ. ปริชญานีพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2532. อัดสำเนา.

- Chitanondh, H. Noncommunicable in Thailand : background information.
Presented at the International Teaching Seminar on the
Epidemiology, Planning and Designing of Integrated Programmes
for Community Health in Noncommunicable Diseases (Interhealth).
WHO/National Public Health Institute of Finland, Polvijarvi,
North Karelia, Finland, November 10 - 21, 1986.
- Jahoda, Maric. Current Concept of Positive Mental Health. New York :
Book Company Publisher Inc., 1958.
- Merricks, Charles D. "A Study of Environment Influences on Alcohol
Drinking Attitudes, Knowledge and Behaviors of Freshman
College Students," in Dissertation Abstracts International.
The Humanities and Social Sciences.
- Milton, Robert Peter. "Treated Alcoholics Attitudes Toward Drinking
and Their Intention to Drink Upon the Completion of Treatment,"
in Dissertation Abstracts International. The Humanities and
Social Sciences.
- Pearson, W.S. The "hidden," alcohol in the general hospital. N. Car.
Med J 1962.
- Rebecca Wang and others. "Alcohol and Dilated Cardiomyopathy,"
Journal of Substance Abuse Treatment. U.S.A. vol 4. 1987.
- Robins, E. The final : a study of the lives of 234 persons who
committed suicide. New York : Oxford University Press. 1981.
- Van Veingard, R.A. "Alcoholism in industry (U.S.A.)," Br J Addict 67.
1972.
- Worick, Wayne W. and Warren E. Schaller. Alcohol, Tobacco and Drugs
Their use and abuse. Prentice - Hall, Inc., Englewood Cliffs,
New Jersey : 07632, 1977.

ภาคผนวก

ที่ ทม 1007/0320

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

2 กุมภาพันธ์ 2536

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวจินตนา ศรีหล้า เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสหศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำ
ปริญญานิพนธ์ เรื่อง สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รศ.สุจินต์ ปรีชามารภ

ประธาน

อ.พิมพ์ศรี ไตอติเทพย์

กรรมการ

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์คือ ขอให้ผู้ป่วยโรคพิษสุรา ตอบแบบสอบถาม จำนวน 100 คน
ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2536 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบ
คุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.สมพร บัวทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ท่านต้องการในข้อ 1
ให้เติมจำนวนครั้งที่มารับการรักษา

1. ท่านเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ท่านมีอายุ
 () ต่ำกว่า 20 ปี () 20 - 40 ปี
 () 41 - 60 ปี () 61 ปีขึ้นไป
4. สถานภาพสมรส
 () โสด () สมรส
 () หม้าย () หย่า
5. สถานภาพทางเศรษฐกิจ
 () มีรายได้ต่ำกว่า 3000 บาท () มีรายได้ 3000 - 6000 บาท
 () มีรายได้ 6001 - 9000 บาท () มีรายได้ 9000 บาทขึ้นไป
6. ระยะเวลาในการดื่มสุรา
 () ต่ำกว่า 10 ปี () 10 - 20 ปี
 () 20 ปีขึ้นไป
7. ลักษณะการดื่มสุราของท่าน
 () เป็นประจำทุกวัน
 () ไม่เป็นประจำทุกวัน
8. ขนาดในการดื่มสุราที่ท่านดื่มใน 1 วัน
 () 1 แบน
 () 1 ขวดกลม
 () มากกว่า 1 ขวดกลม

ด้านที่ 2 เป็นแบบสอบถามสุขภาพ C.M.I. (The Cornell Medical Index - Health Questionnaire)

คำแนะนำ

- เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง ใช่ ถ้าข้อความในข้อที่กล่าวตรงกับคำตอบของท่านว่าใช่
- เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง ไม่ใช่ ถ้าข้อความในข้อที่กล่าวตรงกับคำตอบของท่านว่าไม่ใช่
- ขอให้ตอบทุกข้อ ถ้าไม่แน่ใจให้เดา

	ใช่	ไม่ใช่
(1)		
1. ท่านต้องใช้แว่นตาในการอ่านหนังสือ		
2. ท่านต้องใช้แว่นตาในการมองวัตถุในระยะไกล		
3. บ่อยครั้งที่สายตาของท่านมอง ไม่เห็นอะไรเลย ...		
4. ท่านกระปริบตาหรือมีน้ำตาไหลบ่อย ๆ		
5. ท่านมักจะปวดตาอยู่เสมอ		
6. นัยตาของท่านแดง และอักเสบบ่อย ๆ		
7. ท่านเป็นคนหูตึง		
8. ท่านเคยเป็นหูน้ำหนวก		
9. ท่านได้ยินเสียงรบกวนในหูเป็นประจำ		
(2)		
10. ท่านต้องกระแอมบ่อย ๆ		
11. ท่านมักจะรู้สึกเหมือนมีก้อนอะไรมาติดอยู่ที่ลำคอ ..		
12. ท่านรู้สึกว่ารสชาติต้องจามบ่อย ๆ		
13. ท่านคัดจมูกอยู่เป็นประจำ		
14. ท่านรู้สึกรสชาติที่มีน้ำมูกไหลเสมอ ๆ		
15. บางครั้งบางครั้งท่านมีเลือดกำเดาไหล		

	ใช่	ไม่ใช่
16. ท่านมักจะ เป็นหัวค้อย่างงอมแงม		
17. ท่านเป็นหัวคและ โอจนเจ็บหน้าอกบ่อย ๆ		
18. เวลาท่าน เป็นหัวคท่านถึงกับต้องนอนพักผ่อนเสมอ		
19. การเป็นหัวค้อย ๆ ทำให้ท่าน ไม่มีความสุขตลอด ฤดูหนาว		
20. ท่านแพ้ละออง เกสรดอกไม้		
21. ท่านเป็นโรคหอบ		
22. ท่านรู้สึก เหนื่อยร้อนที่มีอาการ ไอเป็นประจำ		
23. ท่านเคย ไอเป็นเลือด		
24. บางครั้งท่านมี เหนื่อแตกท่วมตัว ในเวลากลางคืน ..		
25. ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับปอด เรื้อรัง		
26. ท่านเคยเป็นวัณโรคปอด		
27. ท่านเคยคลุกคลีอยู่กับผู้ที่เป็นโรคปอด		
(3)		
28. แพทย์เคยบอกว่าความดันโลหิตของท่านสูงเกินไป		
29. แพทย์เคยบอกว่าความดันโลหิตของท่านต่ำเกินไป		
30. ท่านรู้สึก เจ็บที่หัวใจหรือบริเวณหน้าอก		
31. ท่านรู้สึก ราวสูญเสีย ต้นของหัวใจบ่อย ๆ		
32. หัวใจของท่านเต้นแรงเหมือนตึกลงบ่อย ๆ		
33. ท่านมักรู้สึกมีความลำบากในการหายใจ		
34. ท่านเหนื่อยหอบเร็วกว่าคนอื่น ๆ		
35. ในบางครั้งเมื่ออยู่เฉย ๆ ท่านก็เหนื่อยหอบ		
36. ข้อเท้าของท่านมักบวมอยู่เสมอ		
37. ท่านรู้สึกมือเท้าเย็นแม้ในเวลาที่อากาศร้อน		
38. ท่านเป็นตะคริวที่ขาเสมอ		
39. แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นโรคหัวใจ		

	ใช่	ไม่ใช่
40. มีคนในครอบครัวของท่านเป็นโรคหัวใจ		
(4)		
41. พันธ่องท่านหักไปมากกว่าครึ่ง		
42. ท่านเป็นโรคลักปิดลักเปิด (เลือดออกตามไรฟัน) .		
43. ท่านมักปวดฟันอย่างรุนแรง		
44. ลิ้นของท่านเป็นฝ้าหนา		
45. ท่านมักรู้สึกเบื่ออาหาร		
46. ท่านชอบรับประทานของหวานหรือของจุกจิกระหว่าง เวลาอาหารเสมอ		
47. ท่านเป็นคนกินอาหารเร็ว		
48. ท่านมีอาการท้องอืดท้องเฟ้อบ่อย ๆ		
49. ท่านรู้สึกอึดอัดภายหลังรับประทานอาหารเสมอ ...		
50. ท่านมักเรอบ่อย ๆ ภายหลังรับประทานอาหาร ...		
51. ท่านรู้สึกคลื่นไส้และปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร ...		
52. ท่านรู้สึกไม่สบายเนื่องจากอาหารไม่ย่อย		
53. ท่านมักปวดท้องจนตัวงอ		
54. ท่านได้รับความทรมานจากโรคกระเพาะอาหารเสมอ		
55. มีคนในครอบครัวของท่านเป็นโรคเกี่ยวกับกระเพาะ อาหาร		
56. แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นแผลในกระเพาะอาหาร		
57. ท่านมักอุจจาระเป็นน้ำ		
58. ท่านเคยมีพยาธิในลำไส้		
59. ท่านเคยเป็นโรคท้องร่วงอย่างแรง		
60. ท่านท้องผูกบ่อย ๆ		
61. ท่านเคยเป็นโรคติดเชื้อดวงทวารหนัก		

	ใช่	ไม่ใช่
62. ท่านเคยเป็นโรคคิซ่าน (ตัวเหลืองตาเหลือง)		
63. ท่านเคยเป็นโรคตับหรือถุงน้ำดี		
(5)		
64. ท่านมักปวดและบวมตามข้อบ้อย ๆ		
65. กล้ามเนื้อและข้อต่อของท่านมักแข็งตึงเป็นประจำ .		
66. ท่านมักปวดที่แขนหรือขาอยู่เสมอ		
67. ท่านเดิน ไม่ได้ด้วยโรคปวดบวมในข้อ		
68. มีคนในครอบครัวของท่านเป็นโรคปวดบวมในข้อ ..		
69. เท้าของท่าน ไม่แข็งแรงหรือปวดทำให้ ไม่มีความสุข		
70. อาการปวดหลังทำให้ท่านทำงานล่าช้า		
71. ความพิการของร่างกายทำให้ท่านรู้สึกลำบาก		
(6)		
72. ผิวหนังของท่านอ่อนและไวต่อความรู้สึก		
73. แผลที่ผิวหนังของท่านมักหายช้า		
74. ท่านหน้าแดงเป็นประจำ		
75. ท่านมีเหงื่อออกมากแม้แต่ในเวลาที่มีอากาศเย็น ..		
76. ท่านมีอาการคันตามผิวหนังอย่างรุนแรงบ่อย ๆ ...		
77. ผิวของท่านมักเป็นผื่นคันได้ง่าย		
78. ท่านเป็นฝีบ่อย ๆ		
(7)		
79. ท่านไม่สบายจากการปวดศีรษะอย่างรุนแรงบ่อย ๆ		
80. อาการปวดศีรษะในศีรษะทำให้ชีวิต ไม่น่ารื่นรมย์		
81. โรคปวดศีรษะเป็น เรื่องธรรมดา ในครอบครัวของท่าน		
82. บางครั้งท่านรู้สึกเป็น ไข้สัปดาห์ร้อนสัปดาห์หนาว		
83. ท่านรู้สึกเวียนศีรษะบ่อย ๆ		

	ใช่	ไม่ใช่
84. ท่านรู้สึกเหมือนจะเป็นลมบ่อย ๆ		
85. ท่านเคยเป็นลมมากกว่าสองครั้งในชีวิต		
86. บางส่วนของร่างกายของท่านชา และไม่มีความรู้สึก บ่อย ๆ		
87. ท่านเคยเป็นอัมพาตที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย		
88. ท่านเคยเป็นลมจนหมดสติ		
89. บางครั้งท่านมีอาการกระตุกที่หน้า ศีรษะหรือไหล่		
90. ท่านเคยเป็นโรคลมชัก		
91. มีคนในครอบครัวของท่านเป็นโรคลมชัก		
92. ท่านชอบกัดเล็บจนकु		
93. ท่านรู้สึกรำคาญที่หูคืดอ้าง		
94. ท่านลุกขึ้นเดินและเมื่อยอะหลับ		
95. ท่านบัสสาวะรดที่นอน		
96. ท่านบัสสาวะรดที่นอนในระหว่างอายุ 8 - 14 ปี.. ..		
(8) (เฉพาะท่านสุภาพสตรีเท่านั้น)		
97. เวลาที่มีประจำเดือนท่านมักจะรู้สึกเจ็บบริเวณท้องน้อย		
98. ท่านมักรู้สึกเพลียหรือ ไม่สบายในระหว่างมี ประจำเดือน		
99. ท่านต้องนอนพักเสมอ ๆ ในระยะที่มีประจำเดือน . ..		
100. ท่านรู้สึกเครียดและหงุดหงิดเสมอในระหว่าง มีประจำเดือน		
101. ท่านเคยมีความรู้สึกร้อนวูบวาบและเหงื่อแตกทั่วตัว บ่อย ๆ		
102. ท่านมีตกขาว		
103. ทำต้องลุกขึ้นมากกลางดึกเพื่อถ่ายบัสสาวะทุกคืน ...		

	ใช่	ไม่ใช่
104. ในเวลากลางคืนท่านต้องถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ		
105. ท่านรู้สึกปวดแสบปวดร้อนบ่อย ๆ ในเวลา ปัสสาวะ		
106. บางครั้งท่านกลั้นปัสสาวะ ไว้ไม่อยู่		
107. แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นโรคไต หรือโรคของ กระเพาะปัสสาวะ		
(เฉพาะท่านสุภาพบุรุษเท่านั้น)		
97. ท่านเคยมีความผิดปกติอย่างรุนแรงที่บริเวณ อวัยวะสืบพันธุ์		
98. ท่านมีอาการเจ็บปวดหรือแสบที่อวัยวะสืบพันธุ์บ่อย ๆ		
99. ท่านเคยได้รับการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์		
100. แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นไส้เลื่อน		
101. ท่านเคยปัสสาวะออกมามีเลือดปน		
102. ตอนเริ่มถ่ายปัสสาวะท่านรู้สึกลำบาก ในการตั้งหลักนั่ง		
(9)		
108. ท่านมักจะเหนื่อยอ่อนหรือหมดเรี่ยวแรงบ่อย ๆ ...		
109. การทำงานทำให้ท่านรู้สึกเหนื่อยอ่อนและเพลียมาก		
110. ในตอนเช้าท่านมักจะตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกเพลีย ไม่มีแรง		
111. การทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ทำให้ท่านเหนื่อย ...		
112. ท่านรู้สึกเหนื่อยเพลียแม้แต่อาหารก็ไม่อยากกิน ...		
113. ท่านไม่สบายจากประสาทเครียด		
114. มีบุคคล ในครอบครัวของท่านเป็นโรคประสาทเครียด		
(10)		
115. ท่านป่วยบ่อย ๆ		
116. ท่านมักจะล้มหมอนนอนเสื่อเพราะความป่วยไข้ ...		

	ใช่	ไม่ใช่
117. สุขภาพของท่านไม่ดีเสมอ		
118. ใคร ๆ ว่าท่านเป็นคนขี้โรค		
119. ท่านมาจากครอบครัวที่ขี้โรค		
120. ความเจ็บปวดอย่างร้ายกาจทำให้ท่านทำงานไม่ได้		
121. ท่านเบื่อหน่ายต่อความวิตกกังวล ในสุขภาพของท่าน		
122. ท่านป่วยบ่อยและ ไม่มีความสุขเลย		
123. ท่านเป็นทุกข์จากสุขภาพไม่ดีเป็นประจำ		
(11)		
124. ท่านเคยเป็นไข้ดำอืดแดง		
125. ในวัยเด็กท่านเคยเป็นโรคปวดตามข้อหรือกระดูก ที่แขน ขา		
126. ท่านเคยเป็นไข้จับสั่น		
127. ท่านเคยได้รับการรักษา โรคโลหิตจาง		
128. ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับกามโรค		
129. ท่านเคยเป็นโรคเบาหวาน		
130. แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นโรคคอพอก		
131. ท่านเคยได้รับการรักษา โรคเนื้องอกหรือมะเร็ง ..		
132. ท่านได้รับความทรมานจากโรคที่เป็นเรื้อรัง		
133. ท่านมีน้ำหนักรับตัวน้อยเกินไป		
134. ท่านมีน้ำหนักรับตัวมากเกินไป		
135. แพทย์เคยบอกว่าท่านเป็นเส้นเลือดอุดตัน		
136. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดใหญ่		
137. ท่านเคยบาดเจ็บร้ายแรง		
138. ท่านมักได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บเล็กน้อย ๆ น้อย ๆ บ่อยครั้ง ๆ		

	ใช่	ไม่ใช่
(12)		
139. ท่านหลับยากหรือหลับได้ไม่เต็มที่เสมอ		
140. ท่านหาเวลาพักผ่อนชั่วครู่ชั่วยามในแต่ละวัน ไม่ใคร่ได้		
141. ท่านหาเวลาออกกำลังกายทุกวัน ไม่ได้		
142. ท่านสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน		
143. ท่านดื่มน้ำชาหรือกาแฟมากกว่าวันละ 6 แก้ว		
144. ท่านดื่มเหล้ามากกว่าวันละ 2 แก้ว		
(13)		
145. ท่านมักจะเหงื่อแตกและกลัวมากในระหว่างสอบ ..		
146. ท่านตื่นตื่นและสั่นกลัวเมื่อผู้บังคับบัญชาเข้ามาใกล้ ท่าน		
147. ท่านทำงานผิดพลาดเมื่อผู้บังคับบัญชาจ้องมองท่านอยู่		
148. ความคิดของท่านสับสนเมื่อต้องทำงานอย่างรวดเร็ว		
149. ท่านต้องทำงานอย่างช้า ๆ เพื่อไม่ให้ผิดพลาด ...		
150. ท่านมักแปลความหมายของคำสั่งและคำแนะนำผิด ๆ เสมอ		
151. ท่านหวาดกลัวคนแปลกหน้าหน้าสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย		
152. ท่านรู้หวาดกลัวเมื่อต้องอยู่คนเดียว โดยไม่เพื่อน อยู่ใกล้		
153. ท่านมักมีความลำบากในการตัดสินใจ		
154. ท่านปรารถนาที่จะให้มีใครอยู่ใกล้ ๆ เพื่อแนะนำท่าน		
155. ใคร ๆ ว่าท่านเป็นคนงมง่าย		
156. ท่านรู้สึกลำบากใจที่จะต้องรับประทานอาหาร ในที่อื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่ที่บ้านของท่าน		

	ใช่	ไม่ใช่
(14)		
157. ท่านรู้สึกเหงาหงอยไม่ร่าเริง เวลาไปงานเลี้ยง สังสรรค์		
158. ท่านรู้สึกมีความสุขและเศร้า โศกเป็นประจำ		
159. ท่านร้องไห้บ่อย ๆ		
160. ท่านรู้สึกทุกข์ใจและเหี่ยวแห้งเสมอ		
161. ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต		
162. ท่านอยากตายไปเสียให้พ้นจากทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้ บ่อย ๆ		
(15)		
163. ความกังวลทำให้ท่านรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า		
164. บุคคลในครอบครัวของท่านมักเป็นคนขี้วิตกกังวล ..		
165. ท่านเป็นคนหงุดหงิดด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ		
166. ใคร ๆ ว่าท่านเป็นคนหงุดหงิด		
167. บุคคลในครอบครัวของท่านหงุดหงิดง่าย		
168. ท่านเคยเป็นโรคประสาท		
169. มีบุคคลในครอบครัวของท่านเป็นโรคประสาท		
170. ท่านเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคประสาท ในโรงพยาบาลโรคจิต		
171. มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยรับการรักษาเกี่ยวกับ โรคประสาทในโรงพยาบาลโรคจิต		
(16)		
172. ท่านเป็นคนขี้อายหรือมีอาการอ่อนไหวง่าย		
173. ท่านมาจากครอบครัวที่ขี้อายหรือมีอาการอ่อนไหวง่าย		
174. ท่านโกรธง่าย		
175. ท่านไม่สบายใจเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับตัวท่าน		

	ใช่	ไม่ใช่
176. ใคร ๆ ว่าท่านเป็นคนใจน้อย		
177. คนอื่นมักเข้าใจท่านผิด ๆ เสมอ		
(17)		
178. ท่านเป็นคนระวังตัวอยู่เสมอแม้แต่ในหมู่เพื่อนฝูง ...		
179. ท่านเป็นคนทำอะไรทุนหันปลิ้นปล้อน		
180. ท่านอารมณ์เสื่อง่าย		
181. ท่านต้องคอยควบคุมอารมณ์ของตัวเองอยู่เสมอ ...		
182. สิ่งรบกวนเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ทำให้ท่านโกรธ		
183. ท่านโกรธเมื่อมีใครมาสั่งให้ท่านทำ		
184. คนอื่นชอบทำให้ท่านรำคาญและหงุดหงิด		
185. ท่านรู้สึกโกรธเมื่อ ไม่ได้สิ่งที่ต้องการให้ทันทีทันใด		
186. ท่านมักจะมีอารมณ์เกรี้ยวกราดได้ง่าย		
(18)		
187. ท่านมักกลัวจนตัวสั่น		
188. ท่านมักตื่นตื่นหวาดกลัวอยู่เสมอ		
189. เสียงดังที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันทำให้ท่านตกใจ จนขวัญหนี		
190. ท่านรู้สึกตกใจและหมดแรงเมื่อมีคนตะ โจนใส่ท่าน		
191. ท่านรู้สึกกลัวเมื่อมีเสียงกรอกรบในเวลากลางคืน		
192. ท่านมักจะฝันร้ายและตื่นขึ้นมากกลางคืน		
193. ท่านมักจะคิดถึง เรื่องที่น่ากลัวเสมอ		
194. ท่านมักจะกลัว โดย ไม่มีเหตุผล		
195. ท่านมักจะตกใจกลัวจนเหงื่อแตกบ่อย ๆ		

ความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านในปัจจุบัน

.....

.....

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวจินตนา ชื้อสกุล ศรีหล้า

เกิดวันที่ 14 เดือนมกราคม พุทธศักราช 2506

สถานที่เกิด อำเภอตาคลี จังหวัดชัยนาท

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 100/116 หมู่ 5 ซอยศิริเกษม แขวงบางไผ่ เขตภาษีเจริญ
กรุงเทพฯ 10160

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงสมเด็จพระเจ้าพระยา
เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2524 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนชินารสวิทยาลัย กรุงเทพฯ

พ.ศ. 2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา
จังหวัดนนทบุรี

พ.ศ. 2530 กศ.บ. (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พลศึกษา

พ.ศ. 2533 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพฯ

พ.ศ. 2537 กศ.ม. (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

บทคัดย่อ

ของ

จินตนา ศรีหล้า

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2537

ความมุ่งหมายของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุรา ที่มารักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดื่มสุรา ลักษณะการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุรา ต่อวัน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคพิษสุราที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาแผนกผู้ป่วยใน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2536 จำนวน 100 คน เป็นเพศชาย 85 คนและเพศหญิง 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้คือแบบสอบถาม ซี เอ็ม ไอ (C.M.I. : The Cornell Medical Index - health Questionnaire) วิเคราะห์ข้อมูลโดยทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2 - test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 65 มีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย ร้อยละ 33.00 สุขภาพจิตดี ร้อยละ 2.00
2. ระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคพิษสุราในโรงพยาบาลสุราในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา มีความสัมพันธ์กันกับระยะเวลาในการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ลักษณะการดื่มสุรา ขนาดในการดื่มสุราต่อวันและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กัน

MENTAL HEALTH OF ALCOHOLISM PATIENT
IN SOMDET CHAOPRAYA HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
JINTANA SRILA

Presented in partial fulfillment of the requirements for
the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

May 1994

The objectives of this study was to study the mental health Status of Alcoholism Patient in Somdet Chaopraya Hospital and also study the relation between the status of sex, age, marital status, economical status, space of time in drinking, aspect in drinking, quantity in drinking, number of admission in hospital.

The population were 100 alcoholism patients in Somdet Chaopraya Hospital in February to March in 1993. The Cornell Medical Index-Health Questionaired (C.M.I) were used to collect the Demographic data and the data were then analysed by using chi-square test (χ^2 - test)

This result of this study revealed that :

1. 2.00 Percent, 33.00 percent, 65.00 percent of alcoholism patients had got good, fair and bad mental health status level respectively.

2. The relation between the mental health status of alcoholism patients. space of time in drinking was significant at .05 level. But there were no relation between sex, age, marital status, economical status aspect in drinking, quantity in drinking, number of admission in hospital.