



ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา และโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ๒๕๕๑

บุญศิริ จันศิริมงคล, พ.บ.¹
มธุริน คำวงศ์ปิ่น, พย.ม.³
ธรรณิษฐ์ กองสุข, พ.บ.⁴

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.²
วรวรรณ จุฑา, กศ.ม.²
จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, รพ.ศ.⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อแสดงความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) และระดับความรุนแรงของโรคจิตเวชร่วมในผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา

วัสดุและวิธีการ จากฐานข้อมูลการสำรวจระดับชาติ ๒๕๕๑ ที่เก็บข้อมูลในประชากรไทย ทั้งชายและหญิงอายุ 15-59 ปี จำนวน 17,140 คน สุ่มแบบ stratified three-stage cluster sampling ใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย สัมภาษณ์ต่อหน้าครั้งเดียวในชุมชนโดยบุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมแบบเข้มข้น คัดค่าสถิติจากค่าประมาณสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนัก

ผล พบผู้ที่เข้าเกณฑ์ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 10.9 โดยเป็นกลุ่มดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) ร้อยละ 4.2 และกลุ่มดื่มแบบติด (alcohol dependence) ร้อยละ 6.6 ความชุกสูงที่สุดในภาคเหนือ ผู้ชาย อายุ 25-34 ปี สถานภาพสมรสโสด ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราพบโรคจิตเวชใด ๆ ร่วม ร้อยละ 7.1 โดยผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย และความชุกของโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราพบสูงกว่าผู้ดื่มแบบอันตราย กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์เป็นกลุ่มโรคจิตเวชร่วมที่พบได้มากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มโรควิตกกังวล และกลุ่มโรคจิต และผู้หญิงที่ดื่มแบบอันตรายมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงที่ติดสุรา ในขณะที่ผู้ชายที่ติดสุราความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ชายที่ดื่มแบบอันตราย

สรุป ความชุกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราในคนไทยจัดว่าสูง และยังพบโรคจิตเวชร่วมโดยเฉพาะกลุ่มโรคทางอารมณ์ จึงควรคำนึงถึงบริการสุขภาพที่เฝ้าระวังและครอบคลุมปัญหาดังกล่าว

คำสำคัญ : ความชุก ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา โรคจิตเวชร่วม

¹ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

² กลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต

³ โรงพยาบาลสวนปรุง

⁴ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



The prevalence of alcohol use disorders and psychiatric comorbidity in Thailand: national epidemiological survey 2008

Boonsiri Junsirimongkol, M.D.¹ Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.²
Maturin Khamwongpin, MSN.³ Warawan Chutha, M.Ed.²
Thorarin Kongsuk, M.D.⁴ Jintana Leejongpermpon, M.PA.⁴

Abstract

Objective To examine the prevalence, correlation, and psychiatric comorbidity of alcohol use disorders (AUD) in Thai people.

Materials and Methods National epidemiological survey 2008 database was derived from face-to-face interview from 17,140 Thai population aged 15-59 years old selected by stratified three-stage cluster sampling, interviewed by trained psychiatric professionals using Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) - Thai Version. The weight proportion data was using for analysis.

Results Prevalence of 12-month AUD were 10.9%, whereas 4.2% was alcohol abuse and 6.6 % was alcohol dependence. AUD was most high prevalent among northern Thai, male, young adult (25-34 years old), and single. The point prevalence of psychiatric comorbidity of AUD was 7.1% with females more than males. Affective disorders group was more prevalence in comorbidity, following with anxiety disorders group and psychotic disorders group, respectively. Female with alcohol abuse were high risk of suicide than the one with alcohol dependence, conversely with male.

Conclusion The high prevalence of AUD and psychiatric comorbidity among Thai including the affective disorders group should be considered for the planning of surveillance and managed health care system.

Key words : alcohol use disorders, prevalence, psychiatric comorbidity

¹ Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

² Advisory Office, Department of Mental Health

³ Suanprung Hospital

⁴ Prasimababodi Psychiatric Hospital

บทนำ

ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) เป็นพฤติกรรมการดื่มสุราที่ก่อให้เกิดปัญหา และเกิดผลกระทบต่อนตนเอง ทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัว หรือสังคม หมายรวมถึง ภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (alcohol harmful drinking หรือ alcohol abuse) และ ภาวะติดสุรา (alcohol dependence)^{1,2} เมื่อความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราพบร่วมกับโรคจิตเวชแล้ว จะยิ่งทำให้อาการของโรคทั้งสอง แย่ลง เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง การบำบัดรักษา ซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้น มีความต้องการบริการ สุขภาพเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังเพิ่มปัญหาสังคม กฎหมายและเศรษฐกิจอีกด้วย³

การศึกษาในหลายประเทศพบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของ alcohol abuse ร้อยละ 2.8-17.8 และ ความชุกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา (one-year prevalence) ร้อยละ 0.5-4.7 ความชุกชั่วชีวิตของ alcohol dependence พบร้อยละ 0.2-12.5 และความชุกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ร้อยละ 0.1-5.0⁴⁻¹² และค่าความชุกของ alcohol use disorders ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาพบ ร้อยละ 5.9 (5.2-8.1)¹³ ส่วนโรคจิตเวชร่วมนั้น จากการสำรวจของ the national comorbidity survey for alcohol and drug use (NCS) พบกลุ่มที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (substance use disorders) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 36 มีโรคจิตเวชอย่างหนึ่งโรค และร้อยละ 25 มีโรคความผิดปกติทางอารมณ์อย่างหนึ่งโรค ในทางกลับกันกลุ่มที่มีโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 15 มีความผิดปกติจากการเสพติดอย่างหนึ่งชนิด¹⁴

ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของ alcohol use disorders ครั้งแรกปี พ.ศ. ๒๕๔๑ พบความชุกชั่วชีวิตของ alcohol abuse ร้อยละ 6.0 และความชุกชั่วชีวิตของ alcohol dependence ร้อยละ 4.2¹⁵ การสำรวจครั้งต่อมาในปี พ.ศ. 2546 ใช้เครื่องมือ Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ฉบับภาษาไทยพบความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของปัญหาการดื่มสุราเป็น ร้อยละ 28.516 การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของ alcohol abuse, alcohol dependence และ alcohol use disorders และความชุกและความสัมพันธ์ของโรคจิตเวชที่พบร่วมเพื่อประโยชน์ในการวางแผนระบบบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราให้เหมาะสมกับภาวะที่เกิดขึ้น

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในช่วงเวลาหนึ่ง ครอบคลุมเฉพาะประชากรที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคล ไม่รวมประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น วัด หอพัก โรงเรียน โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ ค่ายทหาร เป็นต้น ในประชากรไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 15-59 ปี

การคำนวณขนาดตัวอย่างมาจากสูตร $n = Z^2pq/d^2$ เมื่อ p คือค่าความชุกของโรคจิตเวชใด ๆ ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 50¹⁴ และ d คือค่าความคลาดเคลื่อนซึ่งเท่ากับร้อยละ 1 จากสูตร $n = Z^2pq/d^2$ ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ ร้อยละ 1 ใช้แผนการเลือกตัวอย่างแบบ stratified three-stage cluster sampling การสุ่มเริ่มจากแบ่งประเทศไทยเป็น 5 ชั้นภูมิ (stratum) คือ กรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ

ภาคใต้ การสุ่มครั้งแรกคือในกรุงเทพฯ สุ่มเลือกเขต 13 เขต ส่วนในภาคอื่นๆ สุ่มเลือกจังหวัด 6 จังหวัด ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งจะได้ 13 เขต ในกรุงเทพฯ และ 24 จังหวัด แต่ละจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพฯ) แบ่งเป็น 2 ชั้นภูมิตามเขตการปกครองคือในและนอกเขตเทศบาล การสุ่มครั้งที่สองจึงเป็นการสุ่ม 76 ชุมชมอาคาร/หมู่บ้านในกรุงเทพฯ และในแต่ละจังหวัดสุ่ม 76 ชุมชมอาคารในเขตเทศบาล และสุ่ม 76 หมู่บ้านนอกเขตเทศบาล ด้วยวิธีที่ความน่าจะเป็นที่จะถูกเลือกจะแปรผันตามจำนวนชุมชมอาคาร/หมู่บ้านนั้นๆ (probability proportional to size (PPS)-systematic sampling) ในแต่ละชุมชมอาคาร/หมู่บ้านที่ถูกเลือก มีการสุ่มครั้งที่สามซึ่งเป็นการสุ่มคน 25 คน ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี (แบ่งเป็น 5 ช่วงอายุคือ 15-24, 25-34, 35-44, 45-54 และ 55-59 และแต่ละช่วงอายุมี 5 คน โดยมีอัตราส่วนของชาย:หญิง เท่ากับ 3:2 หรือ 2:3) ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ ได้ตัวอย่างทั้งหมด 17,100 คน (ทั้งนี้คำนวณเพื่อความคลาดเคลื่อน)

เป็นที่จะถูกเลือกจะแปรผันตามจำนวนชุมชมอาคาร/หมู่บ้านนั้นๆ (probability proportional to size (PPS)-systematic sampling) ในแต่ละชุมชมอาคาร/หมู่บ้านที่ถูกเลือก มีการสุ่มครั้งที่สามซึ่งเป็นการสุ่มคน 25 คน ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี (แบ่งเป็น 5 ช่วงอายุคือ 15-24, 25-34, 35-44, 45-54 และ 55-59 และแต่ละช่วงอายุมี 5 คน โดยมีอัตราส่วนของชาย:หญิง เท่ากับ 3:2 หรือ 2:3) ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ ได้ตัวอย่างทั้งหมด 17,100 คน (ทั้งนี้คำนวณเพื่อความคลาดเคลื่อน)

ตารางที่ 1 วิธีการสุ่มตัวอย่างจำแนกชั้นภูมิ

ชั้นภูมิ	จำนวนและรายชื่อเขต/จังหวัดที่สุ่ม	เขตการปกครอง	จำนวนอาคารหมู่บ้านที่สุ่ม	จำนวนคนที่สุ่ม
กทม.	13 เขต ได้แก่ วังทองหลาง ทุ่งครุ บางกอกใหญ่ ภาษีเจริญ ดินแดง มีนบุรี ดุสิต สาทร ดอนเมือง บางมด คลิ่งชัน พระโขนง คลองสามวา		76	1,900
ภาคกลาง	6 จังหวัด ได้แก่ ออยุธยา สิงห์บุรี ระยอง ปราจีนบุรี ในเขตเทศบาล		76	1,900
(ยกเว้น กรุงเทพฯ)	กาญจนบุรี สมุทรสงคราม	นอกเขตเทศบาล	76	1,900
ภาคเหนือ	6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ อุดรดิตถ์ พะเยา นครสวรรค์ ตาก พิจิตร	ในเขตเทศบาล	76	1,900
		นอกเขตเทศบาล	76	1,900
ภาคตะวันออก	6 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ศรีสะเกษ	ในเขตเทศบาล	76	1,900
เฉียงเหนือ	อำนาจเจริญ ขอนแก่น หนองคาย สกลนคร	นอกเขตเทศบาล	76	1,900
ภาคใต้	6 จังหวัด ได้แก่ กระบี่ ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ระนอง ตรัง พัทลุง	ในเขตเทศบาล	76	1,900
		นอกเขตเทศบาล	76	1,900
รวม	37 เขต/จังหวัด		684	17,100

เครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และเครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย¹⁷ module J เพื่อการวินิจฉัย alcohol use disorders ที่ประกอบด้วย alcohol dependence และ alcohol abuse และโรคจิตเวชอื่นอีก 8 โรค ได้แก่ module A: major depressive episode, module B: dysthymia, Module D: (hypo)manic episode, module E: panic disorder, module F: agoraphobia, module I: posttraumatic stress disorder, module L: psychotic disorders, module O: generalized anxiety disorder และ 1 ภาวะ คือ module C: suicidality ข้อมูลเก็บรวบรวมโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา จำนวน 204 คน ที่มีประสบการณ์งานจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี ได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือวิจัยอย่างเข้มข้นและผ่านการทดสอบความเข้าใจและความสามารถในการใช้เครื่องมือที่ระดับดีถึงดีมาก ($\kappa > 0.61-1.00$) รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๕๑ โครงการผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๑

ประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ.๒๕๓๓-๒๕๖๓ ได้จากการคาดประมาณของกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ข้อมูล

ที่ได้จากตัวอย่างได้รับการถ่วงน้ำหนัก ตามปัจจัย 3 ปัจจัย คือ design weight, gender weight, และ response weight การคำนวณ standard error ใช้ taylor-series linearization นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ สัดส่วน (p) SE(p) และ odds ratios

ผล

กลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจระดับชาติครั้งนี้จำนวน 17,140 คน มีสัดส่วนระหว่างหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 57.2 และ 42.8 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 35.9 ปี (SE=0.2) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.6 การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 51.3 และประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 31.7

ความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของ alcohol use disorders จากการสำรวจครั้งนี้เป็น ร้อยละ 10.9 (SE=0.4) โดยแยกเป็น alcohol dependence ร้อยละ 6.6 และ alcohol abuse ร้อยละ 4.2 ทั้ง alcohol abuse และ alcohol dependence พบความชุกมากที่สุดในภาคเหนือ เพศชาย ช่วงอายุ 25-34 ปี สถานภาพสมรสโสด การศึกษาระดับมัธยมถึงอนุปริญญา ยกเว้น alcohol dependence พบความชุกสูงที่สุดในอาชีพรับจ้าง ในขณะที่ alcohol abuse พบความชุกสูงที่สุดในอาชีพรับราชการหรือพนักงานของรัฐ และผู้หญิงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบความชุก alcohol use disorders สูงกว่าภาคอื่น ข้อมูลลักษณะทั่วไปอื่น ๆ ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความชุกของ alcohol use disorders ตามลักษณะทางประชากรจำแนกตามภาค

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ (SE)					
	กรุงเทพฯ	กลาง	ต.อ.ฉ.น.	เหนือ	ใต้	รวม
เพศ						
ชาย	19.2(1.5)	17.3(1.5)	28.5(1.3)	24.6(2.6)	17.2(1.2)	22.8(0.8)
หญิง	2.1(0.5)	1.0(0.2)	2.4(0.5)	2.4(0.4)	0.7(0.3)	1.9(0.2)
อายุ (ปี)						
15-24	11.7(1.9)	5.5(0.8)	13.8(1.4)	11.0(1.7)	8.1(1.1)	10.9(0.7)
25-34	12.2(1.7)	11.9(2.2)	16.4(1.5)	16.9(3.3)	14.2(1.6)	14.9(1.0)
35-44	9.9(1.6)	11.0(1.8)	11.1(1.1)	11.5(2.0)	8.3(1.5)	10.8(0.7)
45-54	9.1(1.5)	6.9(1.2)	5.7(0.7)	14.9(3.2)	5.3(1.1)	8.0(0.7)
55-59	4.4(1.4)	7.9(2.3)	4.9(1.1)	10.7(4.7)	2.0(0.6)	6.2(1.1)
อายุเฉลี่ย (ปี (SE))	34.7(0.8)	35.7(0.9)	32.1(0.5)	36.7(1.2)	32.1(0.7)	33.9(0.4)
สถานภาพสมรส						
คู่	8.5(0.9)	8.4(0.9)	8.7(0.7)	11.2(1.4)	7.7(0.8)	8.9(0.4)
โสด	13.7(1.6)	10.1(1.7)	19.3(1.5)	16.4(3.0)	12.0(1.4)	15.4(0.9)
แยก/หม้าย/หย่า	9.7(2.1)	9.2(2.7)	9.0(1.7)	17.9(5.0)	7.4(1.8)	10.6(1.3)
ระดับการศึกษา						
ประถมฯ และต่ำกว่า	7.8(1.1)	9.7(1.1)	10.1(0.7)	13.0(1.7)	7.7(1.0)	10.1(0.5)
มัธยม-อนุปริญา	12.9(1.2)	7.9(1.1)	14.1(1.1)	13.6(2.0)	10.4(0.9)	12.1(0.6)
ป. ตริขึ้นไป	7.1(2.2)	10.6(5.3)	4.3(1.5)	13.6(5.9)	5.4(1.7)	8.2(1.9)
อาชีพ						
ว่างงาน	9.5(1.9)	10.1(2.9)	10.6(2.1)	18.0(6.2)	11.6(4.0)	11.7(1.6)
งานบ้าน	3.4(1.2)	1.9(0.9)	2.6(1.1)	1.4(0.7)	4.4(2.5)	2.6(0.6)
นักเรียนนักศึกษา	7.4(2.2)	2.8(0.9)	8.0(1.5)	6.3(2.0)	3.9(1.3)	6.1(0.8)
ค้าขายธุรกิจส่วนตัว	8.4(2.0)	5.8(1.3)	10.8(1.9)	12.4(3.5)	7.3(1.8)	9.4(1.2)
เกษตรกรรม	0.0	7.2(1.2)	10.3(0.9)	14.2(2.6)	8.3(0.9)	10.0(0.7)
รับจ้าง	14.2(1.4)	12.5(1.5)	18.9(1.5)	16.9(2.2)	12.8(1.5)	15.7(0.8)
พนักงานบริษัท	14.8(8.3)	8.5(6.6)	0.0	0.0	16.1(8.9)	8.9(3.4)
ข้าราชการพนักงานรัฐ	6.9(2.8)	18.7(7.8)	17.1(4.6)	14.0(4.2)	4.8(2.2)	14.8(3.3)
รวม	10.2(0.8)	9.0(0.8)	11.5(0.6)	13.3(1.3)	8.8(0.7)	10.9(0.4)

ต.อ.ฉ.น. = ตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 3 ความชุกของ alcohol abuse และ alcohol dependence ตามลักษณะทางประชากร

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ (SE)	
	alcohol abuse	alcohol dependence
เพศ		
ชาย	9.1(0.5)	13.7(0.7)
หญิง	0.6(0.2)	1.4(0.2)
อายุ (ปี)		
15-24	5.0(0.5)	5.9(0.5)
25-34	6.4(0.7)	8.4(0.8)
35-44	3.4(0.4)	7.4(0.6)
45-54	2.8(0.5)	5.2(0.6)
55-59	2.0(0.5)	4.2(1.0)
อายุเฉลี่ย (ปี(SE))	32.3(0.6)	35.0(0.5)
สถานภาพสมรส		
คู่	3.6(0.3)	5.3(0.3)
โสด	5.9(0.5)	9.5(0.7)
แยก/หม้าย/หย่า	3.3(0.6)	7.3(1.2)
ระดับการศึกษา		
ประถมฯ และต่ำกว่า	3.4(0.3)	6.7(0.4)
มัธยม-อนุปริญญา	5.2(0.4)	6.9(0.5)
ป. ดริขึ้นไป	4.5(1.4)	3.7(1.3)
อาชีพ		
ว่างงาน	5.0(1.1)	6.8(1.2)
งานบ้าน	0.5(0.2)	2.1(0.6)
นักเรียนนักศึกษา	2.7(0.5)	3.4(0.6)
ค้าขายธุรกิจส่วนตัว	3.5(0.7)	5.9(1.0)
เกษตรกรรม	4.0(0.4)	6.0(0.5)
รับจ้าง	5.9(0.7)	9.8(0.7)
พนักงานบริษัท	7.2(3.1)	1.8(1.3)
ข้าราชการพนักงานรัฐ	8.5(3.0)	6.2(1.8)
รวม	4.2(0.2)	6.6(0.3)

ในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราพบโรคจิตเวชใด ๆ ร่วมร้อยละ 7.1 โดยพบมากที่สุดในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (ร้อยละ 4.6) กลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ 2.8) และกลุ่มโรคจิต (ร้อยละ 1.5) ตามลำดับ โดยผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา มีความเสี่ยงที่จะมีโรคจิตเวชใด ๆ ร่วมเป็น 1.9 เท่า ของผู้ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของโรคจิตเวชร่วม ระหว่าง alcohol abuse และ alcohol dependence พบว่า ในผู้ติดสุรา (alcohol dependence) มีความชุกของโรคจิตเวชร่วมทุกชนิด

ตารางที่ 4 ความชุกและความเสี่ยงของโรคจิตเวชร่วมในผู้ดื่มสุราแบบ alcohol abuse, alcohol dependence และ alcohol use disorders

โรคจิตเวช	alcohol abuse			alcohol dependence			alcohol use disorders		
	ไม่ป่วย	ป่วย	OR (95%CI)	ไม่ป่วย	ป่วย	OR (95%CI)	ไม่ป่วย	ป่วย	OR (95%CI)
	ร้อยละ (SE)	ร้อยละ (SE)		ร้อยละ (SE)	ร้อยละ (SE)		ร้อยละ (SE)	ร้อยละ (SE)	
affective disorders	2.8(0.2)	2.9(0.7)	1.1(0.6-1.8)	2.6(0.2)	5.6(0.9)	2.2(1.5-3.2)	2.6(0.2)	4.6(0.6)	1.8(1.3-2.5)
major depressive episode	2.2(0.2)	2.5(0.7)	1.1(0.6-2.0)	2.1(0.2)	4.2(0.8)	2.0(1.3-3.1)	2.1(0.2)	3.5(0.5)	1.7(1.2-2.5)
dysthymia	0.3(0.1)	0.0	-	0.3(0.1)	0.3(0.2)	0.8(0.2-1.8)	0.3(0.1)	0.2(0.1)	0.5(0.1-1.6)
hypomanic episode	0.3(0.0)	0.4(0.2)	1.7(0.5-5.2)	0.2(0.0)	1.0(0.3)	4.5(2.1-9.8)	0.2(0.0)	0.8(0.2)	3.7(1.8-7.6)
manic episode	0.1(0.0)	0.8(0.4)	7.5(2.1-26.4)	0.1(0.0)	0.6(0.3)	5.7(1.7-19.6)	0.1(0.0)	0.7(0.3)	9.5(3.3-27.3)
anxiety disorders	1.9(0.2)	1.8(0.5)	1.0(0.5-1.8)	1.8(0.2)	3.4(0.8)	2.0(1.2-3.3)	1.7(0.2)	2.8(0.5)	1.6(1.0-2.5)
panic disorder	0.3(0.1)	0.4(0.2)	1.2(0.3-4.2)	0.2(0.1)	1.3(0.6)	5.6(2.0-15.7)	0.2(0.1)	0.9(0.4)	4.1(1.6-10.7)
agoraphobia	0.6(0.1)	0.2(0.2)	0.4(0.1-2.1)	0.5(0.1)	1.2(0.5)	2.4(0.9-6.2)	0.5(0.1)	0.8(0.3)	1.6(0.7-3.8)
posttraumatic stress disorder	0.3(0.1)	0.3(0.2)	0.9(0.2-3.6)	0.3(0.1)	0.5(0.3)	1.6(0.5-5.3)	0.3(0.1)	0.4(0.2)	1.4(0.6-3.7)
generalized anxiety disorder	0.9(0.2)	1.2(0.5)	1.3(0.6-3.0)	0.9(0.2)	1.2(0.4)	1.4(0.7-2.8)	0.9(0.2)	1.2(0.3)	1.4(0.8-2.5)
psychotic disorders	0.5(0.1)	1.0(0.5)	2.0(0.7-5.8)	0.4(0.1)	1.8(0.8)	4.4(1.5-12.8)	0.4(0.1)	1.5(0.5)	3.8(1.5-10.0)
any mental disorders	4.2(0.3)	4.5(0.9)	1.1(0.7-1.6)	3.9(0.3)	8.7(1.2)	2.3(1.7-3.3)	3.9(0.3)	7.1(0.8)	1.9(1.4-2.5)

มากกว่าผู้ดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) ยกเว้นในรายโรค คือ manic episode พบความชุกและความเสี่ยงในผู้ดื่มแบบอันตรายสูงกว่าผู้ดื่มแบบปกติ และแม้ความชุกของกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราพบมากที่สุดใน major depressive disorder (ร้อยละ 3.5) แต่มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา เพียง 1.7 เท่า ในขณะที่ความชุกของ mania ในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราพบเพียงร้อยละ 0.7 แต่โอกาสในการเกิด mania ในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราถึงเป็น 9.5 เท่าของผู้ที่ไม่มี ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 ความรู้และความเสี่ยงของโรคจิตเวชร่วมในผู้ดื่มสุราแบบ alcohol dependence และ alcohol use disorders จำแนกตามเพศ

โรคจิตเวช	alcohol abuse		alcohol dependence		alcohol use disorders				
	ไม่ป่วย	ป่วย	ไม่ป่วย	ป่วย	ไม่ป่วย	ป่วย			
	ร้อยละ (SE)	ร้อยละ (SE)	ร้อยละ (SE)	ร้อยละ (SE)	ร้อยละ (SE)	ร้อยละ (SE)			
affective disorders	1.9(0.2)	2.5(0.7)	1.3(0.7-2.4)	5.2(0.8)	3.7(2.5-5.5)	1.3(0.2)	4.1(0.6)	3.2(2.2-4.6)	
anxiety disorders	1.1(0.2)	1.2(0.4)	1.0(0.5-2.3)	0.9(0.1)	3.0(0.8)	3.5(1.9-6.4)	0.8(0.1)	2.3(0.5)	2.8(1.6-4.9)
psychotic disorders	0.7(0.2)	0.9(0.5)	1.2(0.3-3.9)	0.5(0.2)	2.0(0.9)	3.8(1.3-11.5)	0.5(0.2)	1.6(0.6)	3.1(1.1-8.9)
any mental disorders	3.3(0.3)	3.6(0.8)	1.1(0.7-1.8)	2.6(0.3)	8.3(1.3)	3.4(2.3-5.0)	2.5(0.3)	6.4(0.8)	2.7(1.9-3.9)
หญิง									
affective disorders	3.4(0.4)	7.6(3.5)	2.4(0.9-6.4)	3.3(0.4)	8.4(3.9)	2.7(1.0-7.4)	3.3(0.4)	8.2(3.0)	2.6(1.2-5.8)
anxiety disorders	2.4(0.3)	8.9(4.6)	4.0(1.3-12.7)	2.3(0.3)	7.0(3.0)	3.2(1.2-8.1)	2.3(0.3)	7.6(2.5)	3.5(1.6-7.5)
psychotic disorders	0.3(0.2)	2.5(2.0)	8.1(1.2-54.1)	0.3(0.2)	0.0	-	0.3(0.2)	0.8(0.6)	2.4(0.4-15.0)
any mental disorders	4.8(0.4)	14.7(5.8)	3.4(1.3-8.5)	4.8(0.4)	12.3(4.4)	2.8(1.2-6.3)	4.7(0.4)	13.1(3.5)	3.0(1.6-5.7)

ความซุกของโรจิตเวใด ๆ ที่พบร่วมในผู้หญิงที่ติดสุราหรือดื่มสุราแบบอันตรายพบสูงกว่าผู้ชายในกลุ่มเดียวกัน และความเสี่ยงในการพบโรจิตเวใด ๆ ร่วมในผู้ดื่มสุราแบบอันตรายเมื่อเทียบกับผู้ดื่มสุราแบบอันตรายในผู้หญิงสูงกว่า (3.4 เท่า และ 1.1 เท่า ตามลำดับ) แต่หากเป็นการดื่มแบบติดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่ดื่มแบบติดกลับพบว่าผู้ชายมีความเสี่ยงที่จะพบโรจิตเวใด ๆ รวมมากกว่า

ผู้หญิง (3.4 เท่า และ 2.8 เท่า ตามลำดับ) และในผู้หญิงที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรามีความเสี่ยงที่จะมีกลุ่มโรคจิตกักขังร่วมเป็น 3.5 เท่า ของผู้หญิงที่ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา สูงกว่าผู้ชายในกลุ่มเดียวกัน (2.8 เท่า) แต่ในผู้ชายที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา กลับพบความเสี่ยงที่จะมีกลุ่มโรคจิตกักขังร่วมเป็น 3.2 เท่า ของผู้ชายที่ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา สูงกว่าผู้หญิงในกลุ่มเดียวกัน (2.6 เท่า) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 6 ความชุกและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ดื่มสุราแบบ alcohol abuse, alcohol dependence และ alcohol use disorders จำแนกตามเพศ

suicidal	alcohol abuse			alcohol dependence			alcohol use disorders		
	ไม่ป่วย		OR (95%CI)	ไม่ป่วย		OR (95%CI)	ไม่ป่วย		OR (95%CI)
	ร้อยละ (SE)	ป่วย ร้อยละ (SE)		ร้อยละ (SE)	ป่วย ร้อยละ (SE)		ร้อยละ (SE)	ป่วย ร้อยละ (SE)	
affective disorders	1.9(0.2)	2.5(0.7)	1.3(0.7-2.4)	1.5(0.2)	5.2(0.8)	3.7(2.5-5.5)	1.3(0.2)	4.1(0.6)	3.2(2.2-4.6)
ชาย	5.2(0.5)	5.5(1.0)	1.1(0.7-1.6)	4.4(0.5)	10.6(1.4)	2.6(1.7-3.7)	4.3(0.6)	8.5(0.9)	2.1(1.4-3.0)
หญิง	8.6(0.6)	52.6(12.4)	11.8(4.4-31.6)	8.7(0.6)	22.6(5.6)	3.1(1.6-5.8)	8.4(0.6)	31.7(6.5)	5.0(2.7-9.3)
รวม	7.2(0.4)	9.2(2.0)	1.3(0.8-2.1)	7.0(0.4)	12.0(1.4)	1.8(1.4-2.4)	6.9(0.4)	10.9(1.2)	1.7(1.3-2.2)

ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร้อยละ 10.9 พบว่ามีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 31.7 และร้อยละ 8.5 ตามลำดับ) โดยเฉพาะผู้หญิงที่ดื่มแบบอันตรายมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.6) มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และมีความเสี่ยงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ดื่มแบบอันตรายถึง 11.8 เท่า โดยผู้หญิงที่ดื่มแบบอันตรายมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงที่ดื่มสุรา ในขณะที่ผู้ชายพบความชุกของความเสียหายการฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราร้อยละ 10.6 และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่ติดสุรา 2.6 เท่า โดย ผู้ชายติดสุรามีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ชายที่ดื่มแบบอันตราย ดังตารางที่ 6

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาของ alcohol use disorders ในประชากรไทยร้อยละ 10.9 หรือประมาณการเป็นประชากรมากกว่า 5 ล้านคน ถือว่าสูงมากเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศที่มีค่าความชุกประมาณร้อยละ 5.9 (5.2-8.1)¹³ ทั้งนี้การศึกษาในต่างประเทศส่วนใหญ่ ใช้เครื่องมือ Composite International Diagnostic Interview (CIDI) สัมภาษณ์โดยบุคคลทั่วไปที่ผ่านการอบรม ยกเว้นการศึกษาในประเทศอียิปต์ที่ใช้เครื่องมือ M.I.N.I.-Pus¹² และการศึกษา national epidemiologic survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) ที่ใช้เครื่องมือ Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version (AUDADIS-IV)⁶ ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ M.I.N.I. สัมภาษณ์โดยบุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมอย่างเข้มข้น ดังนั้นลักษณะเครื่องมือและคุณสมบัติของผู้สัมภาษณ์ที่แตกต่างกัน อาจมีผลให้ค่าความชุกที่ได้ คลาดเคลื่อนกันได้

อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย การสำรวจระดับชาติวิทยาในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ พบความชุกของปัญหาจากการดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาสูงถึงร้อยละ 28.5 แต่ในการศึกษาครั้งนั้นใช้เครื่องมือ AUDIT ที่มีการรวมกลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) ซึ่งมีลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่นแม้ว่าขณะนี้ผู้ดื่มจะยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใด ๆ ก็ตาม ต่างจากการดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse หรือ harmful drinking) ที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต หรือผล

เสียทางสังคมขึ้นแล้ว ซึ่งพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงนี้ถือว่ามีค่าสำคัญในเชิงสาธารณสุขในการสร้างความตระหนักเพื่อการส่งเสริมป้องกันอันตรายจากการดื่มสุรา¹⁸ แต่เนื่องจากกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงนี้ยังไม่รวมอยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราจึงทำให้พบความชุกที่สูงกว่าความเป็นจริง ในขณะที่การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าในช่วง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์นั้นมีผู้ดื่มอยู่ในปัจจุบันร้อยละ 30.0 โดยดื่มทุกวันร้อยละ 3.8 (1.9 ล้านคน) และ ดื่มวันเว้นวัน (3-4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 2.7 (1.4 ล้านคน) รวมสองกลุ่มนี้ที่คาดว่าประชากรอย่างน้อย 3.3 ล้านคนน่าจะมีปัญหาการดื่มสุรารุนแรง¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของ alcohol dependence ในการสำรวจครั้งนี้ที่พบร้อยละ 6.6 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาคพบว่า ภาคเหนือมีความชุกของ alcohol use disorders สูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพฯ ในขณะที่โครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยการสำรวจครัวเรือนพบความชุกของ alcohol use disorders ในกรุงเทพฯ สูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคเหนือ²⁰ แต่ทั้งสองการศึกษาพบผลที่สอดคล้องกันว่าพบในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงมาก และพบมากในช่วงวัยทำงานตอนต้น (25-34 ปี)

ในการศึกษาส่วนใหญ่พบความชุกของ alcohol abuse สูงกว่า alcohol dependence^{4-6,8,10,11} ยกเว้นการศึกษาจากประเทศออสเตรเลีย⁷ และเกาหลีใต้⁹ ที่พบความชุก alcohol dependence

สูงกว่า alcohol abuse (ร้อยละ 3.5 และ 3 ในออสเตรเลีย และ ร้อยละ 5.0 และ 2.5 ในเกาหลีใต้) เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบความชุกของ alcohol dependence (ร้อยละ 6.6) สูงกว่าความชุกของ alcohol abuse (ร้อยละ 4.2)

ส่วนความชุกของโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา แม้ว่าการศึกษาของ ECA และ NCS จะพบค่อนข้างสูง (ร้อยละ 36.6 และร้อยละ 51 ตามลำดับ)^{14,21} แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบโรคจิตเวชร่วมในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราน้อยกว่ามากเพียงร้อยละ 7.1 เท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อจำกัดของเครื่องมือ M.I.N.I. ที่การหาค่าความชุกในปัจจุบัน (current) ของโรคจิตเวชใด ๆ นั้นมีช่วงเวลากำหนดแตกต่างกันไปในแต่ละโรคตามเกณฑ์วินิจฉัย ตัวอย่างเช่น 2 สัปดาห์ใน major depressive episode หรือ 1 เดือนใน psychosis หรือ 6 เดือนใน generalized anxiety disorder เป็นต้น จึงไม่ได้เป็นค่าความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเท่ากัน ทำให้ได้ค่าที่น้อยกว่าความเป็นจริง อีกทั้งจำนวนโรคทางจิตเวชนั้นในการศึกษาครั้งนี้เลือกมาเพียง 9 โรค 1 ภาวะ ในขณะที่การศึกษาอื่นมีการรวมภาวะ social phobia, specific phobia, personality disorders และ substance use disorders เข้ามาอยู่ในกลุ่มโรคจิตเวชที่ศึกษาด้วย แต่เมื่อพิจารณารายชื่อโรคแล้วพบความชุกของโรคจิตเวชร่วม ที่พบในผู้ติดยาสูงกว่าผู้ติ่มแบบอันตราย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²²

การศึกษานี้พบกลุ่มโรคจิตเวชร่วมในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรามากที่สุด ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรควิตกกังวล และกลุ่มโรคจิต ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา

NESARC ที่พบความชุกของกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากกว่ากลุ่มโรควิตกกังวล⁶ แต่หากเป็นการศึกษาความชุกชั่วชีวิตจะพบว่าผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราพบกลุ่มโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มโรควิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์^{21,22} ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะการดำเนินของกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะรุนแรงเป็นพัก ๆ (episodic) ที่มักสัมพันธ์กับปัญหาการติ่มสุรา และโดยธรรมชาติของโรคที่พบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์

ความชุกของโรคจิตเวชที่พบร่วมในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราบางครั้งอาจไม่สอดคล้องกับความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเวชนั้น ๆ ร่วมเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา ตัวอย่างเช่น major depressive episode พบความชุกร่วมในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราสูง โดยเฉพาะในผู้ติดยา แต่พบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นกว่าผู้ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราเพียงร้อยละ 1.7 ในขณะที่ภาวะ manic episode มีความชุกต่ำในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุราแต่พบความเสี่ยงในการเกิดโรคสูงกว่าผู้ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา 9.5 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ECA ที่พบว่าผู้ติดยามีโอกาสเกิด bipolar disorders เป็น 5.1 เท่าของผู้ไม่ติดยา²¹ และการศึกษา NESARC ที่ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรามีความเสี่ยงในกลุ่ม bipolar I และ bipolar II สูงกว่า major depressive episode⁶ แต่ในการศึกษาในแคนาดา กลับพบความเสี่ยงในการเกิด major depressive disorder ในผู้ติดยาสูงถึง 8.8 เท่าของผู้ไม่ติดยา แต่ไม่มีรายงานเปรียบเทียบกับ bipolar disorders²³

แม้ว่าการศึกษานี้ไม่ได้สำรวจความชุกของ phobia แต่พบความชุกสูงทั้ง panic disorder และ agoraphobia ในผู้ดื่มแบบติดมากกว่าผู้ดื่มแบบอันตราย ในขณะที่โอกาสในการเกิด panic disorder ในผู้ติดสุราเป็น 5.6 เท่าของผู้ไม่ติดสุรา สูงกว่าโอกาสในการเกิด panic disorder ใน ผู้ดื่มแบบอันตรายที่เป็น 1.2 เท่า ของผู้ไม่ดื่มแบบอันตราย สอดคล้องกับการศึกษาของ NESARC⁶ ในขณะที่กลุ่มโรควิตกกังวล ผลการศึกษาจากเกาหลีใต้ พบความชุกของ phobia สูงที่สุดทั้งใน ผู้ติดสุราและ ผู้ดื่มแบบอันตราย ส่วน agoraphobia พบสูงกว่าใน ผู้ดื่มแบบอันตราย และ panic disorder พบสูงกว่าในผู้ดื่มแบบติด²⁴ ซึ่งผลการทบทวนวรรณกรรม ความสัมพันธ์ระหว่าง alcohol use disorders และ panic disorder อาจเป็นทั้งเหตุที่การดื่มสุราช่วยลดอาการ panic หรือผลจากการดื่มสุราทำให้ไวต่อ CO₂ กระตุ้นให้เกิดอาการ panic หรืออาจเป็นกลไกที่ไม่เกี่ยวข้องกัน²⁵

หากพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศจากการศึกษานี้พบว่าผู้หญิงที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรามีความชุกโรคจิตเวชร่วมมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 13.1 และร้อยละ 6.4) สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา^{22,24} และผู้ชายที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรามีความชุกของกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากกว่ากลุ่มโรควิตกกังวล ในขณะที่ผู้หญิงที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรากลัพบความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลมากกว่า กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ผลการศึกษาในไทยยืนยันการค้นพบสอดคล้องกับการศึกษาทั่วโลกว่า การติดสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญปัจจัยหนึ่งต่อภาวะมาต้วตายและ กลุ่มผู้หญิงที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรามีความชุก

การมาต้วตายสูงกว่าผู้ชายเกือบ 3 เท่า²⁶ จากการศึกษาพบว่าผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรามีความเสี่ยงในการมาต้วตายสูงเป็น 1.7 เท่าของผู้ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา และผู้หญิงมีความเสี่ยงในการมาต้วตายสูงมากกว่าผู้ชายที่น้ำหนักคือผู้ชายติดสุรามีความเสี่ยงในการมาต้วตายสูงกว่าผู้ชายที่ดื่มแบบอันตราย แต่ผู้หญิงที่ดื่มแบบอันตรายกลับมีความเสี่ยงในการมาต้วตายสูงกว่าผู้หญิงที่ติดสุรา ส่วนผู้ติดสุราพบความชุกของความเสี่ยงการมาต้วตายเป็นร้อยละ 12.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy และ Wetzel ที่พบว่าความเสี่ยงการเสียชีวิตชั่วชีวิตจากการมาต้วตายในผู้ติดสุราพบประมาณร้อยละ 11-15 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปที่ไม่เจ็บป่วยทางจิตเวชถึง 60-120 เท่า²⁷

แม้ว่าในประเทศไทยจะไม่เคยมีการศึกษาระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรามาก่อน แต่พบการศึกษาโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด²⁸ ซึ่งถือเป็นกลุ่มผู้ติดสุรารุนแรงที่แสวงหาการบำบัดรักษา พบมีโรคจิตเวชร่วมถึงร้อยละ 60.0 และกลุ่มโรคจิตเวชที่พบร่วมมากที่สุดคือกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ แต่รองลงมาเป็นกลุ่มโรคจิตและโรควิตกกังวลตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ติดสุราที่รับการรักษา มักมีประสบการณ์อาการถอนพิษสุรา ซึ่งอาการโรคจิตเป็นอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในขณะถอนพิษ

สรุป

ความชุกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ในประชากรไทย

ร้อยละ 10.9 หรือประมาณการเป็นประชากรมากกว่า 5 ล้านคน และในจำนวนนี้พบโรคจิตเวชใด ๆ ร่วมร้อยละ 7.1 โดยเฉพาะกลุ่มโรคทางอารมณ์พบได้สูงที่สุด จึงควรคำนึงถึงบริการสุขภาพที่เฝ้าระวังและครอบคลุมปัญหาดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กรมสุขภาพจิต สนับสนุนงบประมาณดำเนินการ และแผนงานการพัฒนากระบวนการแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) สนับสนุนงบประมาณการวิเคราะห์ข้อมูล และคณะกรรมการล่าวจรบรรดาวิทยาลัยสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี ๒๕๕๑

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM-IV). Washington DC:APA; 1994.
2. World Health Organization. Tenth revision of the international classification of diseases and related health problems (ICD-10). Geneva: WHO; 1992.
3. McCabe D, Holmwood C. Comorbidity of mental disorders and substance use in general practice. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Ageing, 2003.
4. Kessler Rd, 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;62:593-602.
5. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:617-27.
6. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Arch Gen Psychiatry 2007;64:830-42.
7. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. Br J Psychiatry 2001;178:145-53.
8. Herman A, Stein DJ, Seedat S, Heeringa SG, Moomal H, Williams DR. The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. S Afr Med J 2009;99:339-44.
9. Hahm BJ, Cho MJ. Prevalence of alcohol use disorder in a South Korean community. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:114-9.
10. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. Br J Psychiatry 2007;190:521-28.
11. Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. Br J Psychiatry 2006; 188:465-71.
12. Ghanem M, Gadallah M, Meky FA, Mourad S, El-Kholy G. National survey of prevalence of mental disorders in Egypt: preliminary survey. Eastern Mediterranean Health Journal 2009;15: 65-75.
13. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu J, Clarke D, Alexandre P. The burden of mental disorders. Epidemiol Rev 2008;30:1-14.

14. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
15. อรุณรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักคนพิน กิตติรักษณนท์, วรธรรม จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2544;46:335-43.
16. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์นา กิตติรัตน์ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2547;12:177-88.
17. พันธุ์นา กิตติรัตน์ไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548; 13:125-35.
18. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
19. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมงคล, กมลาวรรณพร, โสภิต นาสืบ, แวดาว พิมพ์พันธ์ดี, กัณณพนธ์ ภักดีเศรษฐกุล. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๑. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; ๒๕๕๑.
20. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S and Lertnakorn A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the national household survey of 2007. *Alcohol & Alcoholism*, 2010;1-8.
21. Regier D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keith S, Judd L, Goodwin F. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other alcohol and other drug abuse: results from the ECA study. *JAMA* 1990;264:2511-8.
22. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:313-21.
23. Wang J, El-Guebaly N. Sociodemographic factors associated with comorbid major depressive episodes and alcohol dependence in the general population. *Can J Psychiatry* 2004;49:37-44.
24. Cho MJ, Hahm BJ, Suh T, Suh GH, Cho SJ, Lee CK. Comorbid mental disorders among the patients with alcohol abuse and dependence in Korea. *J Korean Med Sci* 2002;17:236-41.
25. Cosci F, Schruers KR, Abrams K, Griez EJ. Alcohol use disorders and panic disorder: a review of the evidence of a direct relationship. *J Clin Psychiatry* 2007;68:874-80.
26. ประเวศ ดันติพัฒน์สกุล, และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. มาตั่วตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. เชียงใหม่: นนบุรีการพิมพ์; 2542.
27. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:383-92.
28. อรัญญา แพทย์, นรัญญา ศรีบุรพา. ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2552;54:63-74.