



โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหา การดื่มสุรา

บุญศิริ จันศิริมงคล พ.บ.¹

หทัยชนนี บุญเจริญ พ.บ.²

สรสพร จวงษ์ พ.บ.⁴

สาวิตรี สุริยะฉาย พย.ม.¹

กนกกาญจน์ วิโรจน์ไธเรือง พ.บ.³

อุจน์จิตร คุณารักษ์ ศษ.ม.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจภาวะโรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา

วัสดุและวิธีการ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจไปข้างหน้า สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุรา (F10.xx) ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ICD-10 ที่รับไว้แบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช 4 แห่ง ระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ – ๓๑ มกราคม ๒๕๕๕ ด้วยเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละและไคสแควร์

ผล มีผู้ป่วยจำนวน 410 คน ช่วงอายุคือ 31-40 ปี สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.6 ทั้งนี้ทุกช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับโรคร่วมจิตเวช มีโรคร่วมจิตเวช 282 คน หรือร้อยละ 68.8 โดยโรคร่วมจิตเวชที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ ภาวะโรคจิตร้อยละ 50 พฤติกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 31.2 การเสพสารเสพติดร้อยละ 18.3 โรคซึมเศร้าร้อยละ 9.3 และกลุ่มอาการฟุ้งพล่านร้อยละ 7.1 และพบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบติด (alcohol dependence) ร้อยละ 85.1 ดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) พบเพียงร้อยละ 14.9 ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบติดมีโอกาสพบระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบอันตราย

สรุป ผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราพบโรคร่วมทางจิตเวชได้สูงมาก โดยเฉพาะภาวะโรคจิตผู้ป่วยเพศหญิง พบภาวะพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงที่สุด ดังนั้นผู้บำบัดควรตระหนักถึงภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยสุรา และควรพัฒนาแนวทางการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ : ผู้มีปัญหการดื่มสุรา โรคร่วมจิตเวช

¹ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

² โรงพยาบาลสวนปรุง

³ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

⁴ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์



Psychiatric comorbidity among in-patients with alcohol use disorders

Boonsiri Junsirimongkol M.D.¹

Sawitree Suriyachai M.N.S.¹

Hathaichonnee Booncharoen M.D.²

Kanokkarn Wiroteurairuang M.D.³

Sorrasaporn Joowong M.D.⁴

Unjit Khunarak M.Ed.¹

Abstract

Objective To examine psychiatric comorbidity in alcohol use disorder in-patients at psychiatric hospitals.

Materials and methods Alcohol use disorders in-patients were admitted in 4 psychiatric hospitals from 1st November 2011 to 31th January 2012. The Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I – Thai version 5.0.0 was used for psychiatric diagnosis by trained interviewers. Data analysis used descriptive statistics, percentage and chi-square.

Results Alcohol use disorders in-patients 410 persons who mostly aged 31-40 years old. Every interval age had related to psychiatric comorbidity. There were psychiatric comorbidities about 68.8%, which the first 5 ranked were lifetime psychotic disorders, current suicide, current substance use disorders, current major depressive episode and lifetime manic episode at 50.0, 31.2, 18.3, 9.3 and 7.1%. There were consisted of alcohol dependence 85.1% and alcohol abuse 14.9% and high level of suicidal behaviors more related with alcohol dependence than alcohol abuse.

Conclusion Psychiatric comorbidities were common among alcohol use disorder patients who seeking in-patient treatments in psychiatric hospital. Suicidality was often found in female in-patients. So, clinicians should recognize these psychiatric comorbidities and develop clinical guideline and rehabilitation program.

Key words : alcohol, psychiatric comorbidity

¹ Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

² Suanprung Hospital

³ Prasimahapho Hospital

⁴ Suansaranrom Hospital

บทนำ

ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use disorders : AUD) หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติในแง่ของการดื่มสุราที่มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การงาน และสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง¹ ปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้ทั่วไปทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอัตราการดื่มในปริมาณที่มากกว่าประเทศกำลังพัฒนา แต่ปริมาณการดื่มกลับมีแนวโน้มลดลง องค์การอนามัยโลก² ได้ประมาณการว่ามีประชากรทั่วโลกที่บริโภคสุรากลุ่ม 2 พันล้านคน ในจำนวนนี้มี 76.3 ล้านคนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ซึ่งประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์รวมทุกประเภทอยู่ในอันดับที่ 40 ส่วนการบริโภคสุรานั้นจัดอยู่ใน 20 อันดับแรกของโลกที่นิยมบริโภคสุรา ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมาก สำนักรายงานและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขได้แสดงดัชนีการมีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (year lived in disabilities, YLD) ของคนไทย พบว่าการติดสุราและการดื่มสุราแบบมีปัญหานั้นสาเหตุอันดับ 2 ในเพศชาย³

การศึกษาาระบาดวิทยา epidemiologic catchment area study (ECA)⁴ ในประชากรสหรัฐอเมริกา พบว่า ในประชากรทั่วไปพบโรคจิตเวชได้ร้อยละ 19.9 แต่ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจะพบโรคทางจิตเวชร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 36.6 โอกาสที่จะพบโรคทางจิตเวชร่วมกับภาวะติดสารเสพติดจะยิ่งสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชหรือสถานบำบัดยาเสพติด

ส่วนประเทศไทย การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติของกรมสุขภาพจิต ปีพ.ศ. ๒๕๕๑⁵ กลุ่มผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งหมดนั้นพบโรคจิตเวชร่วมในปัจจุบันร้อยละ 7.1 โดยพบร่วมกับกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุดร้อยละ 4.6 รองลงมาเป็นกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 2.8 และยังพบว่า ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา มีโรคจิตร่วมสูงถึง 3.8 เท่าของผู้ไม่ดื่มสุรา ในขณะที่การศึกษาภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ของอรุณญา แพทย์ และคณะ⁶ กลับพบว่าผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชถึงร้อยละ 60 ได้แก่ กลุ่มโรคจิตร้อยละ 27.5 รองลงมาพฤติกรรมทำร้ายตัวเองร้อยละ 18.5

ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช (psychiatric comorbidity) เป็นคำที่ใช้ทั่วไปในทางการแพทย์ หมายถึง การมีอาการของโรคเกิดขึ้นร่วมกันหรือการมีโรคเกิดขึ้นร่วมกัน เนื่องจากภาวะโรคร่วมทางจิตเวชมีผลกระทบทางลบต่อการรักษา โดยทำให้การหยุดสุราและยาเสพติดได้ยากขึ้น ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหยุดการรักษา มารักษาไม่ตรงนัดหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น ทำให้การดูแลรักษาขาดความต่อเนื่องและเป็นผลเสียในระยะยาว

ทั้งนี้จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิตแห่งหนึ่ง พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปีในช่วง ปีพ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๕⁷ ได้แก่ 380, 563, 624 ตามลำดับ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนา คัดกรอง เฝ้าระวัง และวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป รวมทั้งการปรับปรุงพัฒนา

แนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ตลอดจนพัฒนาบุคลากร ทีมบำบัดรักษาให้มีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา สามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาการติดสุราหรืออาการทางจิตเวชแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

วัสดุวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุราหรือแอลกอฮอล์ (F10.xx) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 4 แห่ง ในช่วงเวลา 3 เดือนระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ – ๓๑ มกราคม ๒๕๕๕ เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุราหรือแอลกอฮอล์ (F10.xx) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชไม่จำกัดเพศและอายุ 2. ยินยอมเข้าร่วมการสัมภาษณ์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3. ผู้ป่วยมีความสามารถด้านความจำในการตอบปัญหาของผู้ป่วยพอใช้ มีคะแนน Thai Mental Status Examination (TMSE)^๑ ≥ 24 คะแนน 4. ผู้ป่วยอาการทางจิตทุเลา สามารถพูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง โดยประเมินจาก Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)^๑ < 36 คะแนน เกณฑ์ในการคัดออก

(exclusion criteria) 1. ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายเป็นผู้ป่วยนอก 2. อาการทางจิตกำเริบขณะสัมภาษณ์ 3. ไม่สมัครใจเข้ารับการสัมภาษณ์จนจบข้อคำถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 การประเมินความพร้อมผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ร่วมการวิจัย ได้แก่ BPRS และ TMSE ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สุราและยาเสพติด ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)¹⁰ ซึ่งมีค่าความจำเพาะค่าคาดหวังที่เป็นลบและประสิทธิภาพของการวินิจฉัยที่ตรงกันอยู่ในเกณฑ์สูงมาก ค่า Cronbach's alpha (> 0.81) ซึ่งผู้ใช้เครื่องมือ จิตแพทย์ 2 คน มีประสิทธิภาพทำงานในโรงพยาบาลจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 2 คน และพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน ที่ผ่านการอบรมจากจิตแพทย์ที่ได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือและฝึกการใช้เครื่องมือ M.I.N.I. กับผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 10 คน ก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง และแบบคัดกรองการดื่มสุรา Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)¹¹

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ และไคสแควร์ เพื่อศึกษาลักษณะของประชากรการวินิจฉัยโรคจิตเวชและสัดส่วนการเกิดโรคร่วมจิตเวชในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราได้รับการพิจารณาอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลแล้ว

ผล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยในที่มีปัญหาการดื่มสุราแต่ละโรงพยาบาลจิตเวช

	จำนวน (คน)	มีโรคร่วมทางจิตเวช (ร้อยละ)
รพ.สวนปรุง (เชียงใหม่)	150	90 (60)
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (กรุงเทพมหานคร)	100	96 (96)
รพ.พระศรีมหาโพธิ์ (อุบลราชธานี)	80	48 (60)
รพ.สวนสราญรมย์ (สุราษฎร์ธานี)	80	48 (60)
รวม	410	282 (68.8)

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 410 คน จากโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ ทุกภาคของประเทศไทย พบภาวะโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 282 คน คิดเป็นร้อยละ 68.8 ซึ่งพบว่าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีผู้ที่มีปัญหาการ

ดื่มสุราที่พบโรคร่วมทางจิตเวชมากที่สุดถึงร้อยละ 96 รองลงมาคือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบร้อยละ 60

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยในที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ) n=410	จำนวนคน (ร้อยละ)		p-value
		ไม่มีโรคร่วมทางจิต (ร้อยละ) n=128	มีโรคร่วมทางจิต (ร้อยละ) n=282	
อายุ (ปี)				
- < 20 ปี	14 (3.4)	5 (3.9)	9 (3.2)	.04
- 20-30 ปี	91 (22.2)	24 (18.8)	67 (23.7)	
- 31-40 ปี	150 (36.6)	40 (31.2)	110 (39.0)	
- 41-50 ปี	105 (25.6)	33 (25.8)	72 (25.6)	
- 51-60 ปี	40 (9.8)	20 (15.6)	20 (7.1)	
- > 60 ปี	10 (2.4)	6 (4.7)	4 (1.4)	
เพศ				
- ชาย	368 (89.8)	118 (92.2)	250 (88.7)	.22
- หญิง	42 (10.2)	10 (7.8)	32 (11.3)	
การศึกษา				
- ไม่ได้เรียน	4 (1.0)	2 (1.6)	2 (0.7)	.66
- ประถมศึกษา	176 (43.0)	62 (49.2)	114 (40.4)	
- มัธยมศึกษาตอนต้น	99 (24.1)	25 (20.3)	74 (26.3)	
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	86 (21.0)	27 (21.1)	59 (20.9)	
- อนุปริญญา/ปวส.	18 (4.4)	4 (3.1)	14 (5.0)	
- ปริญญาตรี	24 (5.8)	7 (5.5)	17 (6.0)	
- สูงกว่าปริญญาตรี	3 (0.7)	1 (0.8)	2 (0.7)	
อาชีพ				
- ว่างงาน	45 (11.0)	6 (4.7)	39 (13.8)	.15
- แม่บ้าน	13 (3.2)	4 (3.1)	9 (3.2)	
- รับจ้าง	152 (37.0)	45 (35.2)	107 (38.0)	
- เกษตรกร	119 (29.0)	46 (35.9)	73 (25.9)	
- รับราชการ	21 (5.1)	9 (7.0)	12 (4.3)	
- ธุรกิจส่วนตัว	45 (11.0)	12 (9.4)	33 (11.7)	
- นักเรียน	2 (0.6)	1 (0.8)	1 (0.3)	
- อื่นๆ	13 (3.1)	5 (3.9)	8 (2.8)	
ระดับคะแนนความรุนแรงของการดื่มสุรา (AUDIT)				
- เลี่ยงต่ำ (0-7 คะแนน)	12 (2.9)	5 (3.9)	7 (2.5)	.11
- เลี่ยง (8-15 คะแนน)	91 (22.2)	22 (17.2)	69 (24.5)	
- อันตราย (16-19 คะแนน)	54 (13.2)	12 (9.4)	42 (14.9)	
- ติด (มากกว่า 20 คะแนน)	253 (61.7)	89 (69.5)	164 (58.1)	

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 89.8 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 10.2 อายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 36.6 รองลงมา คือ 41-50 ปี ร้อยละ 25.6 และอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 22.2 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทุกระดับช่วงอายุมีความสัมพันธ์โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ด้านระดับการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาสูงที่สุดร้อยละ 43

รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 24.1 และมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 21 ด้านอาชีพ พบว่าผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้างสูงที่สุดร้อยละ 37 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรร้อยละ 29 และประกอบธุรกิจส่วนตัวและว่างงานร้อยละ 11 และระดับความรุนแรงของการดื่มสุรา พบว่าผู้ป่วยดื่มสุราแบบติดสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 61.7 รองลงมาคือ ดื่มแบบเลียงร้อยละ 22.2 และดื่มแบบอันตรายร้อยละ 13.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช ตามการจำแนก M.I.N.I.

จำนวนข้อวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช	จำนวน	ร้อยละ (n=410)
0	128	31.2
1	115	28.0
2	83	20.2
3	60	14.7
4	16	3.9
5	8	2.0

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรามีโรคร่วมทางจิตเวชจำนวน 1 โรค

สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28 รองลงมาคือ 2 โรค ร้อยละ 20 และจำนวน 3 โรค ร้อยละ 14.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัญหาการดื่มสุราแบบติด (alcohol dependence) และการดื่มสุราแบบอันตราย (alcohol abuse)^a

โรคจิตเวชที่พบร่วม (M.I.N.I. module)	alcohol abuse จำนวนคน (ร้อยละ) (n=61)	alcohol dependence จำนวนคน (ร้อยละ) (n=349)	รวม จำนวนคน (ร้อยละ) (n=410)
A: major depressive episode	3 (4.9)	35 (10.0)	38 (9.3)
B: dysthymia	0 (0)	2 (0.58)	2 (0.5)
C: suicidality	21 (34.4)	107 (30.7)	128 (31.2)
D: (hypo) manic episode	4 (8.6)	25 (7.2)	29 (7.1)
E: panic disorders	2 (3.28)	15 (4.3)	17 (4.2)
K: non alcohol psychoactive use disorders (substance)	27 (44.3)	48 (13.8)	75 (18.3)
L: psychotic disorders	39 (64.0)	166 (48.0)	205 (50.0)
O: anxiety disorders	1 (2.0)	25 (8.0)	26 (6.3)
P: antisocial personality disorders	7 (7.0)	13 (4.0)	17 (4.1)

^aกลุ่มศึกษาบางราย พบภาวะโรคจิตร่วมมากกว่า 1 โรค

ทั้งนี้ module ที่ไม่พบในการสำรวจ จะไม่ปรากฏการรายงานผล

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราพบ psychotic disorders (ภาวะโรคจิต) ร่วมด้วยเป็นอันดับสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ suicidality (พฤติกรรมฆ่าตัวตาย) คิดเป็นร้อยละ 31.2 และ non alcohol psychoactive use disorders (สารเสพติดไม่ใช่แอลกอฮอล์) ร้อยละ 18.3 ตามลำดับ

ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบอันตราย (alcohol abuse) พบภาวะโรคจิตสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 64 รองลงมาคือการเสพยาเสพติด ร้อยละ 44.3 และพฤติกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 34.4 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติด (alcohol dependence) พบภาวะโรคจิตสูงสุดร้อยละ 47.6 รองลงมาคือพฤติกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 30.7 และกลุ่มอาการฟุ้งพล่านร้อยละ 16.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ดื่มสุราแบบอันตราย (alcohol abuse) และดื่มแบบติด (alcohol dependence)

ระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตาย	จำนวน (ร้อยละ)		Fisher exact p-value
	alcohol abuse (n=61)	alcohol dependence (n=349)	
ไม่มี	40 (65.5)	242 (69.3)	.03
น้อย	17 (27.9)	74 (21.2)	
ปานกลาง	4 (6.6)	9 (2.6)	
มาก	0	24 (6.9)	

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบติด มีโอกาสพบระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบอันตราย

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในช่วงอายุวัยทำงาน 31-40 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มีรูปแบบการวิจัยเดียวกันกับของอรัญญา แพจุ้ย และคณะ⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยสุรากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่พบว่ามีอายุเฉลี่ย 44 ปี อาจเป็นเพราะผู้ที่ดื่มสุรานั่นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มักอยู่ในวัยทำงานและมีการดื่มหลังจากเลิกงาน¹²⁻¹⁴ ส่วนการศึกษาของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ⁵ ที่ทำการสำรวจความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย ในการสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ นั้น พบว่าผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีอายุ 25-34 ปี ซึ่งมีอายุน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรามาแล้วระยะเวลาหนึ่ง

จนมีปัญหาทางจิตเวชจึงจะรับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวช มักมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าประชากรที่ดื่มทั่วไป อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาของ Hasin และคณะ¹⁵ ซึ่งพบความชุกของผู้มีปัญหาการดื่มสุราชั่วชีวิต (lifetime) ในเพศชายสูงกว่าหญิง และอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-44 ปี

กลุ่มผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรานี้พบโรคร่วมจิตเวชได้สูงสุดถึง 5 โรค และโดยส่วนใหญ่พบโรคร่วมจิตเวช 1 โรค ร้อยละ 28 รองลงมาคือพบภาวะโรคร่วม 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 20.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Shane และคณะ¹⁶ ที่ทำการศึกษากำหนดโรคร่วมที่พบในผู้ป่วยสารเสพติดมีได้มากกว่าหนึ่งโรค และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของอรัญญา แพจุ้ย และคณะ⁶ ที่สัมภาษณ์ด้วย M.I.N.I. พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พบโรคร่วมทางจิตเวชร้อยละ 60 และพบว่าส่วนใหญ่พบโรคร่วมจิตเวชจำนวนหนึ่งโรคเช่นกันคือร้อยละ 32.5 ซึ่งจะเห็นได้ว่าไม่ว่าผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางจิตเวชหรือสารเสพติดล้วนแต่มีโรคร่วมทางจิตเวชทั้งสิ้น

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้นสูงถึงร้อยละ 68.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านทั้งของอรัญญา แพทย์ และคณะ⁶ ที่พบภาวะโรคร่วมจิตเวชในผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาในศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่ร้อยละ 60 และการศึกษาของ Mueser และคณะ¹⁷ ศึกษาในผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด จำนวน 325 ราย พบว่าประมาณร้อยละ 50-65 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมจิตเวชร่วมด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่สำรวจในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งมีจิตแพทย์ดูแลโดยตรงทำให้มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมากขึ้น แต่การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมทางจิตเวชสูงกว่าทั้งการศึกษาของ Kessler และคณะ¹⁸ ซึ่งทำการศึกษา The National Comorbidity Study (NCS) พบว่าอัตราการเกิดโรคจิตเวชในผู้ดื่มสุราร้อยละ 51 และการศึกษาของ Mental health supplement to the Ontario Health survey ที่พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ดื่มสุรามีประวัติโรคทางจิตเวชร่วมด้วย รวมถึงการศึกษาระบาดวิทยา ECA⁴ ที่พบอัตราการเกิดโรคจิตเวชในผู้ดื่มสุราร้อยละ 36.6 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาในประเทศไทยของบุญศิริ จันศิริมงคล⁵ และคณะ ที่พบว่าผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชเพียงร้อยละ 7.1 ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากการสำรวจในประเทศไทยในชุมชนทั่วไปทำให้พบโรคร่วมจิตเวชได้ไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยสุราที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

โรคร่วมทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ โรคจิต (psychotic disorders) ร้อยละ 50 รองลงมาคือพฤติกรรมฆ่าตัวตายน้อยร้อยละ 31.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิชาการหลายฉบับได้แก่ อรัญญา

แพทย์ และคณะ⁶ และการศึกษาความชุกของความผิดปกติของการดื่มสุราและโรคร่วมจิตเวช ประเทศไทย ปีพ.ศ. ๒๕๕๑⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดื่มสุราของสาวิตรี อัจฉนงค์กรชัยและคณะ¹² พบภาวะโรคจิตร้อยละ 27.5 พฤติกรรมการฆ่าตัวตายน้อยร้อยละ 18.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mueser และคณะ¹⁷ ที่พบโรคทางจิตเวชในผู้เสพสารเสพติด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาในสถานบำบัดเฉพาะทางมักเป็นผู้ที่มีอาการรุนแรง เช่น อาการโรคจิตและทำร้ายตัวเองซึ่งมักไม่สามารถให้การรักษารักษาในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชที่นอนโรงพยาบาลเกือบทุกโรคจิตเวชหลักมีการวินิจฉัยปัญหาการใช้สารเสพติดแฝงอยู่ทั้งสิ้น และผู้เสพสารเสพติดรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มเสี่ยงที่พบโรคจิตเวชได้สูงผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมมีอัตราที่สูง เนื่องจากใช้สารเสพติดเพื่อลดอารมณ์ไม่สบายใจ แสวงหาความสุขทางใจ บางรายใช้เพื่อลดอาการประสาทหลอนของตนเอง¹⁹⁻²¹

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบติดจะมีระดับความรุนแรงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายน้อยรุนแรงมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดื่มสุราจนติดหรือเป็นพิษจากสุราจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 10-73 จนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 10-69²² ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศอังกฤษที่พบว่าความเสี่ยงการเสียชีวิตชั่วชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราพบประมาณร้อยละ 11-15²³ ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบอันตรายมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระดับน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของหวาน ศรีเรือนทอง และคณะ²⁴ ที่ทำการสำรวจความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทยระดับชาติ ปีพ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่า alcohol abuse มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชที่สำรวจในครั้งนี้อยู่ร้อยละ 9.2

ข้อจำกัดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสุราเรื้อรังบางรายผ่านระยะถอนพิษสุราเป็นระยะเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งอาการที่หลงเหลือมักเป็นอาการโรคจิตที่ไม่รุนแรง แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ทำให้เมื่อมีผู้ป่วยดังกล่าวที่คะแนนผ่านเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผู้สัมภาษณ์จึงต้องรีบเก็บข้อมูลโดยใช้เวลาจำกัดไปด้วย ทำให้ผลการวิจัยมีโอกาสพบภาวะโรคจิตร่วมได้สูง

สรุป

ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชพบโรคร่วมทางจิตเวชสูงกว่าประชากรไทยทั่วไปที่มีปัญหาการดื่มสุรา⁵ โดยผู้ที่ดื่มแบบติดมีโอกาสมากที่สุดที่จะฆ่าตัวตายได้สูง ดังนั้นผู้บำบัดควรตระหนักถึงการวินิจฉัยภาวะดังกล่าวและพัฒนากำหนดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่มีการบูรณาการ การคัดกรอง การดูแลแบบสหวิชาชีพ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการประเมินผลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบครบวงจร

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนวิจัยจากแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

References

1. Cornelius JR, Bukstein O, Salloum I, Clark D. Alcohol and psychiatric comorbidity. Recent Dev in Alcohol 2003;16:361-74.
2. World Health Organization. WHO global status report on alcohol 2004. Available from <http://www.who.int/alcohol>. [5 June 2012]
3. International health policy program Thailand. Burden of Disease 2004. [online]. Available from <http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2-chapter8>. [5 June 2012]
4. 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.
5. Junsirimongkol B, Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M, Chuta W, Kongsuk T, Leejongpermpoon J. The prevalence of alcohol use disorders and psychiatric comorbidity in Thailand: national epidemiological survey 2008. J Ment Health Thai 2011;19:88-102.
6. Phajuy A, Sriburapar N. Psychiatric comorbidity of alcohol dependent patients admitting in Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center. J Psychiatr Assoc Thai 2009;54:63-74.
7. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Annual report of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2010. Bangkok; 2011.
8. Puangwarin N. Train The Brain Forum (Thailand). Siriraj Hosp Gaz 1993;45:359-74.
9. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep 1962;10:799-812.
10. 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.
11. Assanangkornchai S. Alcohol Screening Test:AUDIT. Chiangmai: Integrated Management for Alcohol Intervention Program (IMAP); 2009.

12. Assanangkornchai S. Pattern of alcohol drinking and alcohol use disorder in Thailand. *J Psychiatr Assoc Thai* 2009;54:139s-52s.
13. Carroll KM. Research society on alcoholism. Lecture series RSA/ISBRA meeting; 27th-28th June 2008; Grand Hyatt. Washington DC; 2008.
14. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66:17-31.
15. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 07;64:830-42.
16. Shane PA, Jasiukaitis P, Green RS. Treatment outcomes among adolescents with substance abuse problems: the relationship between comorbidities and post-treatment substance involvement. *Evaluation and Program Planning* 2003;26:393-402.
17. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, Swett Jr. C, Miles KM, Hill D. Substance use disorder in hospitalized severely mentally 111 psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophr Bull* 2000;26:179-92.
18. 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.
19. Green AI, Drake RE, Brunette MF and Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164:402-8.
20. NIDA. Comorbid drug abuse and mental illness 2007. Available from <http://www.nida.nih.gov>. [5 July 2012]
21. Cooper E. Dual diagnosis. Available from <http://www.nida.nih.gov>. [12 June 2012]
22. Cherpitel CJ, Borges LG, and Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;8:18S-28S.
23. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:383-92.
24. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchunr W, Kittirattanaapaiboon P, Kenbubpha K, Yingyeun R, Sukawaha S, Leejongpermpoon J. The suicidality in Thai population: a national survey. *J Psychiatr Assoc Thai* 2011;56:413-24.