

ความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ในคนไทย โรคร่วมทางจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Prevalence of alcohol use disorders, psychiatric co-morbidity and associated factors among the Thai Population

ปริทรรศ ศิลปกิจ, พ.บ.¹, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, พร.ด.¹, ชิดชนก เรือนก้อน, พร.ด.²,
ชลีพร สมใจ, พย.ม.¹, จงรักษ์ ฐานวรกุล, พย.ม.¹
Paritart Silpakit, M.D.¹, Wanida Pumpaisalchai, Ph.D.¹, Chidchanok Ruengorn, Ph.D.²,
Chaleeporn Somjai, M.N.S.¹, Jongrak Tanvorkook, M.N.S.¹

โรงพยาบาลสวนปรุง¹, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²
Suanprung Hospital¹, Faculty of Pharmacy, Chiangmai University²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ในคนไทย และศึกษาโรคร่วมทางจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัสดุและวิธีการ ข้อมูลการสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ที่ได้สำรวจในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปโดยสัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย คำนวณค่าสถิติจากค่าประมาณการโดยการถ่วงน้ำหนักเป็นค่าร้อยละและค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นผลรวมของทั้งพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบอันตรายและดื่มแบบติด วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย multivariable logistic regression แบบถ่วงน้ำหนัก

ผล กลุ่มตัวอย่าง 4,727 คน (อัตราตอบรับร้อยละ 74.3) มีเพียงร้อยละ 30 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ประมาณการความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ในหนึ่งปีและตลอดชีวิตที่ผ่านมาเป็นร้อยละ 5.3 และ 18.0 ตามลำดับ ความชุกตลอดชีพพบได้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในเพศชาย, การศึกษาระดับมัธยมศึกษา, สถานภาพสมรสแบบแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง, รายได้สูงเกิน 30,000 บาท/เดือน, เริ่มดื่มเมื่ออายุต่ำกว่า 13 ปี, และมีญาติสายตรงที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ จากความชุกตลอดชีพโรคร่วมทางจิตเวชที่พบในผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดคือ การติดนิโคติน (ร้อยละ 40.8) ส่วนโรคทางจิตเวชที่พบความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยสูงที่สุดคือ โรคตื่นตระหนกที่มีอาการกลัวที่โล่ง (ร้อยละ 78.9) และเป็นโรคทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญในระดับสูงที่สุด

สรุป ความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์และโรคร่วมทางจิตเวชในคนไทยอยู่ในระดับสูง การพัฒนาแนวทางที่จะนำมาใช้ป้องกันจำเป็นจะต้องคำนึงถึงโรคร่วมทางจิตเวชและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

คำสำคัญ: ความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ โรคร่วมทางจิตเวช

ติดต่อผู้นิพนธ์ e-mail : mso.suanprung@gmail.com

Abstract

Objectives To determine the prevalence of alcohol use disorder (AUD), psychiatric co-morbidity and their possible associated risk factors.

Materials and methods The Thai National Mental Health Survey 2013's (TNMHS2013) data were used. TNMHS2013 is a cross-sectional community survey of Thai aged 18 and above. Respondents were directly interviewed using the Thai version of World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0). The data of respondents were analyzed for weighted prevalence in percentage and standard errors. The association between independence factors, psychiatric disorders and AUD, a combination of alcohol abuse and dependence, was determined using weighted multivariable logistic regression at the 95% level of confidence.

Results In all 4,727 participants (response rate 74.3%) completed the WMH-CIDI. About 30% of them were abstainers. The overall adjusted 12-month and lifetime prevalence rates of AUD were 5.3% and 18.0%, respectively. The rate of lifetime AUD was significantly higher in male, secondary education, getting separated or divorced marital status, with income more than 30,000 baht/month, start drinking at younger than 13 years old, had a close relative with alcohol use disorder. Lifetime AUD was the highest prevalent among those who ever experienced any drug use disorder (61.4%). The most of common psychiatric disorders seen among lifetime AUD were panic disorder with agoraphobia (78.9%). The association between AUD was strongest with a history of panic disorder with agoraphobia [adjusted odds ratio = 54.2, 95%CI:10.7-274.2].

Conclusion The prevalence of AUD and psychiatric co-morbidity remain high in population. Some associated factors may be useful for excessive alcohol use prevention programs.

Key words : prevalence, alcohol, drinking behavior, CIDI, national survey
corresponding author e-mail : mso.suanprung@gmail.com

บทนำ

แอลกอฮอล์เป็นเครื่องดื่มที่ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรและต่อสังคมเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยปีละ 2.6 หมื่นราย¹ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยความเสี่ยงสุขภาพอันดับ 1 เมื่อพิจารณาจากความเสี่ยงเสียชีวิตปีละ DALYs) และเป็นปัจจัยเสี่ยงสุขภาพอันดับ 3 เมื่อพิจารณาจากการเสียชีวิตและจำนวนปีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร² ด้วยปริมาณการบริโภคที่เพิ่มขึ้นจาก 7.1 ลิตรเป็น 7.7 ลิตร แอลกอฮอล์บริโภคต่อหัวประชากรต่อปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๗ ตามลำดับ^{1,3} ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกเคยระบุว่า คนไทยดื่มเหล้ามากที่สุดเป็นอันดับที่ 5 ของโลก⁴ จำนวนเยาวชนที่ตกเป็นเหยื่อก็เพิ่มขึ้นมากกว่าปีละ 260,000 คน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงจำเป็นต้องได้รับการควบคุม^{1,3} ถึงแม้ว่าจะมีการออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ มีการกำหนดมาตรการในการควบคุมปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ใหม่ๆ เพื่อลดการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เพียงพอในการที่จะควบคุมปัญหาจากแอลกอฮอล์ได้ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ก็มีได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ^{5,6} มีปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ตัวผู้ดื่มแอลกอฮอล์เอง⁷ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านแอลกอฮอล์ที่เอื้อให้เกิดการดื่ม เช่น การเข้าถึงได้ง่าย⁸ ราคาจำหน่ายที่ต่ำเมื่อเทียบกับนานาชาติ ส่งผลให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีกำลังซื้อเพิ่มขึ้น⁶

พฤติกรรมกรรมการดื่มที่ก่อปัญหารุนแรงถูกจัดเป็นความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นโรคทางสมองที่มีสาเหตุจากการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง แสดงออกด้วยการดื่มซ้ำๆ ควบคุมการดื่มไม่ได้ หากไม่ได้ดื่มจะอารมณ์เสีย⁹ ความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ของแต่ละประเทศในปี ๒๐๐๔ มีอัตราแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 0 ถึงร้อยละ 16 พบสูงในประเทศแถบยุโรปตะวันออกและบางประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบมากในผู้ชาย การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (harmful use) ทำให้คนเสียชีวิตถึงปีละ 3.3 ล้านคน ในปี ๒๐๑๐ ประชากรทั่วโลกอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มแอลกอฮอล์บริโภคเฉลี่ย 6.2 ลิตร/คน¹⁰ ผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์มักจะพบว่ามีความวิตกกังวลร่วม ที่พบได้บ่อย เช่น anxiety disorders, mood disorders, major depressive disorder, schizophrenia และจำนวนมากไม่ได้รับการรักษาการเจ็บป่วยที่พบร่วมทำให้การแก้ไขหรือป้องกันปัญหาการดื่มไม่ประสบความสำเร็จ^{11,12} การสำรวจความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์และโรคจิตเวชร่วมในคนไทยในปี ๒๕๕๑ ก็พบว่า มีจำนวน 5.2 ล้านคนที่ เข้าข่ายมีความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders, AUD)¹³ แต่การศึกษาเรื่องนี้ยังมีน้อย

การศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ในคนไทย และศึกษาโรคร่วมทางจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเฝ้าระวัง ติดตาม สถานการณ์ ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำไปสู่การกำหนดนโยบายหรือมาตรการด้านแอลกอฮอล์เพื่อวางแผนลดปัญหาที่จะเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล ทูติยภูมิที่ได้จากการสำรวจระดับชาติของคนไทยระดับชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยได้รับการ อนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง หมายเลข ๑๒/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ตามข้อกำหนดของทีมสำรวจ สุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey (WMHS) Initiative)¹⁴

เครื่องมือที่ใช้คือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0)¹⁵ แบบกระดาษและ ดินสอ (paper and pencil instrument) ฉบับภาษาไทยที่มีความเที่ยงตรงในการวินิจฉัยโรคจิตเวชสูง สอดคล้องตามนิยามและเกณฑ์ของทั้ง DSM-IV และ ICD-10 เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต โดยเลือก 18 หมวด จาก 42 หมวด ประกอบด้วย ชุดคัดกรอง (screening) กลุ่มโรคจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรค ทางอารมณ์ (depression และ mania) กลุ่มโรค วิตกกังวล (panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder และ post-traumatic stress disorder) กลุ่มสารเสพติด (alcohol use disorders และ drug use disorders) กลุ่มประสบการณ์โรคจิต (psychotic like experience screen) กลุ่มโรคที่เป็นปัญหา ตามพื้นที่ (nicotine dependence, gambling และ intermittent explosive disorder) ความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายและ โรคทางกาย (suicidality และ chronic condition) และลักษณะ ประชากรศาสตร์ (demographic) โดยรายงานเป็นความเจ็บป่วยในหนึ่งปี

ที่ผ่านมา (one-year disorder) และความเจ็บป่วย ตลอดชีพ (lifetime disorder) ข้อคำถามในหมวดความ ผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์ประกอบด้วยคำถาม เกี่ยวกับชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณที่ ติ่มแต่ละครั้ง ความถี่ รูปแบบการติ่ม อายุที่เริ่ม ติ่ม ปัญหาที่เกิดจากการติ่ม ความผิดปกติที่เกิดขึ้น เมื่อหยุดติ่ม ประวัติการรักษาปัญหาที่เกี่ยวกับสุรา และการมีญาติสายตรงที่เคยมีปัญหากจากการติ่ม แอลกอฮอล์

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม STATA นำเสนอค่าประมาณการความชุกของ พฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์เป็นค่าสัดส่วนโดย การถ่วงน้ำหนักประชากร (weighted proportion estimates) และแสดงค่าร้อยละ และค่าคลาดเคลื่อน มาตรฐาน (standard error; SE) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์ ด้วย multivariable logistic regression แบบถ่วง น้ำหนัก นำเสนอด้วยค่า odds ratio และค่า confidence interval ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผล

จากการสุ่ม 6,360 คน ครัวเรือน และ สัมภาษณ์แล้วเสร็จ 4,727 คน คิดเป็นอัตราตอบรับ (response rate) ร้อยละ 74.3 กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิงร้อยละ 51.7, อายุเฉลี่ย (SE) 44.1 (0.3) ปี, สมรสแล้วร้อยละ 70, ไม่ได้เรียนหรือเรียนถึง ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาร้อยละ 86, มีการ ประกอบอาชีพร้อยละ 75.5, มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 15,000 บาท ร้อยละ 85

ความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามภาค

ความชุกโดยภาพรวมของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และตลอดชีพ หลังจากถ่วงน้ำหนักแล้ว คือร้อยละ 5.3 และ 18.0 ตามลำดับ โดยความชุกตลอดชีพภาคเหนือจะพบได้สูงที่สุด (ร้อยละ 24.1) รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 18.4) ภาคกลาง (ร้อยละ 17.7) ต่ำที่สุดคือภาคใต้ (ร้อยละ 13.3) (ตารางที่ 1)

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์

1. ความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

ลักษณะทางประชากรที่พบว่ามีความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ มีการวางแผนฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 32.8), ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 22.7), พยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 15.8), ยังคงสูบบุหรี่ (ร้อยละ 12.8) และมีความคิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 11.6)

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ weighted multivariable logistic regression โดยพิจารณาหลายปัจจัยร่วมกันแบบ explore model จากค่า adjusted odds ratio พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 1 ร้อยละ (SE)* ความชุกของความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder, AUD) ของประชากร จำแนกตามภาค

พฤติกรรมกรดื่มแอลกอฮอล์	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคอีสาน	ภาคใต้	รวม
ความชุกในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา						
1. ไม่ดื่ม	32.3(2.2)	29.2(2.0)	25.36(1.6)	22.6(1.6)	46.1(2.2)	29.4(0.9)
2. ดื่มบางโอกาส	62.7(2.4)	66.0(2.1)	64.6(2.0)	73.4(1.7)	50.8(2.2)	65.3(0.9)
3. ดื่มแบบผิดปกติ (AUD)	5.0(1.4)	4.9(0.9)	10.0(1.4)	4.0(0.9)	3.1(0.8)	5.3(0.5)
- ดื่มแบบอันตราย (abuse)	2.1(0.8)	3.8(0.9)	6.5(1.2)	2.6(0.8)	2.4(0.7)	3.5(0.4)
- ดื่มแบบติด (dependence)	2.9(1.2)	1.0(0.3)	3.5(0.8)	1.4(0.5)	0.7(0.3)	1.8(0.3)
ความชุกตลอดชีพ						
1. ไม่ดื่ม	32.3(2.2)	29.2(2.0)	25.4(1.6)	22.6(1.6)	46.1(2.2)	29.4(0.9)
2. ดื่มบางโอกาส	52.7(2.5)	53.2(2.3)	50.6(2.0)	59.0(2.0)	40.6(2.2)	52.6(1.0)
3. ดื่มแบบผิดปกติ (AUD)	15.0(2.1)	17.7(1.8)	24.1(1.8)	18.4(1.8)	13.3(1.5)	18.0(0.9)
- ดื่มแบบอันตราย (abuse)	10.6(1.7)	13.8(1.6)	17.4(1.7)	14.6(1.7)	11.2(1.4)	13.9(0.8)
- ดื่มแบบติด (dependence)	4.4(1.4)	3.8(1.0)	6.6(1.0)	3.7(0.8)	2.0(0.5)	4.1(0.4)

* weighted data, AUD = alcohol use disorder; SE = standard error

มี 6 ปัจจัย เรียงตามระดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อยได้ดังนี้ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, การสูบบุหรี่, การมีงานทำ และการมีญาติสายตรงมีปัญหาจากการติ่มแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 2)

2. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์ตลอดชีพ

ลักษณะทางประชากรที่พบว่ามีความชุกของความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์ตลอดชีพมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ มีการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 60.1), เคยวางแผนฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 51.7), อายุเมื่อเริ่มติ่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก (ไม่เกิน 13 ปี และในช่วง 13-17 ปี ร้อยละ 41.3 และ 34.8 ตามลำดับ), ยังคงสูบบุหรี่ (ร้อยละ 40.6) และเพศชาย (ร้อยละ 33)

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ weighted multivariable logistic regression โดยพิจารณาหลายปัจจัยร่วมกันแบบ explore model จากค่า adjusted odds ratio พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์ได้สูงอย่างมีนัยสำคัญ มี 9 ปัจจัย เรียงตามระดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อยได้ดังนี้ เพศชาย, เคยวางแผนฆ่าตัวตาย, เริ่มติ่มเมื่ออายุต่ำกว่า 13 ปี, รายได้เกิน 30,000 บาท/เดือน, ยังคงสูบบุหรี่, การศึกษาระดับมัธยม, มีภาวะสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี, สถานภาพสมรสแยกกันอยู่/หย่า/หม้าย และการมีญาติสายตรงมีปัญหาจากการติ่มแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 2)

โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มีความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์

1. ความชุกในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา

โรคจิตเวชที่มีความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคติดพนัน (pathological gambling) ร้อยละ 20.4, ความผิดปกติของการเสพยาเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง (any drug use disorder) ร้อยละ 20.3, และติดนิโคติน (nicotine dependence) ร้อยละ 16.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ในกลุ่มที่มีความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์พบว่ามีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ติดนิโคติน ร้อยละ 18.7, ระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราว (intermittent explosive disorder) ร้อยละ 2.4 และความผิดปกติของการเสพยาเสพติด (any drug use disorder) ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ

ผลจากการวิเคราะห์ด้วย multivariable logistic regression แบบ explain model โดยควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน อายุที่เริ่มติ่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีปัญหาสุขภาพกายร่วมด้วย พบว่าโรคทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญคือ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยคนที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มแอลกอฮอล์สูงกว่าคนที่ไม่มี 4 เท่า (AOR=4.1; 95% CI=1.1-15.5)

ตาราง 2 ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและตลอดชีพ

ปัจจัย	ค่าประมาณการความชุกของ AUD ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา,			ค่าประมาณการความชุกของ AUD ตลอดชีวิตที่ผ่านมา		
	ทั้งหมด ร้อยละ (SE) ^a	ไม่ผิดปกติ (n=4,539)	ผิดปกติ (n=188)	ไม่ผิดปกติ (n=4,539)	ผิดปกติ (n=188)	ร้อยละ (SE) ^a
	ร้อยละ (SE)	crude OR (95%CI)	adjusted OR** (95%CI)	crude OR (95%CI)	adjusted OR** (95%CI)	
เพศ						
ชาย	48.3(1.1)	90.0(1.0)	10.0(1.0)	1	1	33.0(1.6)
หญิง	51.7(1.1)	99.0(0.2)	1.0(0.2)	0.1(0.1-0.1)*	0.1(0.1-0.3)*	4.1(0.5)
อายุ (ปี)						
18-24	13.1(1.0)	93.9(1.7)	6.0(1.7)	1	1	16.7(3.0)
25-34	19.2(1.0)	90.9(1.7)	9.1(1.7)	1.6(0.8-3.2)	1.3(0.6-2.9)	21.8(2.4)
35-44	21.2(0.9)	94.5(1.0)	5.5(1.0)	0.9(0.4-1.8)	0.7(0.3-1.8)	1.4(0.8, 2.2)
45-54	2.0(0.7)	94.5(1.0)	5.5(0.9)	0.9(0.4-1.8)	0.8(0.3-1.9)	1.2(0.7, 1.9)
55-59	7.9(0.4)	95.8(1.2)	4.2(1.2)	0.7(0.3-1.6)	0.6(0.2-1.7)	1.1(0.7, 1.9)
60 ขึ้นไป	18.6(0.6)	99.0(0.3)	1.0(0.3)	0.1(0.1-0.3)*	0.2(0.1-0.5)*	9.4(1.0)
สถานภาพสมรส						
- แต่งงาน	70.0(1.0)	95.6(0.51)	4.5(0.51)	1	1	17.6(0.9)
- แยกกันอยู่/หย่า/หม้าย	12.4(0.6)	94.2(1.6)	5.8(1.6)	1.3(0.7-2.4)	2.4(1.2-4.5)*	0.8(0.6, 1.2)
- โสด	17.6(1.0)	91.5(1.6)	8.5(1.6)	2.0(1.2-3.2)*	1.3(0.7-2.5)	1.3(0.9, 1.8)
ระดับการศึกษา						
- ไม่ได้เรียนประถมศึกษา	48.0(1.0)	95.3(0.6)	4.7(0.6)	1	-	15.2(1.0)
- มัธยมศึกษา	35.0(1.1)	93.7(1.0)	6.3(1.0)	1.4(0.9-2.1)	-	21.4(1.7)
- ปริญญาตรีและสูงกว่า	16.9(0.9)	95.0(1.2)	5.0(1.2)	1.1(0.6-1.9)	-	1.5(1.2, 1.9)*
						1.7(1.2, 2.3)*
						1.3(0.9, 1.8)
						0.9(0.6, 1.4)

ตาราง 2 ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและตลอดชีพ (ต่อ)

ปัจจัย	ค่าประมาณการความชุกของ AUD ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา,				ค่าประมาณการความชุกของ AUD ตลอดชีวิตที่ผ่านมา				
	ทั้งหมด	ร้อยละ (SE)		ร้อยละ (SE) ^a	ทั้งหมด	ร้อยละ (SE)		ร้อยละ (SE) ^a	
	ร้อยละ (n=4,727)	ไม่ผิดปกติ (n=4,539)	ผิดปกติ (n=188)	crude OR (95%CI)	adjusted OR** (95%CI)	ไม่ผิดปกติ (n=4,539)	ผิดปกติ (n=188)	crude OR (95%CI)	adjusted OR** (95%CI)
สถานะทางอาชีพ									
ทำงานทำ	75.5(0.9)	93.5(0.6)	6.5(0.6)	1	1	79.9(1.0)	20.1(1.0)	1	
ไม่ทำงานทำ	24.5(0.9)	98.3(0.5)	1.7(0.5)	0.2(0.1, 0.4)*	0.5(0.2-0.9)*	88.3(1.6)	11.7(1.6)	0.5(0.4, 0.7)*	-
รายได้ต่อเดือน (บาท)									
≤5000	52.3(1.0)	96.3(0.5)	3.7(0.5)	1	-	86.3(1.0)	13.6(1.0)	1	1
5,001-15,000	32.9(1.0)	92.2(1.1)	7.8(1.1)	2.2(1.5-3.3)*		77.8(1.7)	22.2(1.7)	1.8(1.4, 2.3)*	1.3(0.9, 1.8)
15,001-30,000	9.8(0.6)	95.5(1.3)	4.5(1.3)	1.2(0.6-2.4)		79.2(2.6)	20.8(2.6)	1.7(1.2, 2.4)*	1.2(0.8, 1.8)
>30,000	4.9(0.5)	92.6(3.0)	7.4(3.0)	2.1(0.8-5.1)		69.2(4.8)	30.8(4.8)	2.8(1.7, 4.5)*	2.0(1.1, 3.7)*
ญาติสายตรงมีปัญหารดื่มแอลกอฮอล์									
ต่ำกว่า 13 ปี	2.1(0.5)	89.5(4.51)	10.5(4.5)	1	-	58.7(8.8)	41.3(8.8)	1	1
อายุ 13-17 ปี	35.3(1.3)	90.6(1.3)	9.4(1.3)	0.9(0.3-2.4)		65.2(2.3)	34.8(2.3)	0.8(0.4, 1.6)	0.7(0.3, 1.6)
อายุ 18- 24 ปี	41.4(1.3)	92.6(1.14)	7.4(1.1)	0.7(0.3-1.8)		76.2(1.8)	23.7(1.8)	0.4(0.2, 0.9)*	0.6(0.3, 1.3)
อายุ 25 ปี ขึ้นไป	20.6(0.9)	95.6(1.2)	4.4(1.0)	0.4(0.1-1.1)		89.0(1.4)	11.0(1.4)	0.2(0.1-0.4)*	0.4(0.2-0.9)
ภาวะสุขภาพทางกายโดยรวม									
ดีมาก	16.5(0.8)	93.5(1.6)	6.5(1.6)	1	-	82.1(2.5)	17.9(2.5)	1	-
ดี	48.0(1.0)	94.3(7.4)	5.7(0.7)	0.9(0.5-1.5)		82.3(1.2)	17.7(1.2)	1.0(0.7, 1.4)	
ไม่ดี	35.5(1.0)	95.7(0.6)	4.3(0.6)	0.6(0.4-1.2)		81.4(1.4)	18.5(1.4)	1.0(0.7, 1.5)	

ตาราง 2 ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและตลอดชีพ (ต่อ)

ปัจจัย	ค่าประมาณการความชุกของ AUD ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา, ร้อยละ (SE) ^a			ค่าประมาณการความชุกของ AUD ตลอดชีวิตที่ผ่านมา, ร้อยละ (SE) ^a		
	ไม่ผิดปกติ (n=4,539)	ผิดปกติ (n=188)	crude OR (95%CI)	ไม่ผิดปกติ (n=4,539)	ผิดปกติ (n=188)	crude OR (95%CI)
ภาวะสุขภาพจิตโดยรวม						
ดีมาก	95.0(1.0)	5.0(1.0)	1	84.4(1.8)	15.6(1.8)	1
ดี	94.9(0.6)	5.0(0.6)	1.0(0.6-1.6)	82.7(1.1)	17.3(1.1)	1.1(0.8, 1.3)
ไม่ดี	93.5(1.3)	6.5(1.3)	1.3(0.7-2.3)	77.0(2.0)	23.0(2.0)	1.6(1.1, 2.3)*
การสูบบุหรี่						
ยังคงสูบบุหรี่	87.2(1.5)	12.8(1.5)	1	59.4(2.3)	40.6(2.3)	1
เคยสูบบุหรี่มาก่อน	92.9(1.4)	7.1(1.4)	0.9(0.5-1.6)	73.8(2.3)	26.2(2.3)	0.5(0.4, 0.7)*
ไม่เคยสูบบุหรี่	98.3(0.4)	1.7(0.4)	0.1(0.1-0.2)*	93.8(0.7)	6.2(0.7)	0.1(0.1, 0.1)
การใช้สารเสพติด						
ไม่มี	94.7(0.5)	5.3(0.5)	1	83.2(0.9)	16.8(0.9)	1
มี	77.3(15.1)	22.7(15.1)	5.3(1.0-28.8)*	39.9(6.0)	60.1(6.0)	7.4(4.5, 12.4)*
การคิดฆ่าตัวตาย						
ไม่มี	94.7(0.5)	5.3(0.5)	1	82.3(0.9)	17.6(0.9)	1
มี	88.4(5.4)	11.6(5.4)	2.3(0.8-6.7)	71.5(6.2)	28.5(6.2)	1.9(1.0, 3.4)*
การวางแผนฆ่าตัวตาย						
ไม่มี	94.7(0.5)	5.3(0.5)	1	82.3(0.9)	17.7(0.9)	1
มี	67.2(16.4)	32.8(16.4)	8.7(2.0-38.2)*	48.3(13.2)	51.7(13.2)	5.0(1.7, 14.1)*
พยายามฆ่าตัวตาย						
ไม่มี	94.7(0.5)	5.3(0.5)	1	82.1(0.9)	17.9(0.9)	1
มี	84.2(16.1)	15.8(16.1)	3.3(0.3-36.3)	67.2(13.1)	32.8(13.1)	2.2(0.9, 7.2)

^a = weighted data ; * = p<0.05 ; ** weighted multivariable logistic regression; AUD = alcohol use disorder

ตารางที่ 3 ความชุกของความผิดปกติทางจิตเวช และความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์

ความผิดปกติทางจิต (psychiatric disorders)	ความชุกในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ^a				ความชุกตลอดชีพ ^a		
	ความชุกของ AUD ในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต % (SE)	ความชุกของ AUD และระหว่าง AUD และ ความผิดปกติทางจิต AOR (95% CI)	ความชุกของ ความผิดปกติทางจิต ในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต AUD % (SE)	ความชุกของ AUD ในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต % (SE)	ความชุกของความผิดปกติทางจิต ในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต AUD % (SE)	ความชุกของ AUD และ ความผิดปกติทางจิต AOR (95% CI)	ความสัมพันธ์ระหว่าง AUD และ ความผิดปกติทางจิต AOR (95% CI)
pathological gambling	20.4(14.4)	1.7(0.2-11.8)	1.1(0.8)	57.4(10.2)	2.8(0.8)	4.6(1.7-12.5)*	
any drug use disorder	20.3(9.8)	1.3(0.2-7.0)	2.2(1.1)	61.4(5.2)	13.9(1.8)	2.6(1.5-4.6)*	
- any drug abuse	22.7(15.1)	1.2(0.3-10.8)	1.3(0.8)	60.1(6.0)	9.3(1.5)	2.4(1.3-4.5)*	
- any drug dependence	17.8(12.5)	1.6(0.1-19.3)	0.9(0.7)	64.2(9.9)	4.6(1.0)	2.5(0.9-7.3)	
nicotine dependence	16.0(3.2)	1.3(0.7-2.4)	18.7(3.6)	49.3(3.1)	40.8(2.6)	2.2(1.5-3.1)*	
any mood disorder	8.1(5.5)	2.1(0.3-12.5)	1.0(0.7)	25.3(4.9)	2.7(0.6)	3.2(1.6-6.5)*	
major depressive episode	6.5(5.5)	1.7(0.2-14.7)	0.8(0.7)	24.6(4.9)	2.4(0.6)	2.8(1.4-5.4)*	
any anxiety disorder	7.2(3.9)	2.3(0.6-8.7)	2.2(1.2)	25.8(0.5)	4.4(0.9)	3.0(1.5-5.8)*	
panic disorder (with agoraphobia)	11.9(12.2)	3.1(0.4-24.4)	0.4(0.4)	78.9(13.4)	0.9(0.5)	54.2(10.7-74.2)*	
panic disorder (without agoraphobia)	0(0)	n/a	0(0)	20.8(6.9)	0.6(0.2)	1.2(0.3-5.2)	
psychotic disorder	5.9(4.2)	1.2(1.0-2.8-9)	1.6(1.2)	23.4(0.45)	7.6(1.7)	1.3(0.7-2.2)	
intermittent explosive disorder	11.5(7.0)	1.9(0.3-12.0)	2.4(1.5)	43.4(7.1)	6.7(1.5)	3.2(1.4-7.0)*	
any suicidal behavior	14.8(6.2)	4.1(1.1-15.5)*	1.8(0.8)	28.5(6.2)	5.5(1.5)	1.9(1.0-3.8)	

weighted data; * = p value <0.05 Note. SE = standard error; AOR = adjusted odds ratio; CI = confidence interval. ^a adjusted for demographic and socioeconomic characteristics (gender, age, marital status, education, job, income per month, start drinking age, smoking, overall health status)

2. ความชุกตลอดชีพ

โรคทางจิตเวชที่มีโรคร่วมเป็นความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ โรคดีนตระหนกที่มีอาการกลัวที่โล่ง (panic disorder with agoraphobia) ร้อยละ 78.9, ความผิดปกติของการเสพยาเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง (any drug use disorder) ร้อยละ 61.4, และติดพนัน ร้อยละ 57.4 ตามลำดับ

ในผู้ที่มีความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์ตลอดชีพ พบว่ามีโรคร่วมทางจิตเวชได้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ติดนิโคติน ร้อยละ 40.8, ความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (any drug use disorder) ร้อยละ 13.9, และโรคจิต (psychotic disorder) ร้อยละ 7.6 ตามลำดับ

โรคทางจิตเวชที่มีขนาดความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการติ่มแอลกอฮอล์ตลอดชีพมากที่สุดคือ โรคดีนตระหนก (ที่มีอาการกลัวที่โล่ง) ค่า AOR สูงถึง 54.2 รองลงมาคือการติดพนัน (AOR 4.6) ที่เหลือจะมีค่า AOR อยู่ในช่วง 2.2-3.2 ($p < .01$)

วิจารณ์

ความชุกของพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์พบรายงานมาน้อยแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่ช่วงเวลาที่เราสำรวจ ซึ่งประมาณการความชุกในช่วง 1 ปีที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้ คือร้อยละ 5.3 จัดอยู่ในเกณฑ์ต่ำเมื่อเทียบกับความชุกในช่วง 1 ปีในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาที่ส่วนใหญ่ก็ใช้เครื่องมือ CIDI สำรวจเช่นเดียวกัน ซึ่งมีค่า quartile ที่ 1, 2 และ 3 ของความชุกอยู่ที่ร้อยละ 5.2, 6.0 และ 8.1 ตามลำดับ¹⁶ และยังต่ำกว่าประเทศในแถบเอเชียอย่างเช่นการสำรวจในเกาหลีใต้ปี 2005

ที่มีความชุกของการติ่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายหรือติดในช่วง 1 ปีอยู่ที่ร้อยละ 7.5¹⁷ อัตราการติ่มแบบอันตรายหรือติดพบในชายมากกว่าหญิง ให้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาในหลายๆ ประเทศ ด้วยอัตราที่แตกต่างกันไป^{17, 18} อาจเนื่องจากการติ่มสุราของผู้ชายมักได้รับการยอมรับมากกว่าผู้หญิง ทำให้ผู้ชายมักจะมองสุราในแง่บวกมากกว่าผู้หญิง และผู้ชายมักมีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น ชอบท้าทายมากกว่าผู้หญิง ผู้ชายชอบติ่มสุรามากกว่าผู้หญิง และเกิดปัญหาต่างๆ รวมทั้งการเป็นโรคติดสุราตามมาได้มากกว่าผู้หญิง⁷

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในประเทศไทยปี ๒๕๕๑ พบอัตราการติ่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายและแบบติดเพิ่มสูงขึ้นมากคือจากร้อยละ 10.8 ขึ้นมาเป็นร้อยละ 18 ในปี ๒๕๕๖ ครั้งนี้อาจเนื่องจากการเข้าถึงง่ายขึ้น ชื่อสะดวกขึ้นและราคาถูกลงเมื่อเทียบกับรายได้ที่เพิ่มขึ้น^{2,3} แต่ลักษณะของความชุกยังคงคล้ายกัน คือเมื่อจำแนกรายภาคอัตราการติ่มแบบอันตรายหรือติดในปี ๒๕๕๑ มากสุดในภาคเหนือร้อยละ 13.3, ตะวันออกเฉียงเหนือ 11.5 ต่ำสุดคือภาคใต้ร้อยละ 8.8 ความชุกของพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายหรือติดที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผลสำรวจการติ่มสุราในปี ๒๕๕๗ ที่พบว่าอัตราการติ่มสุราในภาคเหนือสูงสุดคือร้อยละ 39.2 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 37.1 ต่ำสุดคือภาคใต้ร้อยละ 20.2³ ความชุกพบในชายร้อยละ 9.8 ในหญิงร้อยละ 1.1¹³ การสำรวจครั้งนี้ (ปี ๒๕๕๖) ความชุกที่เพิ่มขึ้น ก็ยังคงมากที่สุดใภาคเหนือร้อยละ 24.1, ตะวันออกเฉียงเหนือรองลงมาร้อยละ 18.4 ต่ำที่สุดคือภาคใต้ร้อยละ 13.3 ในผู้ชายพบ

มากกว่าในผู้หญิง (ร้อยละ 33 และ 4.1 ตามลำดับ) การสำรวจประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 51.6 ล้านคนในครั้งนี้อย่างคงพบมากในคนวัยทำงาน (อายุระหว่าง 25-44 ปี) มากกว่ากลุ่มวัยอื่นเช่นเดียวกับ การสำรวจในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 53.9 ล้านคนในปี ๒๕๕๔ ที่รายงาน ว่าคนในวัยทำงานมีอัตราการดื่มสุราร้อยละ 37.3 สูงกว่ากลุ่มวัยอื่น¹⁹ อย่างไรก็ตามแม้ตัวเลขความชุก อาจจะนำมาเทียบกันโดยตรงไม่ได้เนื่องจากวิธีการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจต่างกันแต่ก็พอให้เห็นลักษณะของปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้

เมื่อพิจารณาในประเด็นเรื่องเพศ การศึกษาครั้งนี้พบอัตราการดื่มแบบเสี่ยงในผู้ชาย ร้อยละ 33 ในผู้หญิงร้อยละ 4.1 เห็นได้ว่าแม้ความชุก จะเพิ่มสูงขึ้นแต่สัดส่วนการดื่มระหว่าง ชาย:หญิง กลับลดลงจาก 9 เท่าในปี ๒๕๕๑ เหลือเป็น 8 เท่า ในปี ๒๕๕๖ แสดงว่าผู้หญิงมีการดื่มเพิ่มขึ้น ข้อสังเกตนี้ สอดคล้องกับที่ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา³ รายงานว่าในปี ๒๕๕๔ แนวโน้มเด็กและผู้หญิงดื่มสุราเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 9.8 ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ 10.9 ในปี ๒๕๕๔ เป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.2 หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 1.1 ต่อปี ในขณะที่ผู้ชายมีอัตราการดื่มสุรา ลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.45 ต่อปี² อีกทั้งปริมาณการดื่ม แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ก็เพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 7.1 ลิตร/คน/ปี ในปี ๒๕๕๔ เป็น 7.7 ลิตร/คน/ปี แบ่งเป็นการบริโภค แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของผู้ชาย 8.99 ลิตรต่อคนต่อปี และของผู้หญิง 2.76 ลิตร ต่อคนต่อปี^{2, 3}

หลายปัจจัยสัมพันธ์กับความผิดปกติของ การดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ โดยอัตราความ ผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ได้สูงกว่าใน เพศ ชาย, สถานภาพสมรสแยกกัน/หย่า/หม้าย, การศึกษา

ในระดับมัธยมศึกษา, คนที่มีรายได้สูงเกิน 30,000 บาท/เดือน, มีญาติสายตรงมีปัญหาการดื่ม แอลกอฮอล์, สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี, ยังคงสูบบุหรี่, มีการใช้สารเสพติด, และคนที่คิด วางแผนฆ่าตัวตาย, คนที่เริ่มดื่มเมื่ออายุไม่เกิน 13 ปี แบบแผนความสัมพันธ์ไม่ต่างจากการสำรวจที่ผ่านมา เป็นไปได้ว่ากระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการมายังเข้าไม่ถึงปัจจัยสำคัญเหล่านี้

สอดคล้องกับในรายงาน The 2010 National Survey on Drug Use and Health²⁰ ว่าใน คนอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปอัตราการดื่มจนเมา (binge) และดื่มอย่างหนัก (heavy alcohol) จะแปรตามระดับ การศึกษา เด็กที่กำลังเรียนระดับวิทยาลัยจะมีอัตรา การดื่มจนเมาและดื่มอย่างหนักร้อยละ 27.4 และ 8.0 ตามลำดับ ในขณะที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี แล้วลดลงเป็นร้อยละ 23.1 และ 6.6 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการสำรวจในปี ๒๕๕๗ พบอัตราการ ดื่มสุราในประชากรไทยที่มีการศึกษาระดับมัธยม สายสามัญและสายอาชีพสูงกว่าระดับปริญญาตรีและ กลุ่มที่มีการศึกษาไม่เกินระดับประถมศึกษา³ ประเด็น รายได้ที่สูงเกิน 30,000 บาท/เดือนจะมีโอกาสที่จะ พบการดื่มแบบอันตรายหรือติดสูงกว่าคนที่รายได้ ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือนนั้น สนับสนุนผลการวิจัย นี้ด้วยผลการสำรวจในปี ๒๕๕๗ ที่พบว่าในกลุ่ม นักดื่มที่มีระดับรายได้สูงที่สุด (ระดับรายได้ต่อหัว ครัวเรือนที่ 5) ใช้จ่ายเงินไปกับการดื่มมากกว่ากลุ่ม นักดื่มที่มีรายได้ต่ำที่สุด (ระดับรายได้ต่อหัวครัวเรือน ที่ 1) คิดเป็น 3 เท่าตัว³ ส่วนความเชื่อมโยงระหว่าง การดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้น มีความซับซ้อน การศึกษาครั้งนี้พบว่าในคนที่คิด วางแผนฆ่าตัวตายเท่านั้นที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

กับความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์โดยสูงกว่า คนที่ไม่มีความคิดนี้ถึง 4 เท่า สำหรับการมีความคิด มาตัวตายและมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่พบว่ สัมพันธ์กับความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์นั้น ยังคงเป็นเรื่องที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม

การสำรวจโรคร่วมทางจิตเวชครั้งนี้จะพบว่า ความชุกของโรคต้นตระกูลที่มีอาการกลัวที่โล่ง เป็นโรคร่วมที่พบในผู้ที่มีความผิดปกติของการ ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด (ร้อยละ 78.9) และมีระดับ ความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ สูงที่สุดด้วย (AOR=54.2 (95%CI10.7-74.2)) ในขณะที่ การศึกษาของ Kessler และคณะ¹¹ รายงานว่า โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (alcohol abuse) และดื่มแบบติด (alcohol dependence) ที่พบมากที่สุดคือโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ร้อยละ 29.1 และ 36.9 ตามลำดับ bipolar disorders สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์แบบติด (alcohol dependence) ในระดับสูงที่สุดคือมีค่า odds ratio = 6.3 เป็นที่สังเกตว่าจำนวนคนที่ไม่ดื่ม แอลกอฮอล์เลย (ร้อยละ 30) ก็ยังคงมีเท่าเดิมตลอด ไม่ว่าจะ 1 ปีที่ผ่านมาหรือตลอดชีพ อย่างไรก็ตาม จากแนวโน้มอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่สูงขึ้นในรอบ 3 ปี (ผลสำรวจใน พ.ศ. ๒๕๕๔- ๒๕๕๗) ที่ผ่านมา³ และความชุกของความผิดปกติ ของพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มสูงขึ้นจาก การศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าการดื่มแอลกอฮอล์ยังคง เป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่ต้องเร่งหาทางป้องกัน แก้ไขเพื่อลดอัตราการดื่มลง

สรุป

ความชุกของความผิดปกติของการดื่ม แอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปี และตลอดชีพที่ผ่านมา มี ร้อยละ 5.3 และ 18.0 ตามลำดับ พบได้มากที่สุด ในภาคเหนือ (ร้อยละ 10.0 และ 24.1 ตามลำดับ) ต่ำสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 3.1 และ 13.3 ตาม ลำดับ) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของการดื่ม แอลกอฮอล์ตลอดชีพ อย่างมีนัยสำคัญ คือ เพศ, รายได้, สถานภาพสมรส, การศึกษา, อายุที่เริ่มดื่ม, การใช้สารเสพติด, การสูบบุหรี่, สุขภาพจิตโดยรวม, การคิดวางแผนฆ่าตัวตาย และการมีญาติสายตรง มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรคทางจิตเวชที่มี ความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยมาก ที่สุดคือโรคต้นตระกูลที่มีอาการกลัวที่โล่ง (ร้อยละ 78.9) และมีระดับความสัมพันธ์สูงที่สุดด้วย ส่วน ความผิดปกติของการดื่มแอลกอฮอล์จะพบว่ามี โรคร่วมทางจิตเวชคือโรคติดยาหรือร่วมด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 40.8) และสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีจำนวนข้อคำถามที่มาก ใช้เวลานาน และการตัดสินใจข้ามข้อคำถามตาม คำตอบทำให้สับสนและผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล ได้ง่าย นอกจากนี้การแปลงข้อมูลจากแบบสอบถาม จำนวนมากเพื่อบันทึกในคอมพิวเตอร์มีโอกาส ผิดพลาดสูงมาก และชุดคัดกรองโรคจิตที่ใช้เป็น เพียงการคัดกรองประสพการณ์คล้ายโรคจิต ดังนั้น ผลที่ได้ครั้งนี้ จึงเป็นเพียงความชุกของประสพการณ์ โรคจิต อาจจะไม่ใช่ความชุกของโรคจิตเวชสำคัญ ซึ่งจะต้องสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่พบประสพการณ์ คล้ายโรคจิตเพิ่มเติมด้วยแบบประเมินเฉพาะจาก ผู้เชี่ยวชาญหรือการวินิจฉัยโรคอีกครั้งหนึ่ง

References

1. Puangsuwan A, Thamarangsi T. The reason of withdrawal alcohol beverage from free trade negotiation. Center for Alcohol Studies. Bangkok, Thailand; 2010. [17 Jul 2017] Retrieved from <http://www.fpo.go.th/FPO/pdf/forum-31Aug2010-1.pdf>. [17 Jul 2017]
2. Thamarangsi T. (Eds) The situation of alcohol consumption and its' impacts in Thailand in B.E. 2556. The Graphico Ssystem, Nonthaburi, Thailand; 2013. Retrieved from https://www.m-society.go.th/article_attach/11295/15613.pdf. [17 Jul 2017]
3. Lekfuangfu N, Tharnpanich N, Tacharoen K, Wongwaisiriwataand S, Witvorapong N. (2016). "Facts about Alcohol": Status Report on Alcoholic Beverages in Thailand B.E. 2558. Duen Tula Publishing House. Bangkok, Thailand.
4. News of Royal Thai Government. Prime Minister concerned about drinking behaviour of Thai people. 9 Jul 2017. The Secretariat of the Prime Minister Government House. Retrieved from <http://www.thaigov.go.th/news/contents/details/5117>. [18 Oct 2017]
5. Sornpaisal B, (Eds) Development of Thailand's alcohol problem control policy. (report) Center for Alcohol Studies. 2005. Retrieved from <http://www.sem100library.in.th/medias/b3983.pdf>. [17 Jul 2017]
6. Witvorapong N, (Eds) A decade of the Center for Alcohol Studies: Current State of knowledge on alcohol policy advocacy. Duen Tula Publishing House. Bangkok, Thailand; 2014. Retrieved from <http://resource.thaihealth.or.th/library/musthave/15614>. [17 Jul 2017]
7. Assanangkornchai S. Alcohol use disorders and related problems: significance and management in Thailand. Sahamitpattana, Faculty of Medicine, Songkla; 2014.
8. Intasit S. The process and relation of alcohol use and substance use in adolescence. (report) Center for Alcohol Studies; 2011. Retrieved from <http://cas.or.th/wp-content/uploads/2015/11/52-k-008.pdf>. [17 Jul 2017]
9. The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Alcohol use disorder. Retrieved from <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-use-disorders>. [18 Oct 2017]
10. WHO, Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Retrieved from <http://www.who.int/nmh/publications/ncdstatus-report-2014/en/>. [12 Aug 2017]
11. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. Epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66:17-31.
12. Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. National Institutes of Health. Nov 2002. Retrieved from <https://www.niaaa.nih.gov/>[12 Jul 2017]
13. Jansirimongkol B, Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M, Chutha 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.
14. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure. *J Ment Health Thai* 2016;24:1-14.
15. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO world mental health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006;15:167-80.
16. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P. The burden of mental disorders. *Epidemiol Rev* 2008;30:1-14. Retrieved from http://www.jhsph.edu/departments/mental-health/_docs/epidemiology/alcohol-abuse-dependence.pdf. [20 Jul 2017]
17. Hahm BJ, Cho MJ. Prevalence of alcohol use disorder in a South Korean community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:114-9.

18. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addict Abingdon Engl* 2003;98:1209–28.
19. National Statistical Office. The smoking and drinking behaviour survey 2014. Text and Journal Publication, Thailand; 2014. Retrieved from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokeFullReport57-1.pdf>. [20 Jul 2017]
20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2011. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHNationalFindingsResults2010-web/2k10ResultsRev/NSDUHresultsRev2010.pdf>. [20 Jul 2017]