



## ความชุกปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท

จิระพรรณ สุริยงค์, พย.ม.<sup>1</sup>

กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, พ.บ.<sup>1</sup>

พิมพาภรณ์ แก้วมา, พย.ม.<sup>1</sup>

มธุริน คำวงศ์ปิ่น, พย.ม.<sup>1</sup>

เดชา ทำดี, วท.ด.<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความชุกปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท ความรุนแรงของโรคจิตเภท ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความสามารถโดยรวมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา

**วัสดุวิธีการ** กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างพฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ.๒๕๕๔ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตส่งจากคะแนนแบบประเมินสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่า 1 คะแนนทุกหมวด ประเมินปัญหาการติ่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย Mini International Neuropsychiatric Interview ฉบับภาษาไทย ความรุนแรงของโรคจิตเภทด้วย Clinical Global Impression Scale-Schizophrenia Version และความสามารถโดยรวมด้วย Global Assessment of Functioning Scale วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรุนแรง ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย กับความสามารถโดยรวม ระหว่างผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุรากับไม่มี ด้วย Chi square

**ผล** ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 18.5 พบในผู้ป่วยจิตเภทชาย สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง มีความรุนแรงของโรคจิตเภทสูงร้อยละ 63.5 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 32.4 และความสามารถโดยรวมต่ำร้อยละ 64.8 และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกร้อยละ 72.9

**สรุป** ผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่ศึกษาที่มีความชุกปัญหาการติ่มสุราในเกณฑ์สูง พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีความรุนแรงของโรคจิตเภทและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ความสามารถโดยรวมต่ำ และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสูงกว่า จึงควรตระหนักถึงปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท และพัฒนาระบบบริการเพื่อจัดการปัญหาดังกล่าว

**คำสำคัญ :** ความชุก จิตเภท สุรา

<sup>1</sup> โรงพยาบาลสวนปรุง

<sup>2</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



## Prevalence of alcohol use disorders of schizophrenic patients

Jerapun Suriyong, M.N.S.<sup>1</sup>

Maturin Khamwongpin, M.N.S.<sup>1</sup>

Kittisak Viboonma, M.D.<sup>1</sup>

Decha Tamdee, Ph.D.<sup>2</sup>

Pimpaporn Keawma, M.N.S.<sup>1</sup>

### Abstract

**Objective** To determine the prevalence of alcohol use disorders, severity of schizophrenia, risks for suicide and functional capacity in schizophrenic patients with alcohol use disorders.

**Materials and methods** The sample was schizophrenic patients who received services at the inpatient and outpatient department of Suan Prung psychiatric hospital, Chiang Mai Province during May and August, 2011. They were purposively selected with clear psychotic symptoms and score of health assessment scale less than one in all items. Alcohol use disorders and risks for suicide were assessed with the Mini International Neuropsychiatric Interview. Severity of schizophrenia was assessed with the Clinical Global Impression Scale - Schizophrenia Version (CGI-SCH). Functional capacity was assessed with the Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Data were analyzed using Chi Square for comparing between personal data, severity of schizophrenia, risks for suicide and functional capacity of schizophrenic patient with and without alcohol use disorder.

**Results** The results revealed that there were 18.5% of schizophrenic patients with alcohol use disorders in 1 year ago. And found in male more than female. According to CGI-SCH score, the overall severity  $\geq 5$  among schizophrenic patients with alcohol use disorders was 63.5% The suicidal risk behaviors with M.I.N.I.: Module C score  $\geq 1$  was 32.4%. The GAF scores  $\leq 40$  of the schizophrenic patients with alcohol use disorders was 64.8%. Moreover, this study found that almost schizophrenic patients with alcohol use disorders were inpatients (72.9%).

**Conclusion** The prevalence of alcohol use problem among schizophrenic patients found that it was more in male than in female. The severity of schizophrenia and risk of suicide was at a high level as well as functional capacity was at a low level. Those patients received more inpatient services. Therefore, it should concern the alcohol use disorders of schizophrenic patients and develop services system for management this problem.

**Key words** : alcohol, prevalence, schizophrenia

<sup>1</sup> Suanprung Hospital

<sup>2</sup> Faculty of Nursing, Chiang Mai University

## บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความรุนแรงและมีอัตราส่วนมากที่สุดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช การดำเนินโรคมักเป็นแบบเรื้อรัง มีอาการกำเริบซ้ำ บกพร่องการทำหน้าที่และมีภาวะพึ่งพาสูง ต้องได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคจิตเภทกว่าครึ่งหนึ่งจะมีภาวะโรคร่วม (Co-occurring disorders: COD) ทางจิตเวชหรือโรคร่วมทางกายอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยเฉพาะโรคจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากทั้ง 2 โรคมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบ<sup>1</sup> ส่งผลให้มีอาการทางบวกและภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา<sup>2,4</sup> เสี่ยงต่อความบกพร่องของกระบวนการคิด<sup>5</sup> และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าถึง 1.7 เท่า<sup>6</sup> รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความรุนแรง การฆาตกรรม และก่อคดีอาชญากรรม<sup>2</sup> มีโรคประจำตัวทางกายที่รุนแรงและเรื้อรังมากกว่า<sup>7,8</sup> มีความร่วมมือในการรับประทานยา<sup>2</sup> การตอบสนองต่อการรักษาที่น้อยลง มีอาการกำเริบเป็นซ้ำ และต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ<sup>8</sup> ทำให้มีจำนวนการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากกว่า และมีผลต่อระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น<sup>9</sup> มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพื่อรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทโรคเดียว<sup>10,11</sup> มีความบกพร่องในด้านทักษะทางสังคม และส่งผลต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาจากการติ่มสุรา<sup>12,13</sup>

การสำรวจระดับชาติวิทยาความชุกของปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท เช่น สหรัฐอเมริกาสำรวจความชุกของปัญหาการเสพยาเสพติดและโรคทางจิตเวชในชุมชน พบผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสติ่มสุราแบบ

ผิดปกติ ร้อยละ 3.8 และมีโอกาสพบปัญหาการติ่มสุราเป็น 3.3 เท่าของคนที่ไม่ป่วย<sup>14</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการอภิปรายกว่า 60 การศึกษาย้อนหลังตั้งแต่ ปีค.ศ.1996-2008 พบความชุกของปัญหาการติ่มสุราในปัจจุบัน (current) ของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 9.4 (inter-quartile range, IQR 4.6-19.0, 18 การศึกษา) ความชุกชั่วชีวิต (lifetime) ร้อยละ 20.6 (inter-quartile range, IQR 12.0-34.5, 47 การศึกษา) ซึ่งข้อสรุปจากการศึกษาครั้งนี้ อธิบายว่าผู้ป่วยจิตเภททุกๆ 5 คน จะเคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาการติ่มสุราในชีวิต<sup>9</sup>

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาความชุกของปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีรายงานเพียงฉบับเดียว พบว่าความชุกของปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 37.7<sup>15</sup> ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับชาติวิทยาความชุกของปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท ความรุนแรงของโรคจิตเภท ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสามารถโดยรวมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการบำบัดรักษา และพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราสำหรับโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิต่อไป

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง สุ่มประชากรแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุงแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม พ.ศ.๒๕๕๔ ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักเป็นโรคจิตเภท มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาการทางจิต

ทุเลาประเมินโดยใช้แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ฉบับภาษาไทย (Health of the Nation Outcome Scales: Thai HoNOS) หมวด 1-10 (ค่าคะแนนในแต่ละหมวด <1)<sup>16</sup> สื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าความชุกของปัญหาการดื่มสุราในคนไทยร้อยละ 10.9<sup>17</sup> ในการศึกษาครั้งนี้จึงประมาณว่าความชุกเท่ากับร้อยละ 10 โดยมี 95%CI เท่ากับ  $10 \pm 3$  ซึ่งจะได้ตัวอย่างจำนวน 384 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4 เพื่อป้องกันการไม่ร่วมมือในการศึกษาได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 400 คน

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดปัญหาการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเลือกเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ การฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0); Module J: Alcohol dependence and alcohol abuse; Module C: Suicidality<sup>18</sup> แบบวัดความรุนแรงของโรคจิตเวชใช้ Clinical Global Impression Scale - Schizophrenia Version (CGI-SCH)<sup>19</sup> แบบประเมินความสามารถโดยรวมใช้ Global Assessment of Functioning Scale (GAF)<sup>20</sup> สัมภาษณ์โดยพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลจิตเวชไม่น้อยกว่า 10 ปี ได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือทั้ง 4 และทดสอบการใช้เครื่องมือจากจิตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญจนได้ค่าความตรง Kappa เท่ากับ 1 (inter-rater reliability = 1) โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสวนปรุง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับความสามารถโดยรวม ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรากับไม่มีด้วย Chi Square คำนวณปัจจัยเสี่ยงด้านเพศและด้านการใช้สารเสพติด ต่อปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทด้วย Odds Ratio

## ผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 400 คนพบความชุกของปัญหาการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา 74 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 (ผู้ป่วยใน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9 ผู้ป่วยนอก 20 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0) เป็นผู้ป่วยชาย 71 คน หญิง 3 คน ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการดื่มสุราพบ 326 คน คิดเป็นร้อยละ 81.5 (ผู้ป่วยนอก 201 คน คิดเป็นร้อยละ 61.6 ผู้ป่วยใน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3) ผู้ป่วยจิตเภทชายมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาการดื่มสุราเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทหญิงถึง 20.6 เท่า (OR=20.6 (95%CI: 6.54, 104.17)) อายุเฉลี่ย 38.4 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา - มัธยมศึกษา รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท อาชีพว่างงาน และรับจ้าง ศาสนาพุทธ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการดื่มสุรา และจำนวนวันที่กลับไปอยู่บ้านน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยไม่มีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราและไม่มีปัญหาการติ่มสุรา

| ข้อมูลทั่วไป                   | จำนวน (ร้อยละ)                 |                                    | p-value |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------|
|                                | มีปัญหาการติ่มสุรา<br>(n = 74) | ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา<br>(n = 326) |         |
| <b>เพศ</b>                     |                                |                                    |         |
| ชาย                            | 71(95.9)                       | 174(53.3)                          | <.01    |
| หญิง                           | 3(4.0)                         | 152(46.6)                          |         |
| <b>อายุเฉลี่ย (ปี)(SD)</b>     | 38.4(8.1)                      | 42.0(11.6)                         |         |
| <b>สถานภาพสมรส</b>             |                                |                                    | .01     |
| โสด                            | 45(60.8)                       | 185(56.7)                          | 0.66    |
| <b>ระดับการศึกษา</b>           |                                |                                    |         |
| ไม่ได้เรียน                    | 4(5.4)                         | 19(5.8)                            | 0.71    |
| ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา          | 55(74.3)                       | 225(69.0)                          |         |
| อนุปริญญา-ปริญญาตรี            | 15(20.3)                       | 79(24.2)                           |         |
| สูงกว่าปริญญาตรี               | 0(0)                           | 3(0.9)                             |         |
| <b>อาชีพ</b>                   |                                |                                    | .01     |
| ว่างงาน                        | 21(28.3)                       | 144(44.1)                          | 0.49    |
| รับจ้าง                        | 35(47.3)                       | 99(30.3)                           |         |
| เกษตรกรรม                      | 14(2.2)                        | 39(11.9)                           |         |
| ค้าขาย                         | 2(2.7)                         | 22(6.7)                            |         |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ          | 1(1.4)                         | 11(3.4)                            |         |
| อื่นๆ                          | 1(1.4)                         | 11(3.4)                            |         |
| <b>รายได้ (บาท)</b>            |                                |                                    |         |
| 0-5,000                        | 56(74.7)                       | 262(80.4)                          | 0.18    |
| 5,000-10,000                   | 12(16.2)                       | 36(11)                             |         |
| 10,001-15,000                  | 1(1.3)                         | 12(3.7)                            |         |
| 15,001-20,000                  | 2(2.7)                         | 9(2.8)                             |         |
| 20,000-60,000                  | 3(4.1)                         | 7(2.1)                             |         |
| <b>รายได้เฉลี่ย (บาท) (SD)</b> | 4,254 (6519.8)                 | 3,605(6273.6)                      |         |

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราและไม่มีปัญหาการติ่มสุรา (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป                | จำนวน (ร้อยละ)                 |                                    | p-value |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------|
|                             | มีปัญหาการติ่มสุรา<br>(n = 74) | ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา<br>(n = 326) |         |
| ศาสนา                       |                                |                                    |         |
| พุทธ                        | 72(97.3)                       | 317(97.2)                          |         |
| คริสต์                      | 0(0.0)                         | 7(2.1)                             |         |
| อิสลาม                      | 1(1.3)                         | 2(0.6)                             |         |
| อื่นๆ                       | 1(1.3)                         | 0(0.0)                             |         |
| เป็นผู้ป่วยใน               | 54(72.9)                       | 125(38.3)                          | <.01    |
| จำนวนวันนอนเฉลี่ย (SD)      | 28.2(18.3)                     | 26.3(19.4)                         | 0.52    |
| จำนวนวันกลับไปอยู่บ้าน (SD) | 52.1(49.2)                     | 66.8(52.6)                         | 0.51    |
| ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ | 55(74.3)                       | 64(19.6)                           | <.01    |
| มากกว่า 1 ชนิด              |                                |                                    |         |
| ประวัติโรคร่วมทางกายอื่นๆ   | 4(7.4)                         | 2(8.8)                             |         |
| การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด   | 1(1.8)                         | 4(1.2)                             | 0.51    |

ข้อมูลด้านสารเสพติดพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ มากกว่า 1 ชนิด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา ถึง 11.8 เท่า (OR=11.8, 95%CI=6.36, 22.52) และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา มีการวินิจฉัยโรคร่วมทางกายร้อยละ 7.4

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา มีการวินิจฉัยโรคร่วมทางกายร้อยละ 8.8 ด้านการรักษา พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา ได้รับการรักษาทางจิตสังคมร้อยละ 1.8 ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา ได้รับการรักษาทางจิตสังคมร้อยละ 1.2 ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรค ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความสามารถโดยรวมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราและไม่มีปัญหาการดื่มสุรา

| ระดับความรุนแรงของโรค<br>ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย<br>และระดับความสามารถโดยรวม | จำนวน (ร้อยละ)                 |                                    | p-value |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------|
|                                                                                     | มีปัญหาการดื่มสุรา<br>(n = 74) | ไม่มีปัญหาการดื่มสุรา<br>(n = 326) |         |
| ระดับความรุนแรงของโรค                                                               |                                |                                    |         |
| positive symptoms                                                                   |                                |                                    | < .01   |
| 1-4                                                                                 | 23 (31.1)                      | 200 (61.3)                         |         |
| ≥ 5                                                                                 | 51 (68.9)                      | 126 (38.6)                         |         |
| negative symptoms                                                                   |                                |                                    | .04     |
| 1-4                                                                                 | 74 (100.0)                     | 309 (94.8)                         |         |
| ≥ 5                                                                                 | 0 (0.0)                        | 17 (5.2)                           |         |
| depressive symptoms                                                                 |                                |                                    | 0.77    |
| 1-4                                                                                 | 71 (95.9)                      | 315 (96.6)                         |         |
| ≥ 5                                                                                 | 3 (4.1)                        | 11 (3.4)                           |         |
| cognitive symptoms                                                                  |                                |                                    | 0.69    |
| 1-4                                                                                 | 59 (79.7)                      | 253 (77.6)                         |         |
| ≥ 5                                                                                 | 15 (20.3)                      | 73 (22.4)                          |         |
| overall severity                                                                    |                                |                                    | < .01   |
| 1-4                                                                                 | 27 (36.5)                      | 190 (58.3)                         |         |
| ≥ 5                                                                                 | 47 (63.5)                      | 136 (41.7)                         |         |
| ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย                                                      |                                |                                    |         |
| ไม่มี                                                                               | 50 (67.6)                      | 264 (80.9)                         | .03     |
| น้อย (1-8 คะแนน)                                                                    | 18 (24.3)                      | 50 (15.3)                          |         |
| ปานกลาง (9-16 คะแนน)                                                                | 3 (4.0)                        | 3 (0.9)                            |         |
| มาก (≥ 17 คะแนน)                                                                    | 3 (4.0)                        | 9 (2.8)                            |         |
| ระดับความสามารถโดยรวม                                                               |                                |                                    |         |
| สูง (61-100)                                                                        | 11 (14.9)                      | 98 (30.1)                          | .01     |
| ปานกลาง (41-60)                                                                     | 15 (20.3)                      | 81 (24.8)                          |         |
| ต่ำ (< 40)                                                                          | 48 (64.8)                      | 147 (45.1)                         |         |

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรามีความรุนแรงของโรคด้าน positive symptoms และ overall severity ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และระดับความสามารถโดยรวม แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุรามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรามีเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรามักเป็นเพศชาย<sup>12</sup> และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในประเทศไทย ของ มันทนา กิตติพิรชล ว่าเพศชายมีการติ่มสุรา และติดสุรามากกว่าเพศหญิง<sup>15</sup> นอกจากนี้ ยังเป็นไปตามรายงานผลการสำรวจการติ่มสุราของประชาชนทั่วไป ที่พบว่า เพศชายติ่มสุรามากกว่าเพศหญิง<sup>17</sup> เช่นกัน โดยที่ลักษณะทางประชากรอื่นๆ เช่น สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกัน การศึกษานี้พบความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 18.5 สูงกว่าคนไทยทั่วไป จากการสำรวจระดับชาติ ระดับชาติ ๒๕๕๑ ไทย เรื่องความชุกของปัญหาการติ่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย<sup>17</sup>

ด้านประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรามีการใช้สารเสพติดอื่นๆ มากกว่า 1 ชนิด มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุราซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ NESARC ที่พบความสัมพันธ์สูง ระหว่างปัญหาการเสพยาเสพติดอื่น และปัญหาการติ่มสุรา<sup>21</sup> เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มี

ปัญหาการติ่มสุรา มีจำนวนวันนอนจากกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา (28.2 วัน และ 26.3 วัน) และจำนวนวันที่กลับไปอยู่บ้านไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา (52.1 วัน และ 66.8 วัน) ซึ่งเนื่องมาจากเกณฑ์การพิจารณาของผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีระดับอาการที่รุนแรง จึงควรทำการศึกษาต่อไป

ด้านภาวะโรคร่วมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีและไม่มีปัญหาการติ่มสุรา พบว่าส่วนใหญ่แพทย์ไม่มีการวินิจฉัยภาวะโรคร่วม เนื่องจากบริบทเป็นผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมทางกายมักจะไปอยู่ในโรงพยาบาลทางกายมากกว่า ส่วนในด้านการรักษา พบว่าการรักษาทางชีวภาพด้านอื่นๆ และการรักษาทางจิตสังคมบำบัดไม่พบความแตกต่างซึ่งพอจะสรุปได้ในเบื้องต้นว่า แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรากับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา ยังไม่มีความแตกต่างทั้งทางด้านชีวภาพและทางจิตสังคมบำบัด ทั้งนี้อาจเนื่องจากการขาดรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งในประเทศไทยควรได้รับการพัฒนาต่อไป

ส่วนผลกระทบ พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรา เพิ่มความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา และลดความสามารถโดยรวมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุรามีความรุนแรงของโรคที่สูง<sup>2,4</sup> และการติดสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญปัจจัยหนึ่งต่อภาวะฆ่าตัวตาย<sup>6</sup> และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการติ่มสุราจะมีความสามารถโดยรวมลดลง<sup>12,13</sup>

## สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่ศึกษา มีความชุก ปัญหาการดื่มสุรารุนแรงในเกณฑ์สูง พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีความรุนแรงของโรคจิตเภทและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ความสามารถโดยรวมต่ำ และเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในสูงกว่า จึงควรตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุรารุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท และพัฒนาระบบบริการเพื่อจัดการปัญหาดังกล่าว

## กิตติกรรมประกาศ

ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงานการพัฒนา  
ระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

## References

1. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patient admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68:899-907.
2. Hartwell, K. J., Tolliver, B. K., & Brady, K. T. (2009). Biological commonalities between mental illness and addiction. *Primary Psychiatry*, 16(8), 33-39. Retrieved from [http://mbldownloads.com/0809PP\\_Hartwell.pdf](http://mbldownloads.com/0809PP_Hartwell.pdf).
3. Potvin S, Sepehry A, Stip E. Meta-analysis of depressive symptoms in dual-diagnosis schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:792-9.
4. Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *JAMA* 2009;301:2016-23.
5. Manning V, Manning, Betteridge S, Wanigaratne S, Best D, Strang J, et al. Cognitive impairment in dual diagnosis in patients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophr Res* 2009;114:98-104.
6. McLean D, Gladman B, Mowry B. Significant relationship between lifetime alcohol use disorders and suicide attempts in an Australian schizophrenia sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2012;46:132-140.
7. Batki SL, Meszaros ZS, Strutynski K, Dimmock JA, Leontieva L, Ploutz-Snyder R, et al. Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. *Schizophr Res* 2009;107:139-46.
8. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatr Res* 2010;176:109-13.
9. Koskinen J, Lohonen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia-a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:85-96.
10. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164:402-8.
11. Green AI. Pharmacotherapy for schizophrenia and co-occurring substance use disorders. *Neurotoxicol Res* 2007;11:33-40.
12. Drake RE, Mueser KT. Alcohol-use disorder and severe mental illness. *Alcohol Health Res World* 1996;20:87-93.
13. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev* 2007;27:494-510.
14. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ. Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse: Result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264:2511-18.
15. Kittipeerachon M. The Correlation of Alcohol Use Disorder and Alcohol Dependence on Clinical Symptom and Dosage of Antipsychotic Medications in Patients with Schizophrenia at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiatry* 2008;2:13-25.

16. Phuaphanprasert B, Srisurapanont M, Silpakit C, Pannarunothai S, Udomratn P, Geater A, Prapaphomrn P. Reliability and validity of the Thai version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *J Med Assoc Thai* 2007;90:2487-93.
17. Junsirimongkol 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.
18. 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.
19. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, Rodriguez MJ, Rele R, Orta J, Kharbeng A, Araya S, Gervin M, Alonzo J, Mavreas V, Lavrentzou E, Lontos N, Gregor K, Jones PB. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003 107:16-23.
20. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen I. The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychitric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766.
21. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E and Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:830-42.