



นิพนธ์ต้นฉบับ การศึกษาสภาวะการฆ่าตัวตายและซึมเศร้าของผู้ที่มีปัญหา การดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชซึ่งได้รับการรักษา แบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ปทานนท์ ขวัญสนิท* บุญศิริ จันทิริมงคล*
อุณจิตร คุณารักษ์** ลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์**
เพ็ญพักตร์ คารากร ณ อยุธยา** สาวิตรี สุริยะฉาย**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาวะการฆ่าตัวตายและซึมเศร้าในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช

วัสดุและวิธีการ : เชิงพรรณนาเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2554 ถึง 31 มกราคม 2555 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่ได้รับการวินิจฉัยหลักหรือรองว่าเป็นโรคแอลกอฮอล์ (F10.XX) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (ICD-10) คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 100 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของประชากรเปรียบเทียบสภาวะการฆ่าตัวตายและระดับ ความซึมเศร้าในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชด้วยไคสแควร์ (chi-square)

ผล : จากผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา 100 ราย พบผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม 96 รายซึ่งในจำนวนนี้พบผู้ที่มีสภาวะการฆ่าตัวตาย 42 ราย (ร้อยละ 43.75) พบว่าโรคร่วมจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่พบสภาวะการฆ่าตัวตายสูงสุดได้แก่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตและใช้สารเสพติดร่วมคือ 14 ราย (ร้อยละ 14.58) ผู้ป่วยที่มีสภาวะการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราซึ่งมีโรคร่วมจิตเวชร้อยละ 33.3 มีระดับภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยและร้อยละ 47.6 ไม่พบภาวะซึมเศร้าแต่อย่างใดซึ่งแตกต่างจากระดับภาวะซึมเศร้าอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมซึมเศร้าพบในเพศหญิงและมักมีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง ส่วนในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตร่วมสามารถพบสภาวะการฆ่าตัวตายโดยไม่พบภาวะซึมเศร้าหรือมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ดังนั้นการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชควรคำนึงถึงภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายด้วย

คำสำคัญ : ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช, โรคซึมเศร้า, การฆ่าตัวตาย

*จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



SUICIDALITY AND DEPRESSION IN PATIENT WITH CO-OCCURRING ALCOHOL USE DISORDER AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Patanon Kwansanit Boonsiri Junsirimongkol*
Unjit Khunarak** Loogjun Wittayathawornwong**
Penpak Darakorn** Sawitree Suriyachai***

Abstract

Objective : To study suicidality and depression in patient with co-occurring alcohol use disorder admitted at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Method : A descriptive study using data collected from 100 patients admitted at SomdetChoapraya Institute of Psychiatry during November 1, 2011 to January 31, 2012 with the main or additional diagnosis of alcohol use disorders according to ICD-10's category (F.10.xx) demographic data, suicidality and level of depression in patients with co-occurring psychiatric disorder were analyzed.

Results: Total numbers of alcohol use disorder patients are 100, the 96 co-occurring patients included into the study- 42 reported suicidality (43.75 %). Those with the most suicidality is the patients having alcohol use disorders with co-occurring substances use disorders (N=14, 14.58%). Only 33.3% of alcohol use disorder patients with co-occurring psychiatric disorders have mild degree of depression and no depression in 47.6% which is statistically significant from other degrees.

Conclusion: Most of patients with co-occurring major depressive disorder are female with severe level of depression. Alcohol used disorders patients with co-occurring psychotic disorders exhibit higher suicidality even without or with mild level of depression. It is therefore advantageous to screen all alcohol use disorder patients with co-occurring psychiatric disorders for depression and suicide.

Keywords : co-occurring, alcohol use disorder, psychiatric disorders, major depressive disorder, suicide.

*psychiatristat, Somdet chaopraya Institute of Psychaitry

**registered nurse, Somdet chaopraya Institute of Psychaitry

บทนำ

จากสถิติในต่างประเทศของผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความรุนแรงพบว่าร้อยละ 55.7 ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในช่วงที่มีภาวะพิษของแอลกอฮอล์¹ การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยๆ จะทำให้ผู้ดื่มตื่นตัวลดลง สมาธิและการทำงานของกล้ามเนื้อบกพร่องความยับยั้งชั่งใจลดลงผู้ดื่มจะมั่นใจมากขึ้นและกล้าแสดงออกแต่แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้นนั้นทำให้บุคคลมีแนวโน้มก้าวร้าวมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมและความเสี่ยง ต่อการพยายามทำร้ายตนเองมากขึ้น² พบว่าผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราจะมีความคิดฆ่าตัวตายได้สูงในช่วงที่ดื่ม แอลกอฮอล์อย่างหนักและระยะแรกของการถอนพิษสุรา³ อาการถอนพิษอาจมีอาการ หงุดหงิดความดันโลหิตสูงหน้าแดงใจเต้นเร็วอาการทางระบบประสาทอาจเกิดอาการประสาทหลอนแปลสิ่งเร้าผิดและเป็นปัจจัยส่งเสริมปัจจัยหนึ่งให้เกิดการฆ่าตัวตายได้เช่นกันโดยมีการศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ที่มีภาวะติดสุรานั้นมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนที่ไม่มีภาวะติดสุราถึง 75 เท่า^{4,5} จากการสำรวจความชุกของภาวะสุขภาพจิตคนไทยจำนวน 17,140 ราย พบปัญหาความผิดปกติของการดื่มสุราจำนวนร้อยละ 10.9 โดยพบร่วมกับกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุดคือร้อยละ 4.6⁶ ซึ่งส่วนใหญ่คือโรคซึมเศร้า^{7,8} และผู้ป่วยสุราเรื้อรังมักสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าที่รุนแรง⁹ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อดื่มสุราสามารถทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงมากยิ่งขึ้นและมี แนวโน้มฆ่าตัวตายสูงขึ้นด้วย¹⁰ ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 พบว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะ

ทำการฆ่าตัวตายซึ่งสาเหตุสำคัญคือภาวะซึมเศร้าและการดื่มแอลกอฮอล์^{11,12} มีข้อสันนิษฐานว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและมีประวัติของการติดสุราพร้อมด้วยมักมีความคิดทำร้ายตัวเองเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติของการติดสุราโดยการดื่มสุรามากมาเป็นเวลานานอาจเพิ่มความคิดฆ่าตัวตายของผู้ดื่มสุราอย่างน้อย 50 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป^{13,14} จากสถิติการรับไว้ในโรงพยาบาลของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาในปี 2552-2554¹⁵ พบว่ามีจำนวน 153 ราย, 160 ราย และ 168 รายตามลำดับแสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่มีการศึกษาว่าผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษามีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นอย่างไโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชด้วยการศึกษครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นการพัฒนาคัดกรองเฝ้าระวังและวางแผนทางการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ศึกษากับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาซึ่งได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2554 - 31 มกราคม 2555 โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแอลกอฮอล์ (F10.xx) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) และกลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบัน

จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาซึ่งได้รับการวินิจฉัยหลักหรือรองว่าเป็นโรคแอลกอฮอล์ (F10.xx) ไม่จำกัดเพศและอายุซึ่งได้จากการสุ่มแบบเจาะจงจำนวน 100 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

คำนิยามสภาวะการฆ่าตัวตาย (suicidality) หมายถึง ความคิดหรือปรารถนาเกี่ยวกับการตาย (dead wish), ความคิดฆ่าตัวตาย (suicide idea) หรือการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) อย่างใดอย่างหนึ่ง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยหลักหรือรองว่าเป็นโรคแอลกอฮอล์(F10.xx)ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโรค(ICD10)
2. ยินยอมเข้าร่วมสัมภาษณ์และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. รับการรักษาในสถาบันอย่างน้อย 3 สัปดาห์
4. อาการทางจิตทุเลาสามารถพูดคุยสื่อสารเรื่องโดยได้คะแนน BPRS < 36 คะแนน
5. ความจำในการตอบคำถามพอใช้ได้คะแนน TMSE $\geq$ 24 คะแนนขึ้นไป

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยนอก
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย โดยประเมินจาก BPRS $\geq$ 36 คะแนน
3. ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 สัปดาห์

4. มีคะแนน TMSE < 24

5. ไม่สมัครใจเข้าร่วมการสัมภาษณ์

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สุราและสารเสพติดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายข้อมูลการเข้าบำบัดรักษา

ส่วนที่ 2 การประเมินความพร้อมผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ร่วมการวิจัยได้แก่ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ได้รับการพัฒนาโดย Overall และ Gorham ใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเครื่องมือนี้ ภัทรา อธิลาภ (2531) ได้หาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.816 และ Thai mental status examination (TMSE) โดย นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ¹⁷

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองการดื่มสุรา Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปิรทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์¹⁸ (2552) จุดตัดคะแนน AUDIT ที่ 8 คะแนนบ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหาด้วยค่าความไวที่ประมาณ 0.95 และค่าความจำเพาะเฉลี่ยประมาณ 0.8 และแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวชและสภาวะการฆ่าตัวตาย Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) 5.0.0-Thai version-revised 2007 โดยพัฒนาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ซึ่งพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์และมธุรีน คำวงศ์ปิ่น¹⁹ มีค่า kappa ค่าความไวและค่าความคาดหมายเป็น 0.75, 0.81 และ 0.81ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะแปรและทดสอบเครื่องมือโดยมาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง²⁰ มี interrater reliability ของแบบวัดมีค่า kappa เท่ากับ 0.87 ความแม่นยำของแบบวัดมีค่า $\kappa = -0.8239$ และความสอดคล้องภายใน (internal consistencies) = 0.7380 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของประชากรและพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และโรคจิตเวช (M.I.N.I.) Module A, K และ L หาความสัมพันธ์ของสภาวะการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) Module C และระดับความซึมเศร้าระหว่างผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชด้วยไคสแควร์ (chi-square) และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ชี้แจงอย่างละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และหากผู้ป่วยไม่เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ โดยจะไม่เกิดผลเสียใดๆ ต่อตัวผู้ป่วย และวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันฯ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม

ผลการศึกษา

จากผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราทั้งหมด 100 ราย พบว่าผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 94) อายุต่ำกว่า 40 ปี (ร้อยละ 57) อายุเฉลี่ย 34.09 ปี การศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 50) สถานภาพโสด (ร้อยละ 56) ร้อยละ 11 มีประวัติฆ่าตัวตายในรอบครัวร้อยละ 14 มีประวัติการฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาซึ่งวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ กินยา/สารพิษ ลำดับถัดมาคือ กรีด/แทงตัวเองและทำให้อัตนเองได้รับอุบัติเหตุ (เช่น วิ่งให้รถชน) ในจำนวนที่เท่ากันดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา(N=100)

ลักษณะทางประชากร	ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	94
หญิง	6	6
อายุ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 34.09 ± 9.88)		
น้อยกว่า 20 ปี	1	1
20-30	20	20
31-40	36	36
41-50	34	34
51-60	7	7
มากกว่า 60 ปี	2	2
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	5	5
ประถม	45	45
มัธยมต้น	17	17
มัธยมปลาย/ปวช.	26	26
อนุปริญญา/ปวส.	7	7
สถานภาพสมรส		
โสด	56	56
คู่	18	18
แยก/หย่า/หม้าย	26	26
ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว		
ไม่มี	89	89
มี	11	11
ประวัติการฆ่าตัวตายในช่วงปีที่ผ่านมา		
ไม่มี	86	86
มี	14	14
วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้ในช่วงปีที่ผ่านมา		
กรีด/แทงตัวเอง	3	3
แขวนคอ	1	1
กระโดดจากที่สูง	1	1
ทำให้ตนเองได้รับอุบัติเหตุ (เช่น วิ่งให้รถชน)	3	3
กินยา/สารพิษ	4	4
อื่นๆ	2	2

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา 100 ราย แบ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช 96 ราย และผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเพียงอย่างเดียว 4 ราย ซึ่งทั้งหมดมีสภาวะการฆ่าตัวตาย เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช พบผู้ป่วยที่มีสภาวะการฆ่าตัวตาย 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.58 ของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วม

จิตเวชทั้งหมด พบโรคร่วมจิตเวชต่างๆเรียงตามลำดับดังนี้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตและใช้สารเสพติดร่วมพบมากที่สุดถึง 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.58 ลำดับถัดมาคือผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตร่วมร้อยละ 5.21 และผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคซึมเศร้าและโรคจิตร่วมร้อยละ 4.17 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สภาวะการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช (N=96)

สภาวะการฆ่าตัวตาย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	54	56.25
มี	42	43.75
มีปัญหาการดื่มสุราเพียงอย่างเดียว (AUD only)	4	4.17
มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช (AUD with CODs)	38	39.58
SUD	2	2.08
Psychotic Disorder	14	14.58
Psychotic Disorder	5	5.21
MDE and Psychotic Disorder	4	4.17
MDE, Manic and Psychotic Disorder	2	2.08
MDE, SUD and Psychotic Disorder	2	2.08
MDE, Manic, SUD and Psychotic Disorder	1	1.04
Manic and Psychotic	3	3.13
Manic and SUD	1	1.04
Manic, SUD and Psychotic	1	1.04
PD and SUD	2	2.08
Others	1	1.04

*AUD= Alcohol Use Disorder, CODs= Co-Occurring Disorders, SUD= Substance Use Disorder,

MDE= Major Depressive Episode, PD= Personality Disorder

สำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชซึ่งมีสภาวะการฆ่าตัวตายทั้งหมด 42 ราย พบภาวะซึมเศร้ารวมทุกระดับ 22 รายคิดเป็นร้อยละ 52.4 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ร้อยละ 33.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเพียงร้อยละ 14.3 และมีจำนวนถึงร้อยละ 47.6 (20 ราย) ที่ไม่พบภาวะซึมเศร้าเลย ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับซึมเศร้ากับภาวะสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายในผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช (N=96)

ระดับภาวะซึมเศร้า	สภาวะการณ์ฆ่าตัวตาย		รวม จำนวน N=96	p-value
	ไม่มี (N=54, (%))	มี (N=42, (%))		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	36 (66.7)	20 (47.6)	56	.025*
เล็กน้อย	16 (29.6)	14 (33.3)	30	
ปานกลาง	2 (3.7)	2 (4.8)	4	
มาก	0	6 (14.3)	6	

* p< .05

วิจารณ์

ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตเวช รวมทั้งหมด 96 รายจากผู้มีปัญหาการดื่มสุราทั้งหมด 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 20-40 ปี สถานภาพโสดซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจระดับชาติ 2556 ยกเว้นอัตราส่วนผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชซึ่งพบสูงมากในการศึกษานี้ (ร้อยละ 96) และสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายที่พบสูงถึง ร้อยละ 43.75 อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคร่วมทางจิตเวชและพบสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายได้สูง (selection bias)

โรคร่วมทางจิตเวช 3 อันดับแรกในผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายได้แก่ ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตและใช้สารเสพติดร่วม ร้อยละ 14.58 ลำดับถัดมา คือ ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตร่วม ร้อยละ 5.21 และลำดับสุดท้าย คือผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคซึมเศร้าและโรคจิตร่วม ร้อยละ 4.17 เป็นที่ทราบกันว่าโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักพบ

ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย²¹ แต่จากการศึกษาที่พบว่าผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชที่พบสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งอาจมีผลมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและยังเป็น ผู้ป่วยซึ่งมีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดอื่นร่วมซึ่งมักพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง²² นอกจากนี้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต (Psychotic Disorders) จึงพบว่าผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่พบสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายมากที่สุดจึงเป็นผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตและใช้สารเสพติดร่วม

ผลการศึกษาอาจช่วยสนับสนุนว่าโรคซึมเศร้าที่พบในผู้มีปัญหาการดื่มสุรานั้นเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งของการเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการว่าการดื่มสุราและโรคซึมเศร้าจะเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากกว่าการดื่มสุราหรือโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง^{10,23}

ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายทั้งหมด 42 รายส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 81 กลับไม่พบภาวะซึมเศร้าหรืออาจพบภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยเท่านั้นและพบภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงเพียงร้อยละ 14.3 เท่านั้นซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากผลการศึกษาหนึ่งในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและสุราพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายช่วงระยะการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ดีแต่ภาวะซึมเศร้าไม่สามารถทำนายการพัฒนาการเกิดการพยายามฆ่าตัวตายได้ ในขณะที่ภาวะวิตกกังวล (anxiety), กระสับกระส่าย (agitation) และการควบคุมตัวเองที่ไม่ดี (poor impulse-control) ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชต่างๆ เช่น Panic disorder, Bipolar disorder, Conduct disorder และ Substance use disorder กลับเป็นตัวทำนายการเกิดการวางแผน และพยายามฆ่าตัวตายได้ดีกว่าภาวะซึมเศร้า²⁴ ข้อมูลดังกล่าวอาจช่วยสนับสนุนว่าผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชนั้นสามารถพบสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายได้แม้ว่าจะไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือพบภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย ดังนั้นการคัดกรองสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายในผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชและมีภาวะซึมเศร้าอย่างชัดเจนอาจเกิดประโยชน์น้อยแต่การประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้มีปัญหาการดื่มสุราทุกรายที่มีโรคร่วมจิตเวชจึงน่าจะเกิดประโยชน์มากกว่าและสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชได้มากกว่า เช่น ในผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตร่วมเป็นต้น

สรุป

ในผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วยนั้นพบสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายสูงขึ้นและผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ป่วยด้วยโรคจิตร่วมด้วยนั้นมีโอกาสพบสภาวะการณ์ฆ่าตัวตายโดยไม่พบภาวะซึมเศร้าร่วมหรือมีภาวะซึมเศร้าที่ระดับเล็กน้อยซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชโดยเฉพาะโรคจิตร่วมควรจะต้องคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายทุกราย

ข้อจำกัด

เนื่องจากการเป็นนักศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชในขณะที่ผู้ที่ไม่มีปัญหาการดื่มสุราที่ไม่มีโรคร่วมจิตเวชพบน้อยกว่ามากจึงไม่สามารถเปรียบเทียบสองกลุ่มได้ ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 สัปดาห์ซึ่งบางส่วนอาจยังมีอาการซึมเศร้าจากการดื่มสุรา (Alcohol induced depressive disorder) หรืออาการซึมเศร้าจากการถอนสุรา (Alcohol withdrawal symptoms) ทำให้การประเมินโรคซึมเศร้าอาจคลาดเคลื่อน ส่วนการประเมินภาวะฆ่าตัวตายโดยเครื่องมือ M.I.N.I. ไม่สามารถบอกได้ว่าความเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นความเสี่ยงระยะเฉียบพลันหรือระยะยาวซึ่งอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ของโรคซึมเศร้าที่พบในปัจจุบัน และการศึกษานี้ ไม่ได้แยกระดับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับระดับซึมเศร้าที่พบ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ไม่มีโรคร่วมจิตเวชด้วย และควรทำ

ศึกษาเพิ่มเติมเรื่องการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตร่วมเพราะพบเป็นจำนวนมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารระดับสูงของแผนงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.) โดยเฉพาะแพทย์หญิงพันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์ ผู้จัดการแผนงานสำหรับการสนับสนุนและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Skibina, L., Bilbanb, M., & Balazice, J. Harmful alcohol use of those who died a violent death (the extended region of Ljubljana 1995-1999). *Forensic Science International* 2005;147(1):49-52.
2. เบญจพร ปัญญาข. การปฐมพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพมหานคร: วนิตการพิมพ์; 2552
3. Cornelius, J.R., Salloum, I.M., Mezzich, J., Cornelius, M.D., Fabrega, H., Jr., Emter, J.G. et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal Psychiatry* 1995;152(3):356-64.
4. Sadock, B.J. and Sadock, V.A. Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 4th ed. Newyork: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
5. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: ; 2550.
6. บุญศิริ จันศิริมงคลและคณะ. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2554; 19(2): 88-102.
7. เอี่ยมเดือน เนตรแหม. ความกิดอัดโนมิติ ด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
8. ปุณยาภา คำบุญเรือง. ผลของการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุราโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2553.
9. Delgado and Moreno. Perspective on neuroscience and behavior: Genetics Stress and Alcoholism. *The Neuroscientist* 2002;8:521-22.
10. นฤมล อารยะพิพัฒน์และสมพร รุ่งเรือง กลกิจ. การพัฒนาระบบการประเมินและจัดการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น. ขอนแก่น: กลุ่มภารกิจบริการวิชาการศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น; 2551.

11. Eloise Cooper. Dual Diagnosis 2006. [online]. Available from: <http://www.nida.nih.gov>. [2009, July 19].
12. Katherine M. Harris and Mark J. Edlund. Use of Mental Health Care and Substance Abuse Treatment Among Adults With Co-occurring Disorder 2005. [online]. Available from: <http://ps.psychiatryonline.org>. [2009, June 25].
13. Basant, K.P., Laking, J.P., & Treasaden, H.I. 200. Textbook of Psychiatry. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 2005.
14. ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์. การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนสาเหตุและการป้องกัน. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์; 2542.
15. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. รายงานประจำปี: สถิติผู้ป่วยนอกและใน. งานแผนงานและสถิติ; 2553.
16. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Report. 1962; 10:799-812.
17. นิพนธ์ พวงวิจิตรและคณะ. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช 2536; 45(6) : 359- 374
18. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ทานตะวันเปเปอร์จำกัด; 2552
19. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2548.
20. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์สุขยิ่ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(4): 235-246.
21. Ronald C. Kessler. Epidemiology of women and depression. Journal of Affective Disorders 2003; 74:5-13.
22. Rudolf E. Noble. Depression in women. Metabolism - Clinical and Experimental 2005; 54:49-52.
23. Ochoa E., Vicente N. Depression and substance abuse. European Psychiatry 1996; 11: 324.
24. M K Nock, I Hwang, NA Sampson and RC Kessler. Mental Disorders, Comorbidity and Suicidal Behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry 2010; 15(8): 868-876.