

นิพนธ์ต้นฉบับ

ระบาดวิทยาของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556

วันรับ : 26 กุมภาพันธ์ 2566

วันแก้ไข : 20 เมษายน 2566

วันตอบรับ : 21 เมษายน 2566

วรวรรณ จุฑา, กศ.ม.¹, นพพร ตันติรังสี, ประ.ด.², กมลลักษณ์ มากคล้าย, ส.บ.¹,
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹,
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ กรมสุขภาพจิต²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โรคร่วมทางจิตเวช และการรับบริการของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในประเทศไทย

วิธีการ : ใช้ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 ในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป 4,727 คนที่สุ่มตัวอย่างแบบ 4 ชั้นภูมิ สัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือ world mental health-composite international diagnostic interview 3.0 ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ค่าถ่วงน้ำหนัก นำเสนอความชุกเป็นร้อยละและความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ด้วยสถิติ chi-square test

ผล : ความชุกตลอดชีวิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองพบร้อยละ 3.5 (SE = 0.4) พบความชุกสูงสุดในภาคใต้ร้อยละ 4.8 (SE = 0.4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อปี การมีปัญหานอนหลับ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติดื่มสุรา การมีประวัติใช้สารเสพติด การประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง และสถานะการเงินในครอบครัว กลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ที่มีความผิดปกติการควบคุมตัวเองมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร้อยละ 46.4 (SE = 4.3) กลุ่มมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตร้อยละ 17.1 (SE = 4.6) กลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 15.8 (SE = 4.0) และกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดร้อยละ 15.8 (SE = 4.7) ผู้ที่มีความผิดปกติการควบคุมตัวเองรับบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพร้อยละ 15.9 (SE = 3.1) และผู้รักษานอกระบบสุขภาพร้อยละ 4.2 (SE = 2.9)

สรุป : กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในคนไทยพบร่วมกับกลุ่มโรคทางจิตเวชอื่นและความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา และใช้สารเสพติดได้บ่อยและมีการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อย ควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองและการรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองเพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ

คำสำคัญ : กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง, ความชุก, ระบาดวิทยา, โรคร่วมทางจิตเวช, สุขภาพจิต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วรวรรณ จุฑา; e-mail: wwanchutha@gmail.com

Original articles

Epidemiology of impulse control disorders in Thailand: Thai national mental health survey 2013

Received : 26 February 2023

Revised : 20 April 2023

Accepted : 21 April 2023

Worawan Chutha, M.ED.¹, Nopporn Tantirangsi, Ph.D.²,

Kamonluck Makhlai, B.P.H.¹,

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health¹,

Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health²

Abstract

Objective: To study the prevalence, associated factors, psychiatric comorbidities, and service utilization of impulse control disorders in Thailand.

Methods: This study used data from the Thai national mental health survey 2013 among 4,727 Thai adults aged 18 years and over selected through stratified four-stage sampling. Participants were interviewed by using the Thai version of world mental health-composite international diagnostic interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0). Data were analyzed with weighted calculations to determine the prevalence presented as percentage with standard error (SE). Related factors of impulsive control disorders were analyzed by using the chi-square test.

Results: The lifetime prevalence of impulse control disorders was 3.5% (SE = 0.4), with the highest prevalence in the southern region at 4.8% (SE = 0.4). The factors related to impulse control disorders were gender, age, annual income, insomnia, any psychiatric disorder, suicidal behaviors, alcohol consumption, drug use, severe stress life events, and financial status of the family. The most commonly reported psychiatric comorbidities among those with impulse control disorders included alcohol use disorders (46.4%, SE = 4.3), psychotic-like experiences (17.1%, SE = 4.6), anxiety disorders (15.8%, SE = 4.0), and drug use disorders (15.8%, SE = 4.7). Among those with impulse control disorders, 15.9% (SE = 3.1) received services from the health professionals and 4.2% (SE = 2.9) received services from non-health professionals.

Conclusion: Impulse control disorders in Thailand are highly comorbid with psychiatric and substance use disorders. However, most affected individuals do not have access to services. Therefore, screening and specialized treatment of impulsive control disorders should be emphasized to prevent negative consequences.

Keywords: epidemiology, impulse control disorders, mental health, prevalence, psychiatric comorbidity

Corresponding author: Worawan Chutha; e-mail: wwanchutha@gmail.com

ความรู้เดิม : กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม แต่ประเทศไทยมีการศึกษาโรคของโรคดังกล่าวน้อย

ความรู้ใหม่ : กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองมีความชุกทั่วประเทศร้อยละ 3.5 พบสูงสุดที่ภาคใต้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อปี การมีปัญหาการนอนหลับ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติดื่มสุรา การมีประวัติเสพสารเสพติด การมีประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง และสถานะการเงินในครอบครัว โรคร่วมทางจิตเวชที่พบสูงสุดคือ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา พบอัตราการเข้ารับบริการในระบบสุขภาพของกลุ่มโรคนี้ในระดับต่ำ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแผนงานสุขภาพจิตด้านการคัดกรองและการดูแลที่เฉพาะเจาะจง รวมถึงสร้างความตระหนักในประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

บทนำ

กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (impulse control disorders) เป็นกลุ่มโรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมและพัฒนาการระบบประสาทในหมวดที่ 6 ของบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค และปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 11 (ICD-11)¹ ลักษณะสำคัญของกลุ่มโรคนี้คือการไม่สามารถยับยั้งแรงกระตุ้น แรงผลักดัน หรือความอยากในการกระทำใด ๆ ที่อาจก่อผลเสียต่อตนเองและผู้อื่นตามมา เป็นไปในลักษณะหุนหันพลันแล่น เกิดการกระทำที่รวดเร็ว ไม่ได้วางแผนไว้ก่อน และเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ผู้ที่มีอาการของโรคนี้อาจรู้สึกตึงเครียดหรือตื่นตัวสูงก่อนลงมือกระทำ ขณะลงมือกระทำจะรู้สึกพึงพอใจ สุขใจ หรือผ่อนคลาย ซึ่งส่งเสริมให้เกิดการกระทำนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง หลังจากกระทำเสร็จแล้วบางรายอาจรู้สึกเสียใจ รู้สึกผิดหรือตำหนิตนเอง และต่อมาอาจพยายามกระทำอย่างใด

อย่างหนึ่งเพื่อลดความทุกข์ทรมานใจนั้น^{1,2} โรคในกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง ได้แก่ ความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราว (intermittent explosive disorder) โรคชอบขโมยหรือหยิบฉวย (kleptomania) โรคชอบจุดไฟเผา (pyromania) โรคติดการพนัน (pathological gambling) โรคชอบถอนผม (trichotillomania) และความผิดปกติหมกมุ่นพฤติกรรมทางเพศ (compulsive sexual behaviour disorder) ส่วนบางการศึกษาหมายรวมถึง เสพติดการซื้อของ (compulsive buying/shopping) โรคกินไม่หยุด (binge eating disorder) โรคแกะผิวหนัง (pathological skin picking) และกัดเล็บ (compulsive nail biting)¹⁻³ กลุ่มโรคนี้พบร่วมกับความผิดปกติทางจิตเวชหลายกลุ่มโรค รวมถึงโรคสมาธิสั้น โรคอารมณ์สองขั้ว และความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด³ อาการของความผิดปกติการควบคุมตัวเองก่อให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม การเรียน การทำงาน หรือด้านอื่น ๆ¹

การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติในประเทศไทยที่ผ่านมาทำการสำรวจมาแล้ว 4 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2541, 2546, 2551 และ 2556 โดยสามครั้งแรกใช้เครื่องมือที่อิงเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV ซึ่งไม่ได้สำรวจในประเด็นความผิดปกติการควบคุมตัวเอง⁴⁻⁶ เนื่องจากกลุ่มโรคนี้มีแนวโน้มพบมากขึ้นและยังไม่เคยมีการสำรวจเพื่อการวินิจฉัยมาก่อน การสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2556 จึงได้เพิ่มการสำรวจเพื่อวินิจฉัยโรคในกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง ได้แก่ ความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราว (intermittent explosive disorder) และโรคติดการพนัน (pathological gambling)⁷ การรายงานในภาพรวมของประเทศไทยพบความชุกของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองตลอดชีวิตและในช่วง 12 เดือนร้อยละ 3.5 และ 1.3 ตามลำดับ⁸ สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศแอฟริกาใต้พบความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 2.0⁹ ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกตลอดชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 30.9 โดยเป็นโรคติดการพนันร้อยละ 6.9³ ส่วนการสำรวจในพื้นที่ชายแดนใต้ของประเทศไทยในปี

พ.ศ. 2559 ที่ใช้เครื่องมือเดียวกันกับการสำรวจ ฯ ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองร้อยละ 0.7¹⁰ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาระบาดของวิทยาของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค โรคทางจิตเวชที่พบร่วม และการรับบริการการรักษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โรคร่วมทางจิตเวช และการเข้าถึงบริการของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองของคนไทย เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิต ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน การวางแผนดูแล และการป้องกันผลต่อเนื่องทางสุขภาพจิตที่รุนแรง

วิธีการ

ใช้ข้อมูลการสำรวจระบาดของวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 ที่เป็นการศึกษาเชิงพรรณภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to-face interview) สุ่มตัวอย่างแบบ 4 ชั้นภูมิ (stratified four-stage sampling) โดยมีภูมิภาคเป็นสตรัทัม ชั้นภูมิทั้ง 4 ชั้นได้แก่ จังหวัด เขตแดนนับ (enumeration area) คริวเรือน และสมาชิกในคริวเรือน โดยสุ่มเลือก 16 จังหวัดและ 4 เขตของกรุงเทพมหานคร และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในคริวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไป สื่อสารได้ และยินยอมให้สัมภาษณ์ โดยไม่มีการสุ่มทดแทน ไม่นับรวมผู้ที่อาศัยในคริวเรือนกลุ่มบุคคลหรือคริวเรือนสถาบัน เช่น ค่ายพักคนงาน โรงเรียนประจำ ค่ายทหาร และเรือนจำ และไม่รวมผู้ที่มีปัญหาการได้ยินหรือการพูด เก็บข้อมูลโดยสหวิชาชีพกรมสุขภาพจิต ที่ผ่านการอบรมกระบวนการเก็บข้อมูลภาคสนามและการใช้เครื่องมือ world mental health-composite international diagnostic interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0) แบบ paper and pencil instrument ฉบับภาษาไทย (WMHCIDI 3.0: PAPI Thai version) กระบวนการสำรวจเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการสำรวจสุขภาพจิตโลก (world mental health survey: WMHS) ขององค์การอนามัยโลก^{7,11}

เครื่องมือ WMHCIDI 3.0: PAPI ฉบับภาษาไทยได้รับการพัฒนาตามที่ WMHS กำหนด 3 ขั้นตอน ได้แก่ การแปล (translation) การทดสอบด้วยวิธีการสัมภาษณ์กระบวนการคิด (pretesting and cognitive interviewing) และการทดสอบนำร่อง (pilot test) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง ใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-IV-TR มีความเที่ยงตรงสูงและสามารถวินิจฉัยความเจ็บป่วยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและตลอดชีวิต โครงสร้างชุดคำถามแต่ละหมวดประกอบด้วยคำถามประเมินความรุนแรงของโรค การรักษาที่ผ่านมา ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบที่ตามมา⁸

การศึกษานี้เข้าถึงข้อมูลกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองของคนไทยจากชุด intermittent explosive disorder (IED), gambling (GM) และ service โดยคำถามในชุด IED ถามถึงครั้งที่โกรธรุนแรงซึ่งแสดงออกโดยการมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนอื่นหรือทำลายข้าวของเสียหาย โดยมีคำถามสามข้อจากชุดคัดกรองนำผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าสู่แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ โดยถามผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า “มีครั้งที่โกรธรุนแรงจนคุมตัวเองไม่ได้ หรือตั้งใจทำข้าวของเสียหาย ทำร้ายคนอื่น หรือชู้คุณคนอื่น” ในการวินิจฉัยความผิดปกติการกระเปิดอารมณ์เป็นครั้งคราว ความรุนแรงของความโกรธในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมากเกินกว่าเหตุหรือปัจจัยกระตุ้น และไม่ได้เกิดจากสุรา สารเสพติด หรือยาใด ๆ และไม่ได้เกิดในช่วงที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน (mania) หรือพฤติกรรมเกร (conduct disorder) ผู้ที่ตอบว่ามีอาการดังกล่าวจึงได้รับคำถามถึงความถี่ ความรุนแรง ผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการรับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในปัญหานั้น ๆ คำถามในชุด GM เกี่ยวข้องประวัติการเล่นการพนันและปัญหาที่เกี่ยวข้อง โดยถามผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า “เคยเล่นการพนันหรือไม่” แล้วจึงถามต่อถึงชนิดของการพนัน ปัญหาที่เกี่ยวข้อง และแรงจูงใจในการเล่น ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ตอบว่าเคยเล่นการพนันบ่อย ๆ (50 - 100 ครั้งขึ้นไปในชีวิต) ถูกถามต่อถึงอายุที่เริ่มเล่นไม่ว่าจะเคยเกิดปัญหาหรือไม่ก็ตาม ปัญหาที่เกิดขึ้นเรื้อรังในชีวิต และการรับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในปัญหานั้น และชุดคำถาม service เป็นการถาม

เกี่ยวกับประวัติการใช้บริการการรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตทั้งในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมาและครั้งล่าสุด เริ่มจากคำถามเกี่ยวกับประวัติการนอนโรงพยาบาลจากปัญหาสุขภาพจิตหรือสารเสพติด จากนั้นถามถึงประเภทของผู้ให้การรักษาที่พบและบริการที่ได้รับ เช่น การได้รับยา การได้รับคำปรึกษา การบำบัดด้านจิตใจ การเข้ากลุ่มช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์สายด่วนสุขภาพจิต การนัด การใช้เทคนิคผ่อนคลายหรือสมาธิ รวมทั้งการติดตามในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมาและช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาสำหรับบริการแต่ละประเภท ช่วงท้ายเป็นคำถามเกี่ยวกับอุปสรรคในการรับบริการ โดยถามถึงสาเหตุที่หยุดเข้ารับบริการ เข้าถึงบริการล่าช้า หรือไม่เข้ารับบริการที่จำเป็น ทั้งนี้ประเภทของผู้ให้การรักษาแบ่งเป็น 1) ผู้ให้การรักษาในระบบสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช และบุคลากรสุขภาพทั่วไป เช่น แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น และ 2) ผู้รักษานอกระบบสุขภาพ ได้แก่ นักสอนศาสนา หมอสมุนไพร หมอนวด และหมอผี

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก (weighted estimates) นำเสนอความชุกเป็นร้อยละและความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error: SE) วิเคราะห์ความแตกต่างของความชุกระหว่างกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ด้วย chi-square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2556 ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 77/2556 วันที่ 21 ตุลาคม 2556

ผล

จากตัวอย่างทั้งหมด 4,727 คน เป็นชาย 1,718 คน และ หญิง 3,009 คน อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 96 ปี เฉลี่ย 50.2 ปี ความชุกตลอดชีวิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (impulse control disorders) พบร้อยละ 3.5 (SE = 0.4) เท่ากับประมาณการประชากร 1,822,763 คน สูงสุดที่ภาคใต้ ร้อยละ 4.8 (SE = 0.4) ต่ำสุดที่กรุงเทพมหานคร

ร้อยละ 2.6 (SE = 0.5) โดยในกลุ่มนี้มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราว (intermittent explosive disorder) ร้อยละ 2.8 (SE = 0.4) เท่ากับประมาณการประชากร 1,429,071 คน และโรคติดการพนัน (pathological gambling) ร้อยละ 0.9 (SE = 0.2) เท่ากับประมาณการประชากร 462,645 คน ส่วนความชุก 12 เดือนของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองพบร้อยละ 1.3 (SE = 0.2) เท่ากับประมาณการประชากร 672,822 คน โดยในกลุ่มนี้มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวร้อยละ 1.1 (SE = 0.2) เท่ากับประมาณการประชากร 573,905 คน และโรคติดการพนันร้อยละ 0.3 (SE = 0.0) เท่ากับประมาณการประชากร 143,065 คน (ตารางที่ 1)

ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาการควบคุมตัวเอง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และรายได้ต่อปี ปัจจัยสุขภาพ ได้แก่ การมีปัญหานอนหลับ เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และการมีประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง และปัจจัยครอบครัว ได้แก่ สถานะการเงินในครอบครัว (ตารางที่ 2)

กลุ่มโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่พบร่วมกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราพบร่วมร้อยละ 46.4 (SE = 4.3) กลุ่มมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตพบร่วมร้อยละ 17.1 (SE = 4.6) กลุ่มโรควิตกกังวลพบร่วมร้อยละ 15.8 (SE = 4.0) และกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดพบร่วมร้อยละ 15.8 (SE = 4.7) ของผู้มีความผิดปกติการควบคุมตัวเอง เมื่อพิจารณาโรคร่วมรายโรคของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง โรคที่พบร่วมมากที่สุดได้แก่ การติดบุหรี่ (nicotine dependence) พบร่วมร้อยละ 40.1 (SE = 5.5) การดื่มสุราแบบอันตราย (alcohol abuse) พบร่วมร้อยละ 27.4 (SE = 4.1) การติดสุรา (alcohol dependence) พบร่วมร้อยละ 19.0 (SE = 5.4) ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal thought) พบร่วมร้อยละ 15.6 (SE = 4.2) และการใช้สารเสพติดแบบอันตราย (drug abuse) พบร่วมร้อยละ 10.2 (SE = 3.2) ของผู้มีความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) และความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง จำแนกตามภูมิภาค

	ความชุก : ร้อยละ (SE)						ประมาณการ ประชากร (คน)
	กทม. (n = 715)	กลาง (n = 1,015)	เหนือ (n = 1,068)	ตะวันออก เฉียงเหนือ (n = 941)	ใต้ (n = 988)	รวม (n = 4,727)	
ความชุกตลอดชีวิต							
impulse control disorders	2.6 (0.5)	4.0 (0.9)	3.1 (0.8)	3.2 (1.0)	4.8 (0.4)	3.5 (0.4)	1,822,763
intermittent explosive disorder	2.5 (0.5)	3.0 (0.9)	2.9 (0.9)	2.2 (0.8)	3.4 (0.7)	2.8 (0.4)	1,429,071
pathological gambling	0.1 (0.1)	0.9 (0.2)	0.4 (0.1)	1.0 (0.2)	2.1 (0.6)	0.9 (0.2)	462,645
ความชุก 12 เดือน							
impulse control disorders	1.6 (0.4)	1.2 (0.6)	0.8 (0.2)	1.2 (0.2)	2.2 (0.4)	1.3 (0.2)	672,822
intermittent explosive disorder	1.6 (0.4)	1.0 (0.6)	0.8 (0.2)	0.7 (0.1)	2.1 (0.4)	1.1 (0.2)	573,905
pathological gambling	0.0 (0.0)	0.2 (0.1)	0.0 (0.0)	0.4 (0.2)	0.7 (0.3)	0.3 (0.0)	143,065

SE = standard error

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาผู้ที่มียากลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองได้รับการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพร้อยละ 15.9 (SE = 3.1) และผู้รักษานอกระบบสุขภาพร้อยละ 4.2 (SE = 2.9) เมื่อจำแนกรายโรคพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวและโรคติดการพนันได้รับการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพร้อยละ 14.6 (SE = 3.1) และ 17.6 (SE = 6.1) ตามลำดับ ผู้ที่มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวได้รับการจากผู้รักษานอกระบบสุขภาพร้อยละ 5.4 (SE = 3.9) แต่ไม่มีผู้ที่เป็นโรคติดการพนันได้รับการจากผู้รักษาดังกล่าว (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ความชุกตลอดชีวิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (impulse control disorders) พบร้อยละ 3.5 สูงสุดที่ภาคใต้ร้อยละ 4.8 ต่ำสุดที่กรุงเทพมหานครร้อยละ 2.6 โดยในกลุ่มนี้มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวร้อยละ 2.8 และโรคติดการพนันร้อยละ 0.9 กลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากเป็นอันดับสองในการสำรวจฯ ระดับชาติปี พ.ศ. 2556 รองจากกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สาร⁸ ความชุกตลอดชีวิตของ

ความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวในการศึกษานี้ใกล้เคียงกับความชุกในประเทศญี่ปุ่นที่พบร้อยละ 2.1¹² แต่สูงกว่าค่าเฉลี่ยความชุกจากการสำรวจทั่วโลกที่ใช้เครื่องมือ WMH-CIDI 3.0 เช่นกันที่พบเพียงร้อยละ 0.8¹³ ทั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาในประเทศบราซิลที่พบความชุกร้อยละ 4.9¹⁴ อาจเนื่องจากการสำรวจเฉพาะเมืองใหญ่ในประเทศบราซิล ซึ่งมีการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวกและปัญหาสุขภาพจิตเป็นที่ยอมรับในสังคม อาจส่งผลให้ผู้รับบริการสามารถเปิดเผยการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้อย่างอิสระ

การศึกษานี้พบความชุกตลอดชีวิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง ความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราว และโรคติดการพนันในภาคใต้สูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ และสูงกว่าความชุกตลอดชีวิตจากการสำรวจในพื้นที่ชายแดนใต้ พ.ศ. 2559 ที่พบร้อยละ 0.7, 0.6 และ 0.2 ตามลำดับ¹⁰ ทั้งนี้การสำรวจที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้เก็บข้อมูลจังหวัดภาคใต้ที่ไม่รวมจังหวัดชายแดนใต้เนื่องจากสถานการณ์วิกฤตชายแดนใต้ที่รุนแรงและเรื้อรัง¹⁵ ความแตกต่างของความชุกกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองระหว่างชายแดนใต้และจังหวัดอื่น ๆ ในภาคใต้อาจเนื่องมาจาก

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง

	intermittent explosive disorder จำนวน (ร้อยละ)		p-value*	pathological gambling จำนวน (ร้อยละ)		p-value*	impulse control disorders จำนวน (ร้อยละ)		p-value*
	ไม่มี	มี		ไม่มี	มี		ไม่มี	มี	
ปัจจัยส่วนบุคคล									
เพศ			.026			< .001			< .001
หญิง	2,951 (98.1)	58 (1.9)		2,998 (99.6)	11 (0.4)		2,941 (97.7)	68 (2.3)	
ชาย	1,667 (97.0)	51 (3.0)		1,694 (98.6)	24 (1.4)		1,648 (95.9)	70 (4.1)	
อายุ			.038			.104			.013
18 - 24 ปี	237 (96.7)	8 (3.3)		244 (99.6)	1 (0.4)		237 (96.7)	8 (3.3)	
25 - 40 ปี	1,025 (96.7)	35 (3.3)		1,050 (99.1)	10 (0.9)		1,016 (95.8)	44 (4.2)	
41 - 59 ปี	2,015 (97.9)	43 (2.1)		2,038 (99.0)	20 (1.0)		1,998 (97.1)	60 (2.9)	
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	1,341 (98.3)	23 (1.7)		1,360 (99.7)	4 (0.3)		1,338 (98.1)	26 (1.9)	
สถานภาพสมรส			.461			.991			.666
คู่	3,118 (97.6)	76 (2.4)		3,170 (99.2)	24 (0.8)		3,099 (97)	95 (3)	
แยกกันอยู่/หย่า/ร้าง/หม้าย	968 (98.2)	18 (1.8)		979 (99.3)	7 (0.7)		961 (97.5)	25 (2.5)	
โสด	532 (97.3)	15 (2.7)		543 (99.3)	4 (0.7)		529 (96.7)	18 (3.3)	
ระดับการศึกษา			.801			.955			.901
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	2,823 (97.7)	65 (2.3)		2,867 (99.3)	21 (0.7)		2,804 (97.1)	84 (2.9)	
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า	1216 (97.7)	28 (2.3)		1,235 (99.3)	9 (0.7)		1,209 (97.2)	35 (2.8)	
อนุปริญญาขึ้นไป	579 (97.3)	16 (2.7)		590 (99.2)	5 (0.8)		576 (96.8)	19 (3.2)	
อาชีพ			.234			.676			.088
ว่างงาน	109 (100.0)	0 (0.0)		109 (100.0)	0 (0.0)		109 (100.0)	0 (0.0)	
มีงานทำ/ทำงานส่วนตัว	3,397 (97.4)	89 (2.6)		3,457 (99.2)	29 (0.8)		3,372 (96.7)	114 (3.3)	
นักเรียน/นักศึกษา	62 (98.4)	1 (1.6)		63 (100.0)	0 (0.0)		62 (98.4)	1 (1.6)	
งานบ้าน/เกษียณอายุ	1,010 (98.2)	19 (1.8)		1,023 (99.4)	6 (0.6)		1,006 (97.8)	23 (2.2)	
อื่น ๆ (พิการ ป่วย)	40 (100.0)	0 (0.0)		40 (100.0)	0 (0.0)		40 (100.0)	0 (0.0)	
รายได้ (บาท/ปี)			.092			< .001			.008
ไม่มีรายได้ - 59,999	2,581 (98.0)	53 (2.0)		2,623 (99.6)	11 (0.4)		2,570 (97.6)	64 (2.4)	
60000 - 179,999	1,399 (97.7)	33 (2.3)		1,422 (99.3)	10 (0.7)		1,390 (97.1)	42 (2.9)	
180,000 - 359,000	439 (96.1)	18 (3.9)		447 (97.8)	10 (2.2)		433 (94.7)	24 (5.3)	
360,000 ขึ้นไป	199 (97.5)	5 (2.5)		200 (98.0)	4 (2.0)		196 (96.1)	8 (3.9)	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (ต่อ)

	intermittent explosive disorder จำนวน (ร้อยละ)		p-value*	pathological gambling จำนวน (ร้อยละ)		p-value*	impulse control disorders จำนวน (ร้อยละ)		p-value*
	ไม่มี	มี		ไม่มี	มี		ไม่มี	มี	
ปัจจัยสุขภาพ									
เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย ^a	ไม่มี	2,648 (98.1)	52 (1.9)	2,680 (99.3)	20 (0.7)	1.000	2,632 (97.5)	68 (2.5)	.067
	มี	1970 (97.2)	57 (2.8)	2,012 (99.3)	15 (0.7)		1957 (96.5)	70 (3.5)	
ปัญหาการนอนหลับ ^b	ไม่มี	3,758 (98.1)	74 (1.9)	3,810 (99.4)	22 (0.6)	.015	3,742 (97.7)	90 (2.3)	< .001
	มี	860 (96.1)	35 (3.9)	882 (98.5)	13 (1.5)		847 (94.6)	48 (5.4)	
เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช ^c	ไม่มี	3,605 (98.7)	48 (1.3)	3,644 (99.8)	9 (0.2)	< .001	3,598 (98.5)	55 (1.5)	< .001
	มี	1013 (94.3)	61 (5.7)	1,048 (97.6)	26 (2.4)		991 (92.3)	83 (7.7)	
พฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างใดอย่างหนึ่ง ^d	ไม่มี	4,454 (98.0)	92 (2.0)	4,514 (99.3)	32 (0.7)	.149	4,427 (97.4)	119 (2.6)	< .001
	มี	164 (90.6)	17 (9.4)	178 (98.3)	3 (1.7)		162 (89.5)	19 (10.5)	
ประวัติดื่มสุรา ^e	ไม่มี	2,700 (98.4)	44 (1.6)	2,736 (99.7)	8 (0.3)	< .001	2,692 (98.1)	52 (1.9)	< .001
	มี	1918 (96.7)	65 (3.3)	1,956 (98.6)	27 (1.4)		1,897 (95.7)	86 (4.3)	
ประวัติใช้สารเสพติดตัวใดตัวหนึ่ง ^f	ไม่มี	4,024 (98.3)	71 (1.7)	4,078 (99.6)	17 (0.4)	< .001	4,010 (97.9)	85 (2.1)	< .001
	มี	594 (94.0)	38 (6.0)	614 (97.2)	18 (2.8)		579 (91.6)	53 (8.4)	
ประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง ^g	ไม่มี	2,215 (98.7)	30 (1.3)	2,238 (99.7)	7 (0.3)	< .001	2,209 (98.4)	36 (1.6)	< .001
	มี	2403 (96.8)	79 (3.2)	2,454 (98.9)	28 (1.1)		2,380 (95.9)	102 (4.1)	
ปัจจัยครอบครัว									
สถานะการเงินในครอบครัว						.039			.012
	มีเงินเหลือเก็บ	3,527 (97.9)	74 (2.1)	3,576 (99.3)	25 (0.7)	.363	3,507 (97.4)	94 (2.6)	
	ยังมีหนี้สิน	367 (96.1)	15 (3.9)	377 (98.7)	5 (1.3)		363 (95.0)	19 (5.0)	
ไม่เหลือเก็บ	486 (97)	15 (3)	496 (99.0)	5 (1.0)		481 (96.0)	20 (4.0)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (ต่อ)

	intermittent explosive disorder		p-value*	pathological gambling		p-value*	impulse control disorders		p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี		จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี		จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี	
ปัจจัยครอบครั (ต่อ)									
การศึกษาของพ่อ			.406			.898			.711
ไม่ได้รับ/ประถมศึกษา	3,401 (97.8)	78 (2.2)		3,453 (99.3)	26 (0.7)		3,378 (97.1)	101 (2.9)	
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย	315 (97.5)	8 (2.5)		321 (99.4)	2 (0.6)		314 (97.2)	9 (2.8)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	88 (95.7)	4 (4.3)		91 (98.9)	1 (1.1)		88 (95.7)	4 (4.3)	
การศึกษาของแม่			.329			.431			.406
ไม่ได้รับ/ประถมศึกษา	3,825 (97.7)	89 (2.3)		3,886 (99.3)	28 (0.7)		3,801 (97.1)	113 (2.9)	
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย	171 (98.3)	3 (1.7)		174 (100.0)	0 (0.0)		171 (98.3)	3 (1.7)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	57 (95.0)	3 (5.0)		60 (100.0)	0 (0.0)		57 (95.0)	3 (5.0)	

* chi-square test

^a เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย หมายถึง การได้รับวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางกายในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ได้แก่ โรคข้ออักเสบ ปวดหลังหรือปวดคอเรื้อรัง ปวดหัวบ่อย ๆ โรคภูมิแพ้ตามฤดูกาล เส้นเลือดในสมองแตก ตับ ตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคเอดส์ โรคซึมเศร้า หรือลมบ้าหมู และโรคเมอเร็ง

^b ปัญหาการนอนหลับ หมายถึง มีปัญหาการนอนหลับในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป ได้แก่ หลับยาก หลับ ๆ ตื่น เช้ากว่าปกติ และมีปัญหาหงุดหงิดทางอารมณ์ระหว่างวัน

^c เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช หมายถึง เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด และมีประสบการณ์คล้ายโรคจิต

^d พฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างใดอย่างหนึ่ง หมายถึง มีประสบการณ์คิดฆ่าตัวตาย วางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย อย่างใดอย่างหนึ่ง

^e ประวัติดื่มสุรา หมายถึง เคยดื่มเครื่องดื่มสุรา อย่างน้อย 1 แก้ว ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

^f ประวัติใช้สารเสพติดตัวใดตัวหนึ่ง หมายถึง เคยใช้สารเสพติดตัวใดตัวหนึ่งในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ได้แก่ ยาคลายเครียด ยากระตุ้นประสาท ยาแก้ปวด กัญชา โคเคน กลุ่มคลัสติกส์ ยาหลอนประสาท เอโรนิน สารระเหย และกระท่อม

^g ประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง หมายถึง เคยประสบเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ได้แก่ อยู่ร่วมในสนามรบ ทำงานองค์กรสันติภาพ เป็นผู้ลี้ภัย ถูกลักพาตัว ถูกยาพิษ อุบัติเหตุยานพาหนะที่รุนแรง ภัยธรรมชาติที่รุนแรง ภัยพิบัติจากน้ำมือมนุษย์ ป่วยโรคร้ายแรงจนเกือบเสียชีวิต ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงในวัยเด็กจากพ่อแม่ คนเลี้ยงดู คู่สมรส หรือจากคนอื่น ถูกกักขังขู่ด้วยอาวุธ ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ถูกข่มขืน มีคนเฝ้าติดตามแอบดู ถูกป่วยหนัก คนใกล้ชิดเสียชีวิตอย่างไม่คาดคิด วัยเด็กเห็นการทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกายรุนแรงในบ้าน เคยเห็นคนถูกฆ่า เห็นชิ้นส่วนศพ และทำให้คนอื่นบาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ หรือตั้งใจ

ตารางที่ 3 ความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคร่วมทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง

	ความชุกตลอดชีวิต ร้อยละ (SE)		
	intermittent explosive disorder (n = 109)	pathological gambling (n = 35)	impulse control disorders (n = 138)
affective disorders	5.9 (2.0)	10.1 (4.4)	6.6 (1.8)
depressive disorders	3.9 (1.3)	10.1 (4.4)	5.1 (1.3)
major depressive episode	3.9 (1.3)	10.1 (4.4)	5.1 (1.3)
dysthymia	0.1 (0.1)	0 (0)	0.1 (0.1)
bipolar disorders	3.2 (1.8)	0 (0)	2.5 (1.4)
bipolar I disorder	2.1 (1.6)	0 (0)	1.7 (1.3)
bipolar II disorder	1.1 (0.6)	0 (0)	0.8 (0.5)
anxiety disorders	18.5 (4.8)	5.2 (3.2)	15.8 (4.0)
generalized anxiety disorder	1.2 (0.8)	0 (0)	0.9 (0.7)
panic disorder with agoraphobia	3.1 (2.2)	0 (0)	2.5 (1.8)
panic disorder (without agoraphobia)	2.4 (1.1)	2.3 (1.6)	2.5 (0.9)
agoraphobia (without panic)	8.5 (3.4)	3.0 (2.9)	7.4 (2.6)
post-traumatic stress disorder	4.5 (1.3)	0 (0)	3.5 (1.0)
substance use disorders	60.2 (5.8)	63.8 (12.1)	60.6 (4.9)
alcohol use disorders	43.4 (6.7)	42.6 (11.7)	46.4 (4.3)
alcohol abuse	23.5 (4.1)	44.1 (11.2)	27.4 (4.1)
alcohol dependence	19.9 (6.6)	13.3 (6.9)	19.0 (5.4)
drug use disorders	15.2 (4.7)	16.2 (6.1)	15.8 (4.7)
drug abuse	10.4 (3.7)	8.9 (5.3)	10.2 (3.2)
drug dependence	4.8 (2.8)	7.3 (3.8)	5.6 (2.2)
nicotine dependence	38.8 (5.6)	49.5 (10.9)	40.1 (5.5)
psychotic-like experiences	17.1 (5.2)	14.5 (7.2)	17.1 (4.6)
at least one hallucination	17.1 (5.2)	10.8 (6.2)	16.2 (4.4)
at least one delusion	0.1 (0.1)	3.7 (3.4)	1.0 (0.8)
at least one hallucination and delusion	0.1 (0.1)	0 (0)	0.1 (0.1)
suicidal behaviors	17.1 (5.6)	9.9 (6.3)	15.6 (4.2)
suicidal thought	17.1 (5.6)	9.9 (6.3)	15.6 (4.2)
suicidal plan	4.3 (2.2)	1.1 (1.1)	3.7 (1.8)
suicidal attempt	5.8 (2.7)	0 (0)	4.5 (2.0)

SE = standard error

ตารางที่ 4 การรับบริการของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

	การรับบริการ ร้อยละ (SE)		
	intermittent explosive disorder (n = 109)	pathological gambling (n = 35)	impulse control disorders (n = 138)
ผู้รักษาในระบบสุขภาพ	14.6 (3.1)	17.6 (6.1)	15.9 (3.1)
บุคลากรสุขภาพจิต ^a	9.8 (3.4)	13.9 (5.4)	11.2 (3.3)
บุคลากรสุขภาพทั่วไป ^b	4.7 (1.7)	3.7 (3.4)	2.8 (1.4)
ผู้รักษานอกระบบสุขภาพ	5.4 (3.9)	0 (0)	4.2 (2.9)
นักสอนศาสนา ^c	0.9 (0.6)	0 (0)	0.7 (0.5)
ผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่น ๆ ^d	4.5 (3.8)	0 (0)	3.5 (2.9)

^a บุคลากรสุขภาพจิต (mental health professional) ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักให้คำปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์

^b บุคลากรสุขภาพทั่วไป (health personals) ได้แก่ แพทย์ทั่วไป แพทย์ประจำครอบครัว แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น และพยาบาล

^c นักสอนศาสนา ได้แก่ ผู้นำศาสนา บาทหลวงและพระ

^d ผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่น ๆ ได้แก่ หมอสมุนไพร หมอนวด หมอแผนโบราณ และหมอผี

SE = standard error

ประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดชายแดนใต้ นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีบทบัญญัติเกี่ยวกับข้อห้ามการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และการพนันที่อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติการควบคุมตัวเอง นอกจากนี้การพบความชุกกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในภาคใต้สูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ อาจเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย

ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีความผิดปกติการควบคุมตัวเอง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และรายได้ต่อปี ปัจจัยสุขภาพ ได้แก่ การมีปัญหานอนหลับ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติดื่มสุรา การมีประวัติใช้สารเสพติด และการมีประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง และปัจจัยครอบครัว ได้แก่ สถานะการเงินในครอบครัว การศึกษานี้พบว่าเพศชายมีความชุกกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองสูงกว่าหญิง สอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาและผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา^{2,16} อาจเป็นผลจากความแตกต่างระหว่างเพศด้านชีวภาพ การเรียนรู้ทางสังคม และวัฒนธรรมที่กำหนดให้ชายต้องกล้าหาญและเข้มแข็ง ครอบครัวยอมรับให้ชายก้าวร้าวได้แต่หญิงถูกควบคุมกำกับและเข้มงวดมากกว่าชาย ชายจึงมีโอกาสดังพฤติกรรมที่

รุนแรงมากกว่าหญิง ผู้ที่ครอบครัวมีหนี้สินหรือไม่เหลือเก็บมีความชุกกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองสูงกว่าผู้ที่ครอบครัวมีเงินเหลือเก็บ สอดคล้องกับผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ที่ครอบครัวมีสถานะทางการเงินในระดับต่ำมีโอกาสเกิดความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวมากกว่าผู้ที่ครอบครัวมีสถานะทางการเงินในระดับสูง 1.5 เท่า¹⁷ ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและใช้สารเสพติดกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองสอดคล้องกับการศึกษาของ Haeny และคณะที่พบว่า ครอบครัวที่มีประวัติติดสุรามีความสัมพันธ์กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเอง¹⁸ และความสัมพันธ์ระหว่างการประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรงกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ที่พบว่า การมีประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรงหลาย ๆ เหตุการณ์มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติการควบคุมตัวเอง⁹ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรงส่งผลให้เกิดความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงได้

กลุ่มโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่พบร่วมกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองมากที่สุดได้แก่ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา กลุ่มมีประสบการณ์คล้ายโรคจิต

กลุ่มโรคจิตก้ำกัวล และกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Kessler และคณะ¹⁷ ที่พบกลุ่มโรคร่วม 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคจิตก้ำกัวล กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด และใกล้เคียงกับการศึกษาที่ใช้ข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตทั่วโลกที่พบกลุ่มโรคร่วม 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคจิตก้ำกัวล กลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด และกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์¹³ การพบกลุ่มมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตเป็นโรคร่วมอันดับสองสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบกลุ่มโรคร่วมสูงสุดได้แก่ โรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ ร้อยละ 56.9 และความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดร้อยละ 43.1¹⁹ อาจเนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคจิตมีความผิดปกติทางความคิด เช่น หลงผิด และอาการประสาทหลอน ทำให้ควบคุมแรงกระตุ้นที่ก้าวร้าวได้ไม่ดี และเมื่อรวมกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่น ๆ ทำให้เกิดอารมณ์หุนหันพลันแล่นและแสดงความก้าวร้าวได้ นอกจากนี้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคจิตยังมีความผิดปกติของสมองส่วนหน้าซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมตัวเองลดลง²⁰ เมื่อพิจารณาโรคร่วมรายโรคพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติการควบคุมตัวเองมีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 15.6 สอดคล้องกับผลการสำรวจทั่วโลกที่พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติการระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวมีโอกาสเกิดโรคร่วมได้มากกว่า 3 โรค โดยผู้ที่มีอาการรุนแรงมีการใช้สารเสพติดและการฆ่าตัวตายสูง¹³

ผู้ที่มีกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองรับบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพและผู้รักษานอกระบบสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 15.9 และ 4.2 ตามลำดับ ซึ่งการรับบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของผู้มีโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่รับบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพร้อยละ 3.7 แต่การรับบริการจากผู้รักษานอกระบบสุขภาพต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของผู้มีโรคจิตทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่พบร้อยละ 9.4⁸ และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติ

การระเบิดอารมณ์เป็นครั้งคราวรับบริการจากแพทย์ร้อยละ 7.6 และผู้รักษานอกระบบสุขภาพร้อยละ 4.6⁹ อาจเนื่องจากกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองเป็นกลุ่มโรคที่มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างชัดเจน ส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง และพบร่วมกับโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตอื่นได้บ่อย จึงมีแนวโน้มเข้ารับบริการจากผู้รักษาในระบบสุขภาพได้มากกว่าโรคทางจิตเวชอื่น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ที่มีกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองไม่ได้รับบริการจากผู้รักษาใด ๆ เช่นเดียวกับผลการสำรวจสุขภาพจิตทั่วโลกที่พบสัดส่วนผู้ที่มีโรคทางจิตเวชที่ไม่ไปรับการรักษาหรือมีความล่าช้าในการรับการรักษา มีแนวโน้มสูงในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เพศชาย และเริ่มป่วยในขณะที่อายุน้อย²¹ การสำรวจเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการของผู้มีโรคทางจิตเวชในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 62.6 ไม่คิดว่าจะมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการเพื่อขอความช่วยเหลือ และร้อยละ 32.7 ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาแต่ต้องการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง²² ซึ่งเป็นสาเหตุให้ไม่ไปรับการรักษาหรือหยุดการรักษาก่อนกำหนด โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการรุนแรงน้อยหรือปานกลาง แต่สำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรงมาก การไม่ไปรับการรักษาหรือหยุดการรักษาที่กำหนดมักเกิดจากเป็นอุปสรรคด้านกายภาพ เช่น ปัญหาการเงิน ความไม่สะดวกด้านเวลา การเดินทาง และไม่มีแพทย์²³

ข้อจำกัดของการสำรวจที่ไม่ได้เข้าถึงผู้ที่อยู่ในครัวเรือนกลุ่มบุคคลหรือสถาบัน เช่น ผู้ที่อยู่ในเรือนจำและโรงพยาบาล ซึ่งมีโอกาสพบโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองสูงกว่าประชากรทั่วไป อาจทำให้ผลการศึกษาไม่สะท้อนถึงขนาดและลักษณะปัญหารวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองที่แท้จริง

สรุป

ความชุกตลอดชีวิตของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองพบร้อยละ 3.5 พบสูงสุดที่ภาคใต้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองได้แก่ เพศ อายุ

รายได้ต่อปี การมีปัญหการนอนหลับ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติดื่มสุรา การมีประวัติใช้สารเสพติด การมีประวัติประสบเหตุการณ์เครียดรุนแรง และสถานะการเงินในครอบครัว กลุ่มโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ผู้ที่มีกลุ่มโรคนี้เพียง 1 ใน 5 รับบริการจากผู้รักษาซึ่งเป็นสัดส่วนค่อนข้างต่ำ จึงควรเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการค้นหาคัดกรอง และนำเข้าสู่ระบบการรักษาที่เฉพาะเจาะจง เพื่อป้องกันความบกพร่องในหน้าที่ส่วนบุคคล รวมทั้งปัญหาในครอบครัว สังคม และปัญหาทางกฎหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค และปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 11 โรคจิตเวช ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติพัฒนาการทางระบบประสาท และโรคในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้อง [International classification of disease for mortality and morbidity statistics: mental, behavioural or neurodevelopment disorders and related codes]. นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2562. น. 255-7.
2. ปัญจกรณ์ วาสีประโคน. Impulsive-Control Disorders. ใน: มาโนช หล่อตระกูล. ปราโมทย์ สุนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. น. 255-64.
3. Grant JE, Levine L, Kim D, Potenza MN. Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2184-8. doi:10.1176/appi.ajp.162.11.2184.
4. อนุรักษ บัณฑิตชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2541 [Epidemiology of mental disorders among Thai people]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2544;46(4):335-43.
5. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย : การสำรวจระดับชาติ ปี 2546 [Prevalence of mental disorders in Thailand: a national survey 2003]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2547;12(3):177-88.
6. วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วรวรรณ จุฑา, พัทธพงศ์ บุญยมาลี, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, และคณะ. ความชุกโรคจิตเวช : การสำรวจระดับชาติ สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 [The prevalence of mental disorders: the 2008 national mental health epidemiological survey of Thais]. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
7. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, สุทธา สุปัญญา. การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 : วิธีการและกระบวนการ [Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2559;24(1):1-14.
8. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสินี, สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2560;25(1):1-19.
9. Fincham D, Grimsrud A, Corrigan J, Williams DR, Seedat S, Stein DJ, et al. Intermittent explosive disorder in South Africa: prevalence, correlates and the role of traumatic exposures. *Psychopathology*. 2009;42(2):92-8. doi:10.1159/000203341. Erratum in: *Psychopathology*. 2016;49(2):124.
10. ญัฐกร จำปาทอง, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยในพื้นที่ชายแดนใต้ ปี พ.ศ. 2559 [Thai mental health epidemiological study in deep south provinces in 2016]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2560;25(1):20-31.

11. World Health Organization. The world health organization world mental health composite international diagnostic interview (WHO WMH-CIDI). Massachusetts: Harvard Medical School; 1990 [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/>.
12. Yoshimasu K, Kawakami N; WMH-J 2002-2006 Survey Group. Epidemiological aspects of intermittent explosive disorder in Japan; prevalence and psychosocial comorbidity: findings from the World Mental Health Japan survey 2002-2006. *Psychiatry Res.* 2011;186(2-3):384-9. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.018.
13. Scott KM, de Vries YA, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, et al. Intermittent explosive disorder subtypes in the general population: association with comorbidity, impairment and suicidality. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e138. doi:10.1017/S2045796020000517.
14. Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Braz J Psychiatry.* 2012;34(3): 249-60. doi:10.1016/j.rbp.2012.03.001.
15. ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี. ความขัดแย้งชายแดนใต้ในรอบ 13 ปี: ความซับซ้อนของสนามความรุนแรงและพลังของ บทสนทนาสันติภาพปาตานี [The southern border conflict in the past 13 years: the complexity of the field, the violence and the power of the Patani peace dialogue] [อินเทอร์เน็ต]. ปัตตานี: ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้สถานวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ มอ.ปัตตานี; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มี.ค. 2566]. จาก: <https://deepsouthwatch.org/th/node/11053>
16. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(7): 768. Merikangas, Kathleen R [added].
17. Kessler RC, Coccaro EF, Fava M, Jaeger S, Jin R, Walters E. The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(6): 669-78. doi:10.1001/archpsyc.63.6.669.
18. Haeny AM, Gueorguieva R, Morean ME, Krishnan-Sarin S, DeMartini KS, Pearlson GD, et al. The association of impulsivity and family history of alcohol use disorder on alcohol use and consequences. *Alcohol Clin Exp Res.* 2020;44(1): 159-67. doi:10.1111/acer.14230.
19. van Buitenen N, van den Berg CJW, Meijers J, Harte JM. The prevalence of mental disorders and patterns of comorbidity within a large sample of mentally ill prisoners: a network analysis. *Eur Psychiatry.* 2020;63(1):e63. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.63.
20. Pompili M, Fiorillo A. Aggression and impulsivity in schizophrenia. *Psychiatric Times.* 2015;32(7):12.
21. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet.* 2007;370(9590):841-50. doi:10.1016/S0140-6736(07)61414-7.
22. อธิบ ตันอารีย์, นิศากร แก้วพิลา, เบ็ญจา นิ่มนวล, เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น, ลวิญญ์วิษุพงศ์ ภูมิจีน, ณัฏฐพัชร สุนทโรวิทย์. การรับบริการสุขภาพจิตและสาเหตุที่ไม่เข้ารับ บริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชไทย [Mental health service utilization and reason for not receiving services among individuals with mental disorders]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2560;25(3):176-86.
23. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. ช่องว่างในการเข้าถึงบริการ จิตเวชและภาระทางเศรษฐศาสตร์ : การศึกษาชุมชนในระยะยาว [Gaps in access to psychiatric services and burden economics: a long-term community study]. *นันทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;* 2560.