



ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ ๒๕๕๑

พันธรัณภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, พ.บ.¹

วชิระ เพ็งจันทร์, พ.บ.¹

วรวรรณ จุฑา, กศ.ม.¹

ชรณินทร์ กองสุข, พ.บ.²

จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, รพ.ศ.²

เกษราภรณ์ เคนบุปผา, วท.ม.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของโรคจิตเวชร่วมในคนไทย

วัสดุและวิธีการ เป็นการสำรวจระบาดวิทยาาระดับชาติ ๒๕๕๑ ในประชากรอายุ 15–59 ปี จำนวน 17,140 คน สุ่มแบบ stratified three-stage cluster sampling ด้วยเครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย สัมภาษณ์โดยบุคลากรสุขภาพจิต คิดค่าสถิติจากค่าประมาณสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนัก

ผล พบความชุกของโรคจิตเวชร่วมร้อยละ 1.4 โดยพบโรคจิตเวชร่วมภายในกลุ่มโรคเดียวกัน (homotypic comorbidity) ร้อยละ 0.3 และโรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างกัน (heterotypic comorbidity) ร้อยละ 1.1 โรคจิตเวชร่วมภายในกลุ่มโรคเดียวกันพบ mixed bipolar disorder ร้อยละ 34.7 ของ bipolar disorder ทั้งหมด โรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างกันพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงพบความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับโรควิตกกังวลมากที่สุดคือร้อยละ 14.7 ของโรคจิตเวชใดๆ ผู้ชายพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุดคือร้อยละ 3.4 ของโรคจิตเวชใดๆ ผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วมพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นมากโดยเฉพาะผู้หญิง สองในสามของผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับโรควิตกกังวลและเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์พบความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

สรุป โรคจิตเวชร่วมพบได้น้อย แต่ผู้ที่มีโรคจิตเวชมีโอกาสพบโรคจิตเวชร่วมสูง โดยเฉพาะผู้หญิง ผู้มีโรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างกันมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นมาก ระบบบริการสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญและจัดบริการเฉพาะทางสำหรับผู้มีโรคจิตเวชร่วม

คำสำคัญ : ความชุก โรคจิตเวชร่วม ไทย

¹ กรมสุขภาพจิต

² โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.¹

Thoranin Kongsuk, M.D.²

Wachira Pengjuntr, M.D.¹

Jintana Leejongpermpoon, M.P.A.²

Worawan Chutha, M.Ed.¹

Kedsaraporn Kenbubpha, M.Sc.²

Abstract

Objective To determine the prevalence of psychiatric comorbidity, the co-occurrence of two or more psychiatric diagnoses, in Thai people.

Materials and methods Target population of the 2008 National Mental Health Survey (Thai-NMH Survey) was civilian non-institutionalized people aged between 15 and 59 years residing in households. Stratified three-stage random sampling was applied. A random sample of 17,140 Thai people was interviewed by using the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) version 5.0. To be a nationally representative data, design, gender and response weights were applied.

Results The prevalence of psychiatric comorbidity was 1.4 %. Of these, 0.3 % was homotypic comorbidity (all psychiatric diagnoses being in the same category), and 1.1% was heterotypic comorbidity (the psychiatric diagnoses being in two or more categories). For the homotypic comorbidity, mixed bipolar disorder was found in 34.7 % of the respondents with bipolar disorder. Compared with men, the heterotypic comorbidity was more common in women. While the most common disorders in women were the comorbidity of affective and anxiety disorders (14.7 %), those in men were the comorbidity of alcohol use disorders and affective disorders (3.4 %). Individuals with psychiatric comorbidity, especially women, had an increased risk of suicide. Two-third of the respondents with comorbid affective and anxiety disorder and almost a half of those with comorbid alcohol use and affective disorders were at risk for suicide.

Conclusion Although the psychiatric comorbidity is uncommon. The individuals with psychiatric disorder increased risk of comorbidity especially in women. The heterotypic comorbidity was marked increased in suicidal risk. The mental health service system should consider the special services for psychiatric comorbidity.

Key words : prevalence, psychiatric comorbidity, Thai

¹ Department of Mental Health

² Prasimahabodi Psychiatric Hospital

บทนำ

ประชากรในโลกร้อยละ 25 ประสบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต พบได้ทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ และเชื้อชาติ และหนึ่งในทุกสี่ครอบครัวจะมีสมาชิกครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งคนเจ็บป่วยทางจิตเวช¹ จากรายงาน Epidemiological Catchment Area Study (ECA) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่มีโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งในช่วงชีวิตมีความผิดปกติของพฤติกรรมการติดยาเสพติด ร้อยละ 22² และจากรายงาน National Comorbidity Survey พบความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคจิตเวชร่วมตั้งแต่สองโรคขึ้นไปร้อยละ 45³

โรคจิตเวชร่วม (psychiatric comorbidity) หมายถึง ความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตั้งแต่สองโรคขึ้นไป มี 2 ชนิด ได้แก่ “homotypic comorbidity” ที่เป็นภาวะโรคร่วมในกลุ่มวินิจฉัยโรคเดียวกัน เช่น การติดสารเสพติดสองชนิดทั้งเสพยาและดื่มสุรา หรือ กลุ่มโรควิตกกังวลที่มีทั้ง panic disorder และ agoraphobia และ “heterotypic comorbidity” ที่เป็นภาวะโรคร่วมจากโรคที่ต่างกลุ่มวินิจฉัยโรค เช่น การติดสารเสพติดและโรควิตกกังวล เป็นต้น⁴ การเกิดโรคจิตเวชร่วมนั้นมีความสำคัญมาก เพราะจะส่งผลให้เกิดปัญหาการดำเนินของโรคที่รุนแรงเรื้อรังขึ้น เพิ่มอัตราการกลับป่วยซ้ำ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน บริการสุขภาพโดยรวมมากขึ้นและต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ส่วนในทางสังคมพบปัญหาในครอบครัว การหย่าร้างสูงขึ้น ปัญหาการเรียน การว่างงาน และปัญหาการเงิน⁵⁻⁷

ในประเทศไทยได้มีการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในคนไทยมาต่อเนื่องทุก 5 ปี มาแล้วสอง

ครั้งคือในปี พ.ศ. ๒๕๔๑⁸ และ พ.ศ. ๒๕๕๑⁹ ที่ผ่านมามีรายงานความชุกของโรคจิตเวชร่วมในผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการติดยา¹⁰ จากการสำรวจระดับประเทศเมื่อปี ๒๕๕๑ และรายงานความชุกของโรคจิตเวชรายโรคที่พบในผู้มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย¹¹ แต่ยังไม่เคยมีรายงานความชุกของโรคจิตเวชร่วมอื่นๆ ในระดับประเทศมาก่อน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานความชุกของโรคจิตเวชร่วมในคนไทย ประโยชน์ของการศึกษาจะทำให้ทราบความรุนแรงของปัญหา เป็นข้อมูลเพื่อการสร้างความตระหนักและเฝ้าระวังโรคจิตเวชร่วมในบริการจิตเวชทั่วไป และวางแผนระบบบริการเฉพาะโรคจิตเวชร่วมให้มีคุณภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้ได้ข้อมูลจากการสำรวจทางระบาดวิทยาในระดับชาติในปี ๒๕๕๑ ซึ่งรายละเอียดวิธีการศึกษา ขนาดตัวอย่าง เครื่องมือ และวิธีการเก็บข้อมูลได้เคยรายงานไว้ในการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁰ จากเครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)¹² ที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้จัดกลุ่มโรคจิตเวชแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มโรคตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค DSM-IV¹³ ได้แก่ 1) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders) ประกอบด้วย major depressive episode, dysthymia, hypomanic episode และ manic episode โดยการวินิจฉัย major depressive disorder กับ dysthymia และการวินิจฉัย hypomania กับ mania ในปัจจุบันจะไม่ซ้ำรายกัน 2) กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ประกอบด้วย panic disorder, agoraphobia, posttraumatic stress disorder และ generalized anxiety disorder 3) กลุ่ม

ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) ประกอบด้วย alcohol dependence และ alcohol abuse และ 4) กลุ่มโรคจิต ประกอบด้วย psychotic disorder

โรคจิตเวชร่วมในการศึกษาครั้งนี้จำกัดเฉพาะโรคร่วมระหว่างโรคจิตเวชในปัจจุบันเท่านั้น ไม่รวมถึงโรคจิตเวชร่วมกับโรคทางกาย โดยรายงานโรคจิตเวชร่วมที่พบระหว่างสี่กลุ่มโรคหลัก โรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และความเสียหายมาต้วตายในผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วม ในรายงานนี้จะไม่รวมโรคจิตเวชร่วมในผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชในผู้ที่มีความเสียหายมาต้วตายที่ได้รายงานมาก่อนหน้านี้แล้ว^{10,11}

ผล

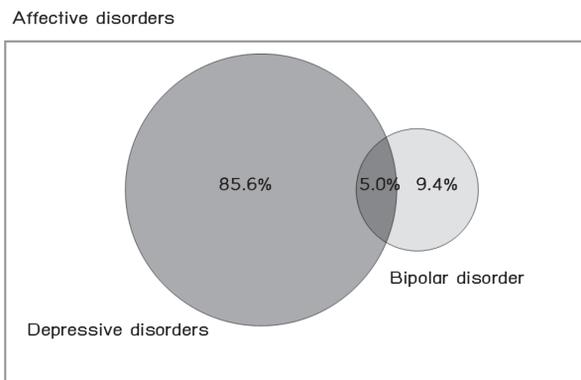
ประชากรจากการสำรวจจะบาดวิทยาครั้งนี้จำนวน 17,140 คน มีสัดส่วนระหว่างหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 57.2 และ 42.8 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 35.9 ปี (SE=0.2) ส่วนใหญ่เน้นถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.3) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.6) การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 51.3) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31.7)

ความชุกของโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรคในปัจจุบันร้อยละ 14.3 ผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 24.7 และร้อยละ 6.6 ตามลำดับ) แต่หากพิจารณาเฉพาะความชุกของโรคจิตเวชใดๆ โดยไม่รวมความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราแล้ว กลับพบว่าความชุกของโรคจิตเวชใดๆ ในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 4.9 และร้อยละ 3.2 ตามลำดับ) ความชุกของกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) พบสูงถึงร้อยละ 10.9 โดยในผู้ชายพบ

สูงถึงร้อยละ 22.8 ในขณะที่ผู้หญิงพบเพียงร้อยละ 1.9 รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ พบความชุกร้อยละ 2.8 กลุ่มโรควิตกกังวลพบได้ร้อยละ 1.9 และกลุ่มโรคจิตพบเพียงร้อยละ 0.5

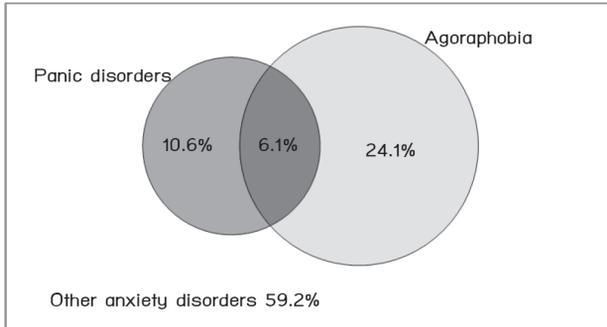
จากความชุกโรคจิตเวชใดๆ อย่างน้อยหนึ่งโรคร้อยละ 14.3 คิดเป็นประชากรประมาณ 7 ล้านคน พบโรคจิตเวชร่วม ร้อยละ 1.4 โดยร้อยละ 0.3 เป็นโรคจิตเวชร่วมภายในกลุ่มโรคเดียวกัน (homotypic comorbidity) และร้อยละ 1.1 เป็นโรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างกัน (heterotypic comorbidity)

โรคจิตเวชร่วมในกลุ่มเดียวกัน พบโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์แสดงดังภาพที่ 1 และโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรควิตกกังวลแสดงดังภาพที่ 2 และภาพที่ 3



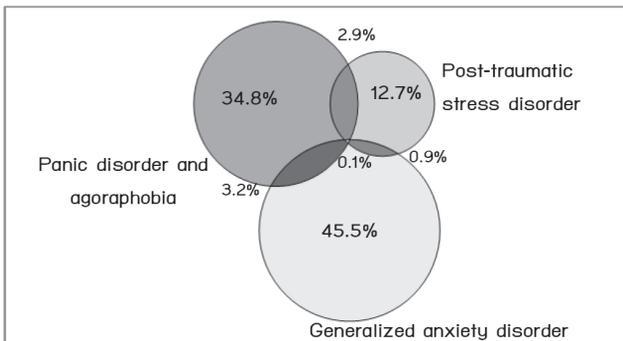
ภาพที่ 1 โรคจิตเวชร่วมระหว่าง depressive disorders และ bipolar disorder ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์

Anxiety disorders



ภาพที่ 2 โรคจิตเวชร่วมระหว่าง panic disorder และ agoraphobia ในกลุ่มโรควิตกกังวล

Anxiety disorders

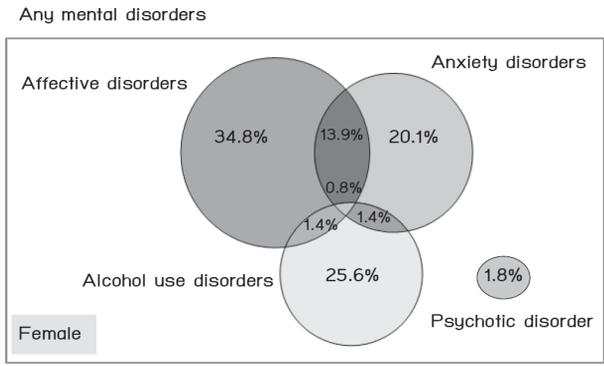


ภาพที่ 3 โรคจิตเวชร่วมระหว่าง panic disorder with/without agoraphobia, post-traumatic stress disorder และ generalized anxiety disorder ในกลุ่มโรควิตกกังวล

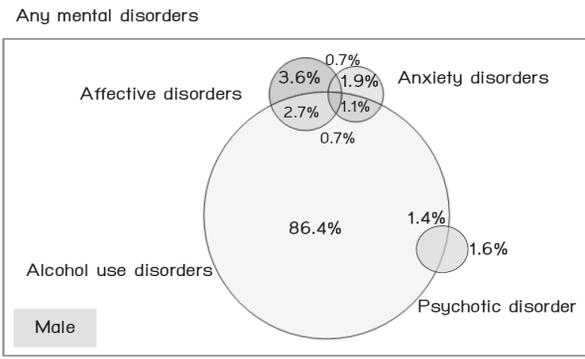
เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งอย่างน้อยหนึ่งโรค (any mental disorders) ประมาณ 7.0 ล้านคน พบโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มเดียวกัน (homotypic comorbidity) ร้อยละ 2.2 หรือ 1.5 แสนคน โดยเป็นโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 1.4 และโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 1.0 ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 4.2 และร้อยละ 1.5 ตามลำดับ) ส่วนโรคจิตเวชร่วมต่างกลุ่มวินิจฉัยโรค (heterotypic comorbidity) พบได้ร้อยละ 9.4 หรือ 6.5 แสนคน ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชายเช่นกัน (ร้อยละ 17.5 และร้อยละ 6.5 ตามลำดับ) และโรคจิตเวชร่วมของความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับกลุ่มโรควิตกกังวลพบมากที่สุดถึงร้อยละ 4.8 แสดงดังตารางที่ 1 และแสดงความแตกต่างของกลุ่มโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้หญิงและผู้ชายดังภาพที่ 4 และภาพที่ 5

ตารางที่ 1 กลุ่มโรคจิตเวชเดี่ยว โรคจิตเวชร่วมในกลุ่มเดียวกัน (homotypic comorbidity) และโรคจิตเวชร่วมต่างกลุ่มกัน (heterotypic comorbidity)

โรคจิตเวช	ผู้ชาย		ผู้หญิง		รวม	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
one diagnostic group	4,793,635	93.5	1,503,600	82.3	6,297,235	90.5
anxiety disorders	98,574	1.9	366,642	20.1	465,216	6.7
affective disorders	183,914	3.6	635,817	34.8	819,731	11.8
psychotic disorders	80,505	1.6	33,218	1.8	113,723	1.6
alcohol use disorders	4,430,642	86.4	467,923	25.6	4,898,565	70.4
homotypic comorbidity	75,391	1.5	76,636	4.2	152,027	2.2
homotypic anxiety comorbidity	42,785	0.8	53,491	2.9	96,275	1.4
homotypic affective comorbidity	32,606	0.6	35,348	1.9	67,953	1.0
heterotypic comorbidity	334,008	6.5	320,225	17.5	651,939	9.4
two diagnostic groups	297,258	5.8	305,601	16.7	602,862	8.7
anxiety and affective disorders	30,291	0.6	254,033	13.9	284,325	4.1
anxiety and alcohol disorders	54,147	1.1	26,247	1.4	80,395	1.2
affective and alcohol use disorders	140,986	2.7	25,321	1.4	166,308	2.4
psychotic and alcohol use disorders	71,834	1.4	0	0	71,834	1.0
three diagnostic groups	36,750	0.7	14,624	0.8	49,077	0.7
anxiety, affective and alcohol use disorders	36,750	0.7	14,624	0.8	49,077	0.7
any mental disorders	5,127,647	100.0	1,827,922	100.0	6,955,570	100.0



ภาพที่ 4 โรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรม การดื่มสุรา และกลุ่มโรคจิตในผู้หญิง



ภาพที่ 5 โรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรม การดื่มสุรา และกลุ่มโรคจิตในผู้ชาย

หากพิจารณาโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มที่มีโรคจิตเวชใดๆ ผู้หญิงมีกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับกลุ่มโรควิตกกังวลมากที่สุดถึงร้อยละ 14.7 หรือคิดเป็นร้อยละ 82.3 ของโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้หญิงทั้งหมด ในขณะที่ผู้ชายพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมกับกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.4 หรือคิดเป็นร้อยละ 57.6 ของโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้ชายทั้งหมด นอกจากนี้ในผู้ชายที่อยู่ในกลุ่มโรคจิตกว่าครึ่งที่มีโรคร่วมกับกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ซึ่งไม่พบเลยในผู้หญิง

ในกลุ่มผู้มีโรคความผิดปกติทางอารมณ์พบโรควิตกกังวลโรคหนึ่งโรคใดในปัจจุบันรวมถึงร้อยละ 24.7 ในขณะที่ประชากรทั่วไปพบกลุ่มโรควิตกกังวลได้เพียงร้อยละ 1.9 ผู้หญิงพบได้มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 28.4 และร้อยละ 16.3 ตามลำดับ) ในกลุ่มผู้มีโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ในปัจจุบันพบกลุ่มโรควิตกกังวลร่วมร้อยละ 25.5 ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชายเช่นกัน (ร้อยละ 28.8 และร้อยละ 17.2 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มผู้มีโรค bipolar disorder ในปัจจุบันพบกลุ่มโรควิตกกังวลร่วมต่ำกว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 23.7) แต่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายชัดเจน (ร้อยละ 35.1 และร้อยละ 10.4 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ความชุกของโรควิตกกังวลและความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมในกลุ่มผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์เทียบกับประชากรทั่วไป

โรคจิตเวชร่วม	depressive disorders ร้อยละ (SE)	bipolar disorder ร้อยละ (SE)	affective disorders ร้อยละ (SE)	ประชากรทั่วไป ร้อยละ (SE)
<i>any anxiety disorders</i>				
ผู้ชาย	17.2 (3.6)	10.4 (4.6)	16.3 (3.2)	1.2 (0.2)
ผู้หญิง	28.8 (5.8)	35.1 (11.0)	28.4 (5.5)	2.4 (0.3)
รวม	25.5 (4.3)	23.7 (6.7)	24.7 (4.0)	1.9 (0.2)
<i>alcohol use disorders</i>				
ผู้ชาย	44.2 (5.1)	65.9 (8.4)	47.6 (4.7)	22.8 (0.8)
ผู้หญิง	4.1 (1.6)	15.1 (7.8)	4.7 (1.7)	1.9 (0.2)
รวม	15.7 (2.4)	38.5 (7.3)	17.7 (2.4)	10.9 (0.4)

ในขณะที่ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราในประชากรทั่วไปพบได้ร้อยละ 10.9 แต่ในกลุ่มผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์พบความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราสูงขึ้นถึงร้อยละ 17.7 โดยเฉพาะในผู้ชายที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เกือบครึ่งหนึ่งมีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา (ร้อยละ 47.6) ในผู้ชายที่มี bipolar disorder สองในสามมีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา (ร้อยละ 65.9) เช่นเดียวกับผู้ชายที่มีโรคซึมเศร้าร้อยละ 44.2 มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา ในกลุ่มผู้หญิงที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ก็พบความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราสูงขึ้นกว่าประชากรทั่วไปเช่นกัน โดยผู้หญิงที่มี bipolar disorder มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรามากกว่าผู้หญิงที่มีโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 15.1 และ ร้อยละ 4.1 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ความเสี่ยงฆ่าตัวตายของประชากรไทยพบได้ร้อยละ 7.3 หากมีโรคจิตเวชร่วมความเสี่ยงฆ่าตัวตายพบเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับโรคจิตเวชพบความเสี่ยง

ฆ่าตัวตายสูงมากถึงสองในสาม (ร้อยละ 64.8) และ จะพบผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 70.5 ในผู้หญิง และร้อยละ 25.9 ในผู้ชาย) กลุ่มที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราพร้อมกับความผิดปกติทางอารมณ์พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.0) ผู้หญิงพบสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 73.7 ในผู้หญิงและร้อยละ 37.5 ในผู้ชาย) และกลุ่มที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราพร้อมกับโรคจิตเวชพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงเป็นร้อยละ 38.2 แม้จะเป็นอัตราความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มโรคร่วมที่ต่ำที่สุด แต่กลับพบว่าผู้หญิงพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มนี้สูงที่สุด ในขณะที่ผู้ชายพบความเสี่ยงต่ำที่สุด (ร้อยละ 77.3 ในผู้หญิงและร้อยละ 19.3 ในผู้ชาย) ส่วนความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราพร้อมกับโรคจิต จากการศึกษานี้พบเฉพาะในผู้ชายเท่านั้น แต่เป็นความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่สูงที่สุดในโรคจิตเวชร่วมทั้งหมดที่พบในผู้ชายคือร้อยละ 59.7 ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราความเสี่ยงฆ่าตัวตายในผู้ที่มีโรคจิตเวชเดี่ยวและโรคจิตเวชร่วม

		กลุ่มโรคจิตเวช	ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ (SE))		
			ผู้ชาย	ผู้หญิง	รวม
กลุ่มโรคจิตเวช	โรคจิตเวชเดี่ยว	anxiety disorders	26.6 (8.5)	24.8 (7.0)	25.1 (5.8)
		affective disorders	45.3 (7.1)	49.9 (6.2)	48.9 (5.1)
		psychotic disorder	9.9 (6.4)	11.2 (8.9)	10.1 (5.5)
		alcohol use disorders	6.6 (0.8)	26.0 (7.2)	8.5 (1.1)
	โรคจิตเวชร่วม	anxiety and affective disorders	25.9 (11.4)	70.5 (9.4)	64.8 (8.9)
		anxiety and alcohol use disorders	19.3 (9.9)	77.3 (15.0)	38.2 (10.9)
		affective and alcohol use disorders	37.5 (7.7)	73.7 (17.2)	43.0 (8.0)
		psychotic and alcohol use disorders	59.7 (24.3)	-	59.7 (24.3)
ประชากรทั่วไป		5.2 (0.5)	8.9 (0.6)	7.3 (0.4)	

วิจารณ์

รายงานนี้เป็นผลจากการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคจิตเวชระดับประเทศครั้งที่ 3 และเป็นรายงานความชุกของโรคจิตเวชร่วมระดับชาติในคนไทยเป็นครั้งแรก นอกเหนือจากรายงานความชุกของโรคจิตเวชร่วมในผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราปี ๒๕๕๑ ที่ได้รายงานไปก่อนหน้านี้แล้ว¹⁰ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเช่นเดียวกับการศึกษาในปี ๒๕๕๑^๑ แต่มีข้อแตกต่างที่สำคัญคือ การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินขึ้นเดียวด้วยเครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)¹² ในตัวอย่างที่สุ่มได้ทุกราย โดยไม่ผ่านเครื่องมือคัดกรอง และใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรค M.I.N.I. module J เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) แทนการใช้เครื่องมือคัดกรอง AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)¹⁴ เช่นการสำรวจครั้งก่อน ทำให้ได้ข้อมูลการวินิจฉัยที่ชัดเจนขึ้น และการศึกษานี้เป็นการนำเสนอความชุกของโรคจิตเวชในปัจจุบัน (current mental disorders) ที่ถือเป็นค่าความชุก ณ เวลาหนึ่ง (point prevalence) และโรคจิตเวชร่วม หมายถึง ณ เวลาที่สัมภาษณ์มีวินิจฉัยโรคจิตเวชสองโรคหรือมากกว่า แต่ไม่สามารถนำไปสู่การอธิบายสาเหตุได้ว่าโรคใดเป็นสาเหตุหรือเป็นผลหรือเป็นการเกิดขึ้นร่วมกัน¹⁵ และต้องระมัดระวังในการเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศที่เป็น one-year prevalence หรือ life time prevalence

จากผลการศึกษาแม้ว่าจะพบความชุกของโรคจิตเวชร่วมในปัจจุบันของคนไทยเพียงร้อยละ 1.4 คิดเป็นร้อยละ 9.8 ของผู้มีโรคจิตเวชใดๆ อย่างน้อยหนึ่งโรค ต่างจากผลการศึกษา National Comorbidity Survey ในสหรัฐอเมริกามาก ที่พบวินิจฉัย

โรคร่วมตั้งแต่สองโรคขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ 45 ด้วยการใช้เครื่องมือ Composite International Diagnostic Interview (CIDI) เพื่อวินิจฉัยกลุ่มโรควิตกกังวล 8 โรค กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ 3 โรค กลุ่มปัญหาการควบคุมตัวเอง (impulsive control disorder) 4 โรค และกลุ่มสุราและสารเสพติด³ ทำให้โอกาสในการพบโรคจิตเวชร่วมมากกว่าการศึกษานี้ที่ใช้เครื่องมือ M.I.N.I. และคัดเลือกโรคที่พบบ่อยเพียง 9 วินิจฉัยโรคหลัก และเป็นเพียงความชุกร่วมในปัจจุบันเท่านั้น

โรคจิตเวชร่วมในกลุ่มวินิจฉัยโรคเดียวกัน (homotypic comorbidity)

จากการศึกษานี้พบว่าในผู้ที่มี bipolar disorders ที่ขณะนี้มีภาวะ manic episode หรือ hypomanic episode และมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย หรือที่เรียกว่า bipolar affective disorder, current episode mixed เป็นร้อยละ 34.7 หรือประมาณหนึ่งในสามของภาวะ bipolar disorder ทั้งหมด ซึ่งในหลายการศึกษาพบความชุกของ dysphoric mania หรือ mixed bipolar disorder ในช่วงร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 70 ขึ้นอยู่กับ การกำหนดเกณฑ์ แต่โดยเฉลี่ยพบประมาณร้อยละ 31¹⁶ ไกล่เคียงกับผลการศึกษานี้ ข้อมูลนี้มีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากอาการ mania และ hypomania มักเป็นลักษณะเด่นที่เห็นได้ชัด แพทย์ควรระมัดระวังในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้และซักถามถึงอาการซึมเศร้าที่อาจพบร่วมได้ถึงหนึ่งในสามของผู้ป่วย bipolar disorder และมีผลต่อการวางแผนการรักษาที่แตกต่างกัน¹⁶

โรคจิตเวชร่วมในกลุ่มเดียวกันของกลุ่มโรควิตกกังวล ประเด็นที่มีอาการกล่าวถึงมากคือการ

จำแนกและความสัมพันธ์ระหว่าง panic disorder และ agoraphobia จากรายงานทบทวนล่าสุดเพื่อกำหนดเกณฑ์วินิจฉัย DSM-V มีการเสนอให้ agoraphobia แยกเป็นวินิจฉัยโรคต่างหากจาก panic disorder¹⁷ ผลการสำรวจครั้งนี้พบ panic disorder without agoraphobia, agoraphobia without panic disorder และ panic disorder with agoraphobia ร้อยละ 24.5, ร้อยละ 59.0 และร้อยละ 15.0 ของ panic disorder และ agoraphobia ใกล้เคียงกับผลการทบทวนของ Wittchen ที่พบร้อยละ 22.1, ร้อยละ 50.0 และ ร้อยละ 27.9 ตามลำดับ ในรายงานทบทวนนี้ยังพบว่า ร้อยละ 35-65 ของผู้ที่มี panic disorder มี agoraphobia ร่วม และ agoraphobia without history of panic disorder พบได้ใกล้เคียงหรือมากกว่า panic disorder¹⁴ สอดคล้องกับผลการสำรวจครั้งนี้ที่พบว่าร้อยละ 36.5 ของ panic disorder มี agoraphobia ร่วมด้วย และ agoraphobia without panic disorder พบได้ร้อยละ 59.0 มากกว่า panic disorder with or without agoraphobia ที่พบร้อยละ 40.9 ของ panic disorder และ/หรือ agoraphobia ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะ panic disorder with agoraphobia มีความรุนแรงของโรคมากกว่า เข้ารับบริการสุขภาพบ่อยกว่าและได้รับการรักษาครั้งแรกที่อายุน้อยกว่า นอกจากนี้ยังมีอาการของโรคเรื้อรังกว่า เกิดความทุกข์ทรมานและบกพร่องในความสามารถมากกว่ากลุ่มอื่น¹⁸

อย่างไรก็ตามโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรควิตกกังวลเองพบว่า generalized anxiety disorder สัมพันธ์กับ panic disorder with agoraphobia มากที่สุด ตามมาด้วย social phobia, specific phobia และ panic disorder without agoraphobia¹⁹ สอดคล้องกับการ

สำรวจครั้งนี้ที่พบร้อยละ 6.8 ของ generalized anxiety disorder มี panic disorder และ/หรือ agoraphobia ซึ่งถือว่ามากที่สุด ส่วน social phobia และ specific phobia ไม่ได้ทำการสำรวจในการศึกษาคั้งนี้ ภาวะโรคร่วมใน generalized anxiety disorder นี้มีผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากกว่าการเกิด generalized anxiety disorder เดี่ยว¹⁹

โรคจิตเวชร่วมต่างกลุ่มวินิจฉัยโรค (heterotypic comorbidity)

โรคจิตเวชร่วมต่างกลุ่มวินิจฉัยโรคพบได้ ร้อยละ 9.4 ผู้หญิงพบโรคจิตเวชร่วมมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 17.5 และร้อยละ 6.5 ตามลำดับ) น้อยกว่าผลการศึกษา Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing (NSMHWB)¹⁵ ที่พบอัตราโรคจิตเวชร่วมอย่างน้อย 1 โรคในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 28 ของผู้หญิงและร้อยละ 24 ของผู้ชายที่มีโรคจิตเวชใดๆ) แต่อัตราส่วนที่ต่างกันมากจากการศึกษาทั้งสองนี้อาจเนื่องจากการศึกษาคั้งนี้เป็นเพียงความชุกในปัจจุบัน (current)

ความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับกลุ่มโรควิตกกังวลพบมากที่สุดถึงร้อยละ 4.8 ของโรคจิตเวชใดๆ หรือคิดเป็นร้อยละ 51.1 ของโรคจิตเวชร่วม และผู้หญิงมีกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับกลุ่มโรควิตกกังวลมากที่สุดถึงร้อยละ 14.7 หรือคิดเป็นร้อยละ 82.3 ของโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้หญิงทั้งหมด โดยร้อยละ 24.7 ของกลุ่มผู้มีโรคความผิดปกติทางอารมณ์พบโรควิตกกังวลโรคหนึ่งโรคใดในปัจจุบันร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kessler ในงาน National Comorbidity Survey ซึ่งหากเป็นความชุก

ชีวิตแล้วพบว่าผู้ที่มีประวัติ major depressive disorder มาก่อนร้อยละ 50-60 มีประวัติของโรค anxiety disorder อย่างน้อย 1-2 ครั้ง²⁰ และจากรายงาน NSMHWB¹⁵ ที่พบว่าผู้หญิงมีกลุ่มโรควิตกกังวลร่วมกับกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ได้สูงเกือบสามในสี่ของผู้หญิงที่มีโรคร่วมทั้งหมด ในกลุ่มผู้ที่มีโรคซึมเศร้าพบโรควิตกกังวลใดๆ ร่วมประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25.5) ขณะที่ข้อมูลทางคลินิกก็พบเช่นเดียวกันว่าผู้ป่วยที่มารับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปด้วยโรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาสูงกว่าร้อยละ 50 พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลร่วมด้วยตามมา²¹ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ทั้งซึมเศร้าหรือหุดหงิดดังยพบร่วมได้บ่อยกับกลุ่มอาการวิตกกังวล เกณฑ์การวินิจฉัยมีบางอาการที่ซ้อนทับกันอยู่ อาการที่พบอาจเป็นอาการแสดงของโรคในระยะต่างๆ ที่มีอาการแสดงแตกต่างกันไป เหตุการณ์กระตุ้นหลายอย่างสามารถกระตุ้นได้ทั้งอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบปัจจัยทางกรรมพันธุ์ร่วมกันระหว่างสองโรคนี้อีกด้วย^{22,23} ความสำคัญทางคลินิกของการพบโรคร่วมซึมเศร้าและวิตกกังวลคือทำให้ความรุนแรงของโรคมักขึ้น การดำเนินของโรคเรื้อรังมากขึ้น และเสียความสามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตแย่ลง นอกจากนี้ยังเพิ่มอัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลและเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตาย^{3,21,24}

ผู้ที่มี bipolar disorder พบว่าร้อยละ 23.7 มีโรควิตกกังวลใดๆ ร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) ที่พบในกลุ่มผู้ป่วย bipolar disorder มีโรควิตกกังวลร่วมสูงเช่นกันโดยพบ

โรควิตกกังวลโรคใดโรคหนึ่งในปัจจุบันรวมถึงร้อยละ 30.5²⁵ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบฐานข้อมูลต่างกันจากการสำรวจในชุมชนและการเข้ารับบริการที่คลินิก

ผู้ชายมีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.4 ของโรคจิตเวชใดๆ หรือคิดเป็นร้อยละ 57.6 ของโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้ชายทั้งหมดน้อยกว่าในรายงาน NSMHWB¹⁵ ที่พบผู้ชายที่มีกลุ่มโรควิตกกังวลหรือกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมเสพยาเสพติดได้ถึงสองในสามของผู้ชายที่มีโรคร่วม เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวรวมผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและการเสพยาเสพติดทั้งหมด

ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราในคนไทยจากการสำรวจครั้งนี้พบร้อยละ 10.9 โดยผู้ชายที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรามีความชุกของกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากกว่ากลุ่มโรควิตกกังวล¹⁰ ในทางกลับกัน กลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์พบความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราสูงขึ้นถึงร้อยละ 17.7 โดยเฉพาะในผู้ชายที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เกือบครึ่งหนึ่งมีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมด้วย (ร้อยละ 47.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ ECA ที่พบว่าร้อยละ 16.5 ของผู้ป่วย affective disorder มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) ร่วม² ในทางคลินิกผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีผลต่อการดำเนินของโรคและผลการรักษา ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามีโอกาสที่จะดื่มสุราเพื่อช่วยรักษาตัวเอง (self-medicated) และในทางกลับกัน หากดื่มสุราจนมีปัญหารุนแรงก็ทำให้เกิดอาการ

ซึมเศร้า หรือทำให้ความสามารถในการควบคุมตัวเองลดลง อาการ mania มากขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น¹⁵

ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้มีโรคจิตเวชร่วม

จากผลการสำรวจนี้พบว่าผู้มีโรคจิตเวชมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นกว่าในประชากรทั่วไปชัดเจน¹¹ และหากมีโรคจิตเวชร่วมความเสี่ยงฆ่าตัวตายจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับโรควิตกกังวลพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงมากถึงสองในสาม (ร้อยละ 64.8) และจะเด่นมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 70.5 ในผู้หญิงและร้อยละ 25.9 ในผู้ชาย) สอดคล้องกับรายงานของ NCS ที่พบว่าหากมีโรคจิตเวชมากกว่าหนึ่งโรคจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย โดยหากมีโรคจิตเวชเดียวพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 3.7 เท่า หากพบโรคจิตเวชสองโรคเพิ่มความเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็น 6.8 เท่า และยิ่งสูงขึ้นเป็น 12.1 เท่าหากพบโรคจิตเวชสามโรค²⁶ โดยการมีโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 โรค จะเป็นตัวทำนายความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น จำนวนของโรคเป็นตัวทำนายที่รุนแรงมากกว่าชนิดของโรค²⁷

กลุ่มที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราร่วมกับโรคจิตเวชใดๆ ทั้งความผิดปกติทางอารมณ์ โรควิตกกังวล หรือโรคจิต ต่างก็เพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากขึ้นอย่างชัดเจน ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย โดยกลุ่มที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.0) และกลุ่มที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราร่วมกับโรควิตกกังวลพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงขึ้นเป็นร้อยละ

38.2 สูงกว่าการมีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราหรือโรควิตกกังวลเพียงโรคเดียวอย่างชัดเจน ซึ่งจากข้อมูล NCSARC ที่วิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มผู้ที่เข้าเกณฑ์ bipolar disorder พบว่าหากมีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราร่วมด้วยจะเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเป็น 2.25 เท่าของผู้ที่ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราร่วมและยังพบว่ากลุ่มนี้เข้าถึงบริการการรักษาน้อย²⁸ และรายงานของ Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่พบว่าผู้ที่มีโรคร่วมทั้ง major depressive disorders และติ่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาพบความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความดังกล่าวดังกล่าวถึง 20 เท่า²⁹ เช่นเดียวกับข้อมูล NCS ของสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ที่ใช้การติ่มสุราหรือสารเสพติดเพื่อบรรเทาอาการของโรควิตกกังวลเพิ่มโอกาสการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้ (ร้อยละ 23.7 และร้อยละ 6.2)²⁸

ในกลุ่มที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราร่วมกับโรคจิต จากการศึกษาที่พบเฉพาะในผู้ชายเท่านั้น โดยมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มสูงที่สุดคือร้อยละ 59.7 แม้ว่าการศึกษานี้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเป็นโรคจิตเภท แต่มีรายงานสนับสนุนว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูง และพบว่าร้อยละ 5-13 ของผู้ป่วยจิตเภทเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ชาย อายุอ่อน โสด และความเสี่ยงจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นหากมีการใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลรวมจากหลายๆ ปัจจัย ทั้งความสามารถในการควบคุมตัวเอง การขาดการรักษาต่อเนื่อง หรือจากอาการหวาดระแวงหรือซึมเศร้าที่เกิดขึ้น³⁰

สรุป

ความชุกโรคจิตเวชร่วมในประชากรไทยพบเพียงร้อยละ 1.4 โดยโรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างกันพบได้มากกว่าโรคจิตเวชร่วมภายในกลุ่มโรคเดียวกัน หากมีโรคจิตเวชหนึ่งแล้วมีโอกาสที่พบโรคจิตเวชร่วมได้สูงขึ้นโดยผู้หญิงพบได้มากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงพบความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับโรควิตกกังวลมากที่สุด ในขณะที่ผู้ชายพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุด ผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วมมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นมาก ระบบบริการสุขภาพจิตควรมีการจัดบริการเฝ้าระวังและดูแลรักษาเฉพาะทางสำหรับผู้มีโรคจิตเวชร่วม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ และคณะทำงานสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี ๒๕๕๖

References

- World Health Organization. The World health report 2001: Mental health new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Regier D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keith S, Judd L, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other alcohol and other drug abuse. Results from the ECA study. JAMA 1990;264:2511-8.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:617-27.
- Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry 1999;40:57-87.
- Australian Bureau of Statistics. National survey of mental health and wellbeing: summary of result. Canberra: Commonwealth of Australia; 2008.
- McCabe D, Holmwood C. Comorbidity of mental disorders and substance use in general practice. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Ageing; 2003.
- Phuaphanprasert B. The alternative resource allocation using Thai psychiatric casemix approach. Health Systems Research Institute, Nonthaburi, Thailand, 2006.
- Bunditchate A., Saosarn P., Kitiruksanon P., Chutha W. Epidemiology of Mental Disorders Among Thai People. J Psychiatr Assoc Thai 2001;46:335-43.
- Siriwanangsaun P., Kongsuk T., Arunpongpaian S., Kittirattanapaiboon P., Charatsingha A. Prevalence of mental disorders in Thailand: a national survey 2003. J Ment Health Thai 2004;12:177-88.
- Junsirimongkol B., Kittirattanapaiboon P., Khamwongpin M., Chuta W., Kongsuk T., Leejongpermpon J. The prevalence of alcohol use disorders and psychiatric comorbidity in Thailand: national epidemiological survey 2008. J Ment Health Thai 2011;19:88-102.
- Sriuenthong W., Kongsuk T., Pengjuntr W., Kittirattanapaiboon P. Kenbubpha K., Yingyeun R., et al. The Suicidality in Thai population: a national survey. J Psychiatr Assoc Thai 2011;56:413-24.
- Kittirattanapaiboon P., Khamwongpin M. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. J Ment Health Thai 2005;13:125-35.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington: APA; 1994.
- Babor TF, Higgins-Biddke JC, Saunder JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.

15. Teesson M., Proudfoot H. Comorbid mental disorders and substance use disorders: epidemiology, prevention and treatment. Sydney: Commonwealth of Australia; 2003.
16. Allen MC. Identifying and managing patients with mixed states in bipolar disorder. *Current Psychiatry* 2011. Available from: http://newsletter.qhc.com/CP/CP_BMS2.html.
17. Wittchen H, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA, Craske MG. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety* 2010;27:113-33.
18. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S, et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2006;67:363-74.
19. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, June Ruan W, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychol Med* 2005;35:1747-59.
20. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:313-21.
21. Hirschfeld RMA. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care primary care companion. *J Clin Psychiatry* 2001;3:244–54.
22. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM–IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abn Psychol* 2001;110:585–99.
23. Kaufman J, Charney D. Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*. 2000;12:69-76.
24. Huppert JD. Anxiety disorders and depression comorbidity. In: Antony MM, Stien MB , editors. *Oxford handbook of anxiety and related disease*. New York: Oxford University Press; 2009. p.576-86.
25. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004;161:2222–9.
26. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the national comorbidity survey replication. *Mol Psychiatry* 2010;15:868-76.
27. Kessler R, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-26.
28. Bolton J, Cox B, Clara I, Sareen J. Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:818–25.
29. Currie S, Patten SB, Williams J, Wang J, Beck CA, El-Guebaly N, Maxwell C. Comorbidity of major depression with substance use disorders. *Can J Psychiatry* 2005;50: 660–6.
30. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:10.