

Original article

Prevalence and associated factors of addictive behaviors in patients with depressive symptoms

Nutnicha Kamontaypa¹, Rasmon Kalayasiri^{2,*}

¹Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Abstract

Background: Addictive behavior is a chronic problem. Addictive behaviors do not only occur in the general population, but have a greater impact in people with psychiatric conditions.

Objectives: The purpose of this descriptive study was to study the prevalence of addictive behaviors in patients with depressive symptoms and correlation between depression/personality and addictive behaviors in substance abuse, gambling and gaming.

Methods: Data from 107 patients with depressive symptoms were collected at the Psychiatric Out-patient Department of the King Chulalongkorn Memorial Hospital, between November 2022 - March 2023 by using the demographic and health questionnaire, the Big five personality scale, the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect (9Q), and the alcohol, tobacco, substance, gambling, and gaming sections of the International Consortium of the Health Outcomes Measurement (ICHOM). Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-squared test, and binary logistic regression.

Results: Of 107 subjects 28.0% had abnormal use of alcohol, 0.9% had abnormal use of cigarettes/tobacco, 0.9% and 1.9% had high and low- risk of drug use, 1.9%, 0.9%, and 3.7% had high, moderate, and low risk of gambling behavior, and 5.6% had abnormal gaming behavior. Factors significantly related to alcohol use disorder were the time of diagnosis of depression, 9Q score ($P < 0.05$) and having history of mania-psychotic symptoms ($P < 0.01$). Factors significantly related to gaming disorder were religious ($P < 0.05$) and income ($P < 0.01$).

Conclusion: Nearly one-third of patients with depressive disorder had abnormal alcohol use, followed by problems with gaming and gambling. These results can be used to make a suitable treatment plan for increasing the efficiency of treating depression and addiction and as a base for further study.

Keyword: Addictive behavior, depression, depressive disorders, gambling, gaming, personality.

*Correspondence to: Rasmon Kalayasiri, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

E-mail: Rasmon.k@chula.ac.th

Received: June 27, 2023

Revised: August 28, 2023

Accepted: October 13, 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของพฤติกรรมเสพติดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า

ณัฐนิชา กมลเทพา¹, รัศมน กัลยาศิริ²*

¹หลักสูตรสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: พฤติกรรมเสพติดถือเป็นปัญหาที่เรื้อรัง อย่างไรก็ตามพฤติกรรมเสพติดไม่ได้เกิดขึ้นกับบุคคลทั่วไปเท่านั้นแต่อาจจะส่งผลกระทบต่อมากขึ้นในผู้ที่มีภาวะทางจิตเวช

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมเสพติดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า/บุคลิกภาพและพฤติกรรมเสพติดในสารเสพติด การพนัน และการเล่นเกม

วิธีการทำวิจัย: เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 107 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 - มีนาคม พ.ศ. 2566 ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ มาตรวจวัดบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q และแบบประเมินจาก International consortium of health outcomes measurement เฉพาะหัวข้อการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบบุหรี่ ยาเสพติด การพนัน และการติดเกม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) และ binary logistic regression

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 28 ใช้นิโคติน/ยาสูบในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 0.9 มีการใช้สารเสพติดอื่นในเกณฑ์เสี่ยงสูงร้อยละ 0.9 และเสี่ยงต่ำร้อยละ 1.9 มีพฤติกรรมการเล่นพนันในเกณฑ์เสี่ยงสูงร้อยละ 1.9 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 0.9 และเสี่ยงต่ำร้อยละ 3.7 มีพฤติกรรมการเล่นเกมอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 5.6 ทั้งนี้ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คะแนนอาการซึมเศร้า และมีประวัติการเป็นแม่เนี่ยและ/หรือภาวะโรคจิต ($P < 0.01$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการเล่นได้แก่ ศาสนา ($P < 0.05$) และลักษณะรายได้ ($P < 0.01$)

สรุป: เกือบ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการใช้แอลกอฮอล์อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ ตามด้วยการมีความผิดปกติในการเล่นและการพนัน การศึกษานี้ทำให้เข้าใจพฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามากขึ้น สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าและการเสพติด และเป็นประโยชน์ในการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสพติด, โรคซึมเศร้า, ภาวะซึมเศร้า, การพนัน, การเล่นเกม, บุคลิกภาพ.

พฤติกรรมเสพติดถือเป็นปัญหาที่เรื้อรังมานานแรกเริ่มความสนใจเรื่องพฤติกรรมเสพติดจะเป็นการพูดถึงสารเสพติดเสียเป็นส่วนใหญ่ เพราะส่งผลกระทบแรง เร็ว และเป็นวงกว้าง จากสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556⁽¹⁾ พบความชุก 12 เดือนที่ผ่านมาของความผิดปกติในการใช้สารเสพติดปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 10.9 แยกเป็นความผิดปกติในการใช้แอลกอฮอล์ร้อยละ 5.3 การใช้นิโคตินร้อยละ 6.2 และความผิดปกติในการใช้ยาเสพติดร้อยละ 0.6 พฤติกรรมเสพติดนี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับบุคคลทั่วไปเท่านั้น แต่เป็นพฤติกรรมที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคน ตั้งแต่ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจไปถึงผู้ที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ แต่อาจจะส่งผลกระทบได้มากขึ้นในผู้ที่มีภาวะทางจิตเวช มีการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชที่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 พบความชุก 12 เดือนที่ผ่านมาของปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 13.4⁽¹⁾ และพบว่าในผู้ป่วยจิตเวชก็พบปัญหาพฤติกรรมเสพติดด้วยเช่นกัน ผู้ที่มีโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียปี สุขภาวะอันเป็นนโยบายหลักในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตภายใต้ นโยบายสุขภาพเพื่อลดภาระโรค⁽²⁾ จากการค้นคว้างานวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยจิตเวชและการใช้สารเสพติด และเหตุผลส่วนใหญ่ของการใช้สารเสพติดคือเพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคม ในการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์⁽³⁾ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 390 ราย พบว่าความชุกของการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงชีวิตและช่วง 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 86.2 และ 47.9 ตามลำดับ เมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สุรา ยาสูบ กัญชา ยาบ้า และกาเฟคคิดเป็นร้อยละ 81.5, 54.9, 21.3, 20.0 และ 18.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 13.7, 6.0, 4.5 และ 1.8 ตามลำดับ เหตุผลการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ คือ เพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคมร้อยละ 24.4 ต้องการบรรเทาอาการเบื่อ เซ็ง เหนงา ร้อยละ 15.7 และต้องการบรรเทาอาการข้างเคียงของยาจิตเวช ร้อยละ 7.0

ทั้งนี้ โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วไป พบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ได้ตั้งแต่

ร้อยละ 5 - 17 (เฉลี่ยร้อยละ 12)⁽⁴⁾ การศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยโดยเฉลี่ยพบความชุกร้อยละ 20 - 40⁽⁵⁾ หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมเสพติดร่วมด้วยอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่โรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมได้ ทำให้การบำบัดรักษามีความยากและซับซ้อนมากขึ้น จากการศึกษาความบกพร่องของทักษะทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย⁽⁶⁾ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย พบว่าความชุกของความบกพร่องของทักษะทางสังคมในผู้ป่วยซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 46.7 ปัจจัยทำนายความบกพร่องของทักษะทางสังคม ได้แก่ บุคลิกภาพด้านพฤติกรรมแบบเก็บตัว ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และบุคลิกภาพด้านสภาวะอารมณ์แบบอ่อนไหว ส่งผลเสียต่อทักษะทางสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก

“พฤติกรรมเสพติด” นอกเหนือจากการเสพติดในสารเสพติดแล้ว ผู้วิจัยได้หมายรวมถึงพฤติกรรมการติดเกมและการพนันให้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมเสพติดด้วย เนื่องจากมีรายงานว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีความผิดปกติในการเล่นเกมนำส่งผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับและคุณภาพชีวิตในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19⁽⁷⁾ ส่วนความผิดปกติในการพนันในมุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตเวชถือว่าเป็นกลุ่มของอาการป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยเรียกว่าโรคติดการพนัน (gambling disorder) โดยส่วนมากจะรู้สึกตึงเครียดหรือปลุกเร้าอย่างมากก่อนการกระทำและจะรู้สึกยินดีอิ่มเอมใจ หรือรู้สึกปลดปล่อยระหว่างที่กำลังกระทำ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่สามารถต่อต้านแรงกระตุ้น แรงผลักดัน หรือสิ่งยั่วยวนที่จะให้กระทำบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ความชุกของภาวะของการติดการพนันในประชากรทั่วไปที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศไทยพบร้อยละ 8 ของประชากร ซึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติของการควบคุมแรงกระตุ้นภายในมากกว่าปัญหาชนิดอื่น ๆ

การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวช ส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการเข้าสังคม และสาเหตุที่ทำให้บุคคลเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดทักษะการเข้าสังคมและการใช้สารเสพติด ผู้วิจัยจึงตั้งคำถามว่าภาวะซึมเศร้าที่มีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างไร และมีปัจจัยใดส่งผลร่วมกันบ้างที่ยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมเสพติดในผู้ป่วยซึมเศร้าในบริบทของคนไทยมาก่อน

อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีโรคร่วมอื่นหรืออาจยังไม่แสดงอาการอื่น ๆ ในขณะที่รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจแสดงอาการแฉะในภายหลังก็เป็นได้ ทั้งนี้ในงานวิจัยนี้จะไม่มีการวินิจฉัยผู้ป่วยในขณะที่เก็บข้อมูล ดังนั้นการศึกษานี้จึงทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า และรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้าจากการวินิจฉัยของจิตแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมเสพติดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเพื่อเป็นองค์ความรู้นำไปสู่ความเข้าใจและพัฒนารูปแบบการบำบัดพฤติกรรมเสพติดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในประเทศไทยต่อไป

การให้นิยาม ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยอาจารย์จิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการผิดปกติเป็นอาการซึมเศร้าติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่งมีการรับรู้ว่าตนเป็นโรคซึมเศร้าและเคยได้รับยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า ในการศึกษานี้อ้างอิงจากคะแนนในการตอบแบบสอบถามเพื่อสำรวจอาการโรคทางจิตเวชด้วยตัวอาสาสมัครเองไม่ใช่การประเมินจากจิตแพทย์

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive studies) เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าที่มีการรับรู้ว่าตนเป็นโรคซึมเศร้าและเคยได้รับยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามความสมัครใจของอาสาสมัครและมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยแบบสอบถาม 10 ส่วนโดยให้อาสาสมัครเป็นผู้กรอกข้อมูลเอง (self-rating) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด และลักษณะรายได้ ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ชีวิต ได้แก่ อาการโรคทางจิตเวช โรคประจำตัวทางกาย ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชของคนในครอบครัว ประวัติการรักษาทางจิตเวช และประวัติการใช้สารเสพติด สำหรับส่วนของคำถามที่เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อสำรวจอาการโรคทางจิตเวช ได้แก่ ภาวะแฉะ (mania) และภาวะโรคจิต (psychotic) ซึ่งอาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ใช้ข้อคำถามบางส่วนจาก M.I.N.I Lifetime

(adapted) ฉบับภาษาไทยโดยเลือกใช้โมดูล C manic episode และโมดูล O Psychotic disorders ส่วนที่ 4 แบบมาตรวัดบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบของคอสดาและแมคเคอร์โดยเลือกใช้แบบมาตรวัดบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ฉบับภาษาไทย⁽⁸⁾ ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง⁽⁹⁾ ส่วนที่ 6 - 10 มาจากแบบประเมิน International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) ได้แก่ ส่วนที่ 6 แบบประเมินความผิดปกติในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ PROMIS Item bank v1.0 - alcohol: Alcohol use - Short form 7a ส่วนที่ 7 แบบประเมินความผิดปกติในการใช้ยาสูบ PROMIS Item bank v1.0 - Smoking: Nicotine dependence for all smokers - Short form 8a ส่วนที่ 8 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอื่น PROMIS Item bank v1.0 - Severity of substance use - Short form 7a ส่วนที่ 9 แบบประเมินพฤติกรรมพนัน Problem gambling severity index (PGSI) ส่วนที่ 10 แบบคัดกรองพฤติกรรมการเล่นเกม Ten-item internet gaming disorder test (IGDT-10) รวมข้อคำถามจำนวน 128 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิตินำเสนอความชุกของพฤติกรรมเสพติดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ลักษณะรายได้ ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ชีวิต ได้แก่ อาการโรคทางจิตเวช โรคประจำตัวทางกาย ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชของคนในครอบครัว ประวัติการรักษาทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ประเภทบุคลิกภาพ ภาวะซึมเศร้า และประเภทของพฤติกรรมเสพติด เป็นค่าสัดส่วน ร้อยละ จากนั้นทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสพติดของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi - square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $P < 0.05$ แล้วทำการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสพติดของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า โดยอาศัยการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) ด้วยวิธี Forward: LR

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Med Chula IRB no. 219/65)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.8 ทั้งหมดมีอายุระหว่าง 18 - 42 ปีอายุน้อยกว่า 25 ปี มีจำนวนร้อยละ 42.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 81.3 สถานภาพโสด (ไม่เคยแต่งงาน) ร้อยละ 84.1 การศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 57.9 และมีลักษณะรายได้เป็นรายเดือนมากที่สุดร้อยละ 57.9 เคยมีอาการแมเนียและหรือภาวะโรคจิตร่วมด้วยร้อยละ 60.7 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 72.9 และไม่มีญาติสายเลือดเดียวกันเป็นโรคทางจิตเวชร้อยละ

76.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 2 - 5 ปี ร้อยละ 38.3 ใกล้เคียงกับระยะเวลา 6 เดือน - 2 ปี ร้อยละ 32.7 ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ร้อยละ 88.3 และกำลังรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาร้อยละ 97.2 เคยเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวชร้อยละ 71 อาสาสมัครส่วนใหญ่เคยใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 57.8 แต่ไม่เคยใช้บุหรี่/ยาสูบ ร้อยละ 70.1 และไม่เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 90.7

ส่วนมากมีคะแนนบุคลิกภาพแบบหว้งไหว (neuroticism) สูงร้อยละ 72 คะแนนบุคลิกภาพแบบแสดงตัว (extraversion) ต่ำ-ปานกลางร้อยละ 86.9 คะแนนบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ (openness to experience) ต่ำ-ปานกลางร้อยละ 62.6 คะแนนบุคลิกภาพ

Table 1. The number and percentage of demographic, health and big-five personality score.

Factors	N = 107	Percentage	Factors	N = 107	Percentage
Gender			Neuroticism		
Male	24	22.4	Low-medium	30	28.0
Female	80	74.8	High	77	72.0
Others	3	2.8			
Age (years)			Extraversion		
18 - 20	20	18.7	Low-medium	93	86.9
21 - 24	25	23.4	High	14	13.1
25 - 42	62	57.9			
Religious			Openness to experience		
Buddhism	87	81.3	Low-medium	67	62.6
Others	20	18.7	High	40	37.4
Marital status			Agreeableness		
Single	90	84.1	Low-medium	30	28.0
Married	17	15.9	High	77	72.0
Income			Conscientiousness		
Monthly	62	57.9	Low-medium	71	66.4
Unstable	18	16.9	High	36	33.6
No income	27	25.2			
Mania/Psychotic			9Q score		
Never	42	39.3	Low-medium	36	33.6
Used to	65	60.7	Severe	71	66.4
Duration of depressive disorders			History of substance use in 30 days		
< 2 Years	50	46.7	Alcohol	35	32.7
≥ 2 Years	57	53.3	Nicotine	13	12.0
Medical treatment	104	97.2	Other substance	0	0.0

Table 2. Prevalence of addictive behaviors in patients with depressive disorders.

Addictive behaviors	N = 107	Percentage	Addictive behaviors	N = 107	Percentage
Alcohol use in 30 days			Gambling in 12 months		
Abnormal use	30	28.0	High-risk use	2	1.9
Use	16	15.0	Medium-risk use	1	0.9
Non-use	61	57.0	Low-risk use	4	3.7
Nicotine use in 30 days			Gaming in 12 months		
Abnormal use	1	0.9	Non-use	74	69.2
Use	16	15.0	No identify	26	24.3
Non-use	90	84.1	Gaming in 12 months		
Other substances use in 30 days			Abnormal use	6	5.6
High-risk use	1	0.9	Use	27	25.2
Low-risk use	2	1.9	Non-use	73	68.3
Non-use	104	97.2	No identify	1	0.9

แบบประนีประนอม (agreeableness) สูงร้อยละ 72 คะแนน บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก (conscientiousness) ต่ำปานกลางร้อยละ 66.4 และมีคะแนนจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยกลางอยู่ในระดับซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 66.4

จากแบบประเมินพฤติกรรมเสพติดแต่ละด้าน พบว่าอาสาสมัครผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1) มีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 28 ใช้แต่ไม่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 15 และส่วนใหญ่ไม่ใช้ร้อยละ 57; 2) มีการใช้บุหรี่/ยาสูบที่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 0.9 ใช้แต่ไม่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 15 และส่วนใหญ่ไม่ใช้ร้อยละ 84.1; 3) มีการใช้สารเสพติดอื่นที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูงร้อยละ 0.9 เสี่ยงต่ำร้อยละ 1.9 และส่วนใหญ่ไม่ใช้ร้อยละ 97.2; 4) มีพฤติกรรมการเล่นพนันที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูงร้อยละ 1.9 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 0.9 เสี่ยงต่ำร้อยละ 3.7 และส่วนใหญ่ไม่ใช้ร้อยละ 69.2; และ 5) มีพฤติกรรมการเล่นเกมที่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 5.6 ใช้แต่ไม่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 25.2 และส่วนใหญ่ไม่ใช้ร้อยละ 68.2

พฤติกรรมเสพติดในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 30 วัน พบว่าศาสนา ลักษณะรายได้ ประวัติการใช้บุหรี่/ยาสูบในช่วง

30 วัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และบุคลิกภาพแบบประนีประนอม (agreeableness) ($P < 0.01$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และอาการแมเนีย/ภาวะโรคจิต ($P < 0.01$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงผิดปกติในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าศาสนา อาการแมเนีย/ภาวะโรคจิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และมีปัจจัยที่น่าสนใจ เนื่องจากมีค่าเข้าใกล้นัยสำคัญได้แก่แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ($P = 0.062$)

พฤติกรรมเสพติดบุหรี่/ยาสูบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บุหรี่/ยาสูบพบว่าประวัติการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 30 วัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในด้านอื่น

พฤติกรรมเสพติดสารเสพติดอื่น ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้และด้านอื่น เนื่องจากจำนวนตัวอย่างไม่เพียงพอ

พฤติกรรมเสพติดการพนัน พบปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเล่นพนัน เนื่องจากมีค่าเข้าใกล้นัยสำคัญ ($P = 0.05$) ได้แก่ บุคลิกภาพแบบหวุ่นไหว (neuroticism) และแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม

Table 3. Associated factors of alcohol and gaming behaviors.

Factors	Alcohol			Gaming		
	Use	Abnormal use	Risk of abnormal use	Use	Abnormal use	Risk of abnormal use
Gender						
Age						0.035 ^{*F}
Religious	0.025 ^{*X}		0.020 ^{*F}	0.017 ^{*F}		0.001 ^{**F}
Marital status						
Income	0.012 ^{*X}			0.007 ^{**F}		0.014 ^{**F}
Mania/psychotic		0.009 ^{**X}	0.035 ^{*X}			
Duration of disorders		0.040 ^{*X}				
Medical treatment						0.035 ^{*F}
Nicotine history	0.041 ^{*X}					
Substance history						
Neuroticism						
Extraversion						
Openness to experience						
Agreeableness	0.008 ^{**X}			0.062 ^X		
Conscientiousness				0.062 ^X		
9Q		0.012 ^{*X}	0.062 ^X			

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$; X, Chi square; F, Fisher's exact test.

Table 4. Predictive factors of alcohol behavior.

Factors	Abnormal use (n = 45)		95% CI	
	P - value	OR	Lower	Upper
Mania / psychotic	0.005 ^{**}	11.641	2.136	63.453
High agreeableness	0.048 [*]	5.465	1.015	29.425

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$

พฤติกรรมเสพติดการเล่นเกม พบว่าไม่มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเล่นเกมแต่เป็นที่สังเกตว่ามี 2 ปัจจัยที่มีค่าเข้าใกล้นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบประนีประนอม (agreeableness) และ บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก (conscientiousness) ($P = 0.062$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการเล่นเกม พบว่าศาสนา ($P < 0.05$) และลักษณะรายได้ ($P < 0.01$) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสียหายผิดปกติในการเล่นเกมพบว่าเมื่อแบ่งกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปีขึ้นไป จะไม่พบ

ความสัมพันธ์ แต่เมื่อแบ่งกลุ่มอายุใหม่เป็น มากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปีขึ้นไป พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเสียหายผิดปกติในการเล่นเกมด้วย ดังนั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ลักษณะรายได้ กำลังรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยา ($P < 0.05$) และศาสนา ($P = 0.001$) จากการวิเคราะห์ ความถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) ด้วยวิธี Forward: LR พบปัจจัยทำนายความผิดปกติในการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ อาการเมเน็ย โรคจิต และบุคลิกภาพแบบ

ประนีประนอมสูง กล่าวคือ ผู้ที่มีอาการแฉะและ/หรือโรคจิต มีแนวโน้มที่มีความผิดปกติในใช้เครื่องตีมแอลกอฮอล์เป็น 11.641 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาการแฉะ โรคจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 11.641, P < 0.01$) และ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบประนีประนอมในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติในการใช้เครื่องตีมแอลกอฮอล์เป็น 5.465 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบประนีประนอมในระดับต่ำ-ปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 5.465, P < 0.05$) แต่ไม่พบปัจจัยทำนายความผิดปกติในพฤติกรรมเสพติดในการศึกษานี้

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้เครื่องตีมแอลกอฮอล์ที่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 28 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Davis L. และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการเกิดโรคร่วมเป็นการเสพติดสาร เช่น แอลกอฮอล์ หรือ ยาเสพติดพบว่า เกือบ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติ และมีการใช้อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติมากที่สุด 5 พฤติกรรมเสพติดที่ทำการศึกษา เรียงตามลำดับ ได้แก่ เครื่องตีมแอลกอฮอล์ การเล่นเกม การเล่นพนัน เสี่ยงสูง การสูบบุหรี่/ยาสูบ และการใช้สารเสพติดอื่นเสี่ยงสูง ใกล้เคียงกับการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์⁽³⁾ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 390 ราย พบว่าเมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สุรา ยาสูบ กัญชา ยาบ้า และกาแฟ อาจเป็นเพราะฤทธิ์จากแอลกอฮอล์ ซึ่งจะกดประสาท ทำให้มีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว อารมณ์ และสติสัมปชัญญะ⁽¹¹⁾ ทำให้รู้สึกมึนงงหรือคลายความกังวลหรือเพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายที่อาจขาดทักษะการเข้าสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้บุหรี่/ยาสูบที่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 0.9 และที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 15 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง บุคลิกภาพและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในผู้ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2561⁽¹²⁾ เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครที่สูบบุหรี่จำนวน 115 ราย ส่วนใหญ่มีคะแนนการติดนิโคตินต่ำ อยู่ในกลุ่มไม่ติดนิโคติน ทั้งนี้พบว่ามีผู้ใช้บุหรี่/ยาสูบที่ป่วยโรคซึมเศวร้อยละ 15 เป็นจำนวนที่สูงกว่าการศึกษาในประเทศจีนโดย Li XH. และคณะ⁽¹³⁾ ในอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย 1,102 ราย ที่พบความชุกของ

การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยซึมเศร้า MDD ร้อยละ 10.6 คาดว่านิโคตินในบุหรี่/ยาสูบทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ stimulatory effects และเกิดการใช้สารนี้ขึ้นมาได้จากการออกฤทธิ์ต่อระบบโดพามีน⁽¹¹⁾ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายในผู้ป่วยบางราย และในงานวิจัยนี้ยังพบว่าประวัติการใช้เครื่องตีมแอลกอฮอล์ในช่วง 30 วัน มีความสัมพันธ์กับการใช้บุหรี่/ยาสูบในกลุ่มตัวอย่าง ($P < 0.05$)

ในการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์⁽³⁾ เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคกับพฤติกรรม การใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวช โรคไบโพลาร์ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรม การใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงร้อยละ 13.7, 6.0, 4.5 และ 1.8 ตามลำดับ แต่ในงานวิจัยนี้พบการใช้สารเสพติดอื่นที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูงร้อยละ 0.9, เสี่ยงต่ำร้อยละ 1.9 ผลการวิจัยนี้อาจเกิดได้จากความรู้สึกปลอดภัยในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการใช้สารเสพติดเป็นเรื่องผิดกฎหมาย และการไม่ระบุหรือยกตัวอย่างชนิดสารเสพติดให้ชัดเจนในแบบสอบถาม อาจทำให้ผู้ตอบเกิดความไม่แน่ใจได้ เช่น กัญชา ซึ่งยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ว่าสามารถใช้ได้อย่างอิสระหรือไม่ ส่งผลให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ทางสถิติด้วย

สำหรับประชากรทั่วไป พบความชุกของภาวะของการติดการพนันที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศไทยร้อยละ 8 แตกต่างจากงานวิจัยนี้ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าพบพฤติกรรมการเล่นพนันที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูงร้อยละ 1.9, เสี่ยงปานกลางร้อยละ 0.9, เสี่ยงต่ำร้อยละ 3.7 และแตกต่างจากการศึกษาของ Kennedy SH. และคณะ⁽¹⁴⁾ จากอาสาสมัครชาย จำนวน 200 ราย หญิง จำนวน 379 ราย รวม 579 ราย พบความชุกของปัญหาติดพนันในผู้ป่วยโรคซึมเศวร้อยละ 12.5 แบบสอบถามในพฤติกรรมนี้ มีการหายของข้อมูลมากที่สุดทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ อาจเกิดจากการจัดเรียงหน้าของแบบสอบถามที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้และการไม่ระบุให้ชัดเจนว่าสิ่งใดหมายถึงการพนันบ้าง เช่น สลากกินแบ่งรัฐบาล การเล่นเกม การเล่นเกมในในกลุ่มคนสนิท ฯลฯ ถือเป็นการเล่นหรือไม่ ผู้วิจัยคาดว่าเกิดจากความไม่ชัดเจนทางภาษาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของพฤติกรรมนี้

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเล่นเกมที่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติร้อยละ 5.6 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanthasin T. และคณะ⁽¹⁵⁾ ทำการศึกษาความความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดเกม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมาธิสั้น

และภาวะย้ำคิดย้ำทำในนักเรียนอายุ 10 - 18 ปี จำนวน 200 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เสี่ยงเป็นภาวะเสพติดเกมระดับปานกลาง จำนวน 189 ราย (ร้อยละ 94.5) อาจเป็นเพราะการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ช่วงอายุ และโรคทางจิตเวช แต่หากทำการศึกษซ้ำในอีก 5 - 10 ปี อาจมีผลที่แตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ในการเก็บข้อมูลพบผู้ที่เล่นเกมปฏิเสธในการเก็บข้อมูลเพราะไม่สะดวก เนื่องจากเล่นเกมอยู่เป็นจำนวนหนึ่ง

จากการศึกษานี้ผู้วิจัยเห็นควรให้มีการประเมินพฤติกรรมเสพติดควบคู่กับการรักษาโรคซึมเศร้าไปด้วย และพิจารณาใช้ยาหรือพฤติกรรมบำบัดในผู้ที่มีภาวะเสพติดเพื่อวางแผนในการรักษาให้เหมาะสมและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าและภาวะเสพติดควบคู่กัน

เอกสารอ้างอิง

1. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *J Ment Health Thai* 2017;25:1-19.
2. Kusreesakul K, Kittirattanapaiboon P, Makka K, Bundhamcharoen K. The burden of mental and alcohol/substance use disorders in Thailand 2014. *J Ment Health Thai* 2018;26:1-15.
3. Maneeganol S, Arunponpaisal S, Pimpanit V, Jarassaeng N, Boontoch K. Prevalence of substance use in psychiatric outpatient clinic at Srinagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014;59:371-80.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
5. Lueboonthavatchai O, Lueboonthavatchai P. Psychosocial treatment for depressive disorder. Bangkok: Thanapress; 2010.
6. Kurimoto P. Social skills deficits and the associated factors of patients with depressive disorders in outpatient Psychiatric Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2019.
7. Fazeli S, Mohammadi Zeidi I, Lin CY, Namdar P, Griffiths MD, Ahorsu DK, et al. Depression, anxiety, and stress mediate the associations between internet gaming disorder, insomnia, and quality of life during the COVID-19 outbreak. *Addict Behav Rep* 2020;12: 100307.
8. Banlue K. Narcissism and five-factor personality as predictors of leader emergence in an unacquainted group. Bangkok: Faculty of Psychology, Chulalongkorn University; 2010.
9. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating Scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63:321-34.
10. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:14-8.
11. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi essential psychiatry. 4nd ed. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, 2015.
12. Jatuporn P. The Personality traits and smoking behavior in patients at the check-up clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2018.
13. Li XH, An FR, Ungvari GS, Ng CH, Chiu HFK, Wu PP, et al. Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder, major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. *Sci Rep* 2017;7:8430.
14. Kennedy SH, Welsh BR, Fulton K, Soczynska JK, McIntyre RS, O'Donovan C, et al. Frequency and correlates of gambling problems in outpatients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 2010;55:568-76.
15. Chanthasin T, Wisessathorn M, Saetang P. The Relationship among internet gaming disorder, depression disorder, attention deficit hyperactive disorder, and obsessive-compulsive disorder in high school students with internet gaming disorder of Bangkok. *Rajapark J* 2019;13:279-91.