



ความชุกของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แพนกวผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์

สมจิตร มณีกานนท์ พย.บ*, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล พบ.**,

วิจิตรา พิมพ์นิธย์ พย.บ*, นิตยา จรัสแสง พย.ม*, ขวัญสุดา บุญทศ พย.ม*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแยกระดับความเสี่ยง และเหตุผลที่ใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาแพนกวผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยทั้งเก่าและใหม่ที่มารับบริการห้องตรวจจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2555 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยโรคจากอาจารย์จิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและเหตุผลที่ใช้สารเสพติด 2) แบบคัดกรองประสบการณ์ในการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดตัวอื่นๆ ชื่อ Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test version 3.1 (ASSIST V3.1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 390 ราย พบความชุกของการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงชีวิตและช่วง 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 86.2 และ 47.9 ตามลำดับ และแบ่งระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด เป็น เสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 54.8, 32.7, และ 12.5 ตามลำดับ เมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้อยู่ 5 อันดับแรก คือ สุรา ยาสูบ กัญชา ยาบ้า และกานแฟ คิดเป็นร้อยละ 81.5, 54.9, 21.3, 20.0, และ 18.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้แบบเสี่ยงสูงเรียงลำดับจากมากสุด ได้แก่ ยาสูบ สุรา กานแฟ และยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 14.0, 4.8, 2.8 และ 1.3 เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 13.7, 6.0, 4.5 และ 1.9 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการสูบบุหรี่แบบเสี่ยงสูงร้อยละ 10.7 มากกว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่พบเพียงร้อยละ 6.0 ขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สุราแบบเสี่ยงสูงร้อยละ 3 แต่ไม่พบในโรคไบโพลาร์ เหตุผลการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ คือ เพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคมร้อยละ 24.4 อยากรู้จักอาการเบื่อ เหงา ร้อยละ 15.7 และอยากแก้อาการข้างเคียงของยาจิตเวช ร้อยละ 7.0

สรุป ความชุกช่วงชีวิตและ 3 เดือนของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบร้อยละ 86.2 และ 47.9 เป็นการใช้แบบเสี่ยงปานกลางและสูง พบร้อยละ 32.7 และ 12.5 สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดแบบเสี่ยงสูง คือ ยาสูบร้อยละ 14.0 และสุราร้อยละ 4.8 ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชทุกรายควรได้รับการคัดกรองการใช้สารเสพติด และให้รักษาควบคู่กับโรคจิตเวชแบบบูรณาการ การใช้แบบคัดกรองชื่อ ASSIST ฉบับภาษาไทย สามารถนำมาใช้คัดกรองการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชได้ไม่ยาก

คำสำคัญ ความชุก ผู้ป่วยนอกจิตเวช การใช้สารเสพติด แบบคัดกรอง ASSIST

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(4): 371-380

* งานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** coresponding author, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Prevalence of Substance Use in Psychiatric Outpatient Clinic at Srinagarind Hospital

Somjit Maneeganol B.N.S*, Suwanna Arunponpaisal M.D.** , Vijitta Pimpanit B.N.S.* ,
Nittaya Jarassaeng M.N.S*.M.N.S*., Kwansuda Boontoch

ABSTRACT

Objectives : To explore the prevalence of substance use and degree of risky use and reasons of substance use among the psychiatric outpatients at Srinagarind hospital.

Methods : A cross-sectional descriptive study was conducted. Subjects had been selected by consecutive sampling among new and old Thai psychiatric patients who visiting at psychiatric outpatient clinic in Srinagarind hospital during September 1, 2012 to August 31, 2013. All subjects had been interviewed by clinical psychiatrists and giving diagnosis based on ICD-10 diagnostic criteria. Instruments in this study used the structure Interview questionnaire to collect demographic data, the substance use by using the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test version 3.1 (ASSIST V3.1). Data analysis used demographic statistic such as mean, standard deviation and percentage.

Results : From total subjects of 390 cases, the lifetime and 3-month prevalence of any substances use were 86.2% and 47.9%, respectively. There were classified to low, moderate, and high risky use of any substances as 54.8%, 32.7%, and 12.5%, respectively. The top of 5 common substances that patients had ever used were alcohol (81.5%), tobacco (54.9%), cannabis (21.3%), methamphetamine (20.0%), and caffeine (18.7%). The prevalence of high risky use for tobacco, alcohol, caffeine, and methamphetamine among psychiatric outpatients were 14.0%, 4.8%, 2.8%, and 1.3%, respectively. Prevalence of high risky use for any substances among schizophrenia, bipolar disorder, anxiety disorders and depressive disorder were 13.7%, 6.0%, 4.5%, and 1.9%, respectively. Patients with schizophrenia demonstrated high-risk use of tobacco (10.7%) which was higher than that for patients with bipolar disorders (6.0%), while there was a high-risk use of alcohol among schizophrenia was 3.0% that not found in bipolar patients. Most common reasons of substance use were for social recreation (24.4%), for relief from dysphoric mood and loneliness (15.7%), and for relief from adverse effects of psychotropic drugs (7.0%).

Conclusion : The lifetime and 3-month prevalence of substance use among psychiatric outpatients were 86.2% and 45.24%, respectively. Prevalence of moderate and high risky use were 32.7% and 12.5%, respectively. The most common type of substance that high risky use pattern was tobacco (14.0%) and alcohol (4.8%). Therefore, all psychiatric patients should be screened for substance use and received integrated treatment of comorbidity, and the ASSIST can be used conveniently among psychiatric outpatients.

Keywords : prevalence, psychiatric outpatients, substance use disorders, ASSIST

J Psychiatr Assoc Thailand 2014; 59(4): 371-380

* Nursing division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

** corresponding author, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

บทนำ

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาในระดับชาติในต่างประเทศครั้งแรกของ Robins และ Regier เมื่อปี ค.ศ. 1991 ได้แสดงถึงความชุกของการเกิดโรคร่วมระหว่างโรคจิตเวชและปัญหาการใช้สารเสพติดว่าผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 29 มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมด้วย โดยแบ่งเป็นความผิดปกติของการดื่มสุราร้อยละ 22 และความผิดปกติของการใช้สารเสพติดอื่นร้อยละ 15 โรคจิตเวชที่พบร่วมกับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดมากที่สุดคือโรคบุคลิกภาพบกพร่องชนิดต่อต้านสังคมซึ่งพบว่ร้อยละ 84 ของผู้ป่วยโรคนี้มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแบ่งเป็น ปัญหาการดื่มสุราร้อยละ 74 และปัญหาการใช้สารเสพติดอื่นร้อยละ 42 โรคจิตเวชอันดับสองคือโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 47 มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแบ่งเป็นปัญหาการดื่มสุราร้อยละ 34 และปัญหาการใช้สารเสพติดอื่นร้อยละ 28 อันดับสามคือโรคความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 32 มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดแบ่งเป็นปัญหาการดื่มสุราร้อยละ 22 และปัญหาการใช้สารเสพติดอื่นร้อยละ 19 ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราร้อยละ 37 มีโรคจิตเวชร่วมด้วยซึ่งพบร่วมกับโรควิตกกังวลมากที่สุด (พบร้อยละ 19) รองลงมาคือบุคลิกภาพบกพร่องชนิดต่อต้านสังคม (พบร้อยละ 14) ความผิดปกติทางอารมณ์ (พบร้อยละ 13) และโรคจิตเภท (พบร้อยละ 4)¹ และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดอื่นประมาณครึ่งหนึ่งมีโรคจิตเวชร่วมด้วยซึ่งพบว่พบร่วมกับโรควิตกกังวลมากที่สุด (พบร้อยละ 28) รองลงมาคือความผิดปกติทางอารมณ์ (พบร้อยละ 26) บุคลิกภาพบกพร่องชนิดต่อต้านสังคม (พบร้อยละ 18) และโรคจิตเภท (พบร้อยละ 7)² สอดคล้องกับการศึกษาของ Keller และคณะในการสำรวจภาวะโรคร่วม

ระดับชาติในประเทศสหรัฐอเมริกาที่รายงานความชุกของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดสูงในผู้ป่วยจิตเวช³ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ Farrell และคณะ เมื่อปี ค.ศ. 1998 สำรวจระบาดวิทยาเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับความเจ็บป่วยทางจิตใจในประชากรสามกลุ่มคือประชาชนทั่วไป 10,000ครัวเรือน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล 755 ราย และกลุ่มประชากรเร่ร่อน 1,061 ราย ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างจากเครื่องมือ clinical interview schedule revised (CIS-R) โดยผู้ช่วยนักวิจัย ในรายที่ผลทดสอบเป็นบวกส่งตรวจจิตแพทย์เพื่อการวินิจฉัย ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีมากที่สุดคือร้อยละ 74 รองมาคือในกลุ่มประชากรเร่ร่อนพบร้อยละ 70 และในประชากรทั่วไปพบเพียงร้อยละ 31 เมื่อแบ่งเป็นคนสูบบุหรี่หนัก (heavy smokers) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชพบร้อยละ 50 ในกลุ่มประชากรเร่ร่อนพบร้อยละ 34 และในกลุ่มประชากรทั่วไปพบเพียงร้อยละ 11 ความชุกของโรคติดยาในกลุ่มประชากรเร่ร่อนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 21 รองมาคือในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 7 และในประชากรทั่วไปพบเพียงร้อยละ 5 ส่วนความชุกของการใช้สารเสพติดอื่นพบว่ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไปพบเพียงร้อยละ 5 เมื่อแบ่งเป็นชนิดโรคจิตเวชพบโรควิตกกังวลมากที่สุดคือร้อยละ 22 รองมาคือโรคความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 18 และโรคจิตเภทร้อยละ 7 เมื่อเร็ว ๆ นี้มีรายงานโดย Genetic Science Learning Center ของมหาวิทยาลัย Utha Health Sciences ว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ชนิดที่ 1 มีความชุกของการติดยาเสพติดมากที่สุดถึงร้อยละ 61 รองลงมาคือโรคไบโพลาร์ชนิดที่ 2 พบร้อยละ 48 โรคจิตเภทร้อยละ 46 โรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder พบร้อยละ 27 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปพบเพียงร้อยละ 10⁵

ในประเทศไทยมีการสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 ในประชากรอายุ 15-59 ปี จำนวน 17,140 ราย สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 3-stage cluster sampling ใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวชคือ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์พบความชุกของความผิดปกติของการดื่มสุราร้อยละ 17.7 โดยเฉพาะในผู้ป่วยชายโรคไบโพลาร์ มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรารวมถึงร้อยละ 65.9 ผู้ป่วยชายโรคซึมเศร้าร้อยละ 44.2 มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรารวม ส่วนผู้ป่วยหญิงโรคไบโพลาร์และโรคซึมเศร้ามีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร้อยละ 15.1 และ 4.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ รายงานการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยโรคความผิดปกติของการดื่มสุราที่นอนรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 4 แห่งระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 - 31 มกราคม พ.ศ. 2555 ด้วยเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) จำนวน 410 ราย อายุ 31-40 ปี พบว่ามีภาวะโรคจิตเวชร่วมร้อยละ 68.8 เป็นภาวะโรคจิตร้อยละ 50 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 31.2 ความผิดปกติของการใช้สารเสพติดอื่นร้อยละ 18.3 โรควิตกกังวลร้อยละ 10.5 โรคซึมเศร้าร้อยละ 9.3 และโรคไบโพลาร์ร้อยละ 7.1⁷

ภาวะโรคจิตเวชร่วมกับโรคความผิดปกติของการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์การอย่างมาก เพราะโรคทั้งสองมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบ โดยเฉพาะด้านการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค ทำให้อาการของโรคทั้งสองแย่ลง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง การติดสารเสพติดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับแรกๆ ในผู้ป่วยจิตเวช⁸ ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้น⁹ ส่งผลต่อความร่วมมือในการ

รักษา ทำให้อาการโรคจิตเวชกำเริบซ้ำได้ อีกทั้งส่งผลให้เพิ่มการใช้บริการทางสุขภาพ เพิ่มค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังเพิ่มปัญหาทางสังคมและกฎหมาย สารเสพติดหลายชนิดทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย การเข้าใจความชุกและระดับความเสี่ยงของพฤติกรรม การใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละบริบท พื้นที่ ที่ให้การดูแลจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการบำบัดรักษามากที่สุด ผู้วิจัยจึงอยากศึกษาความชุกของการใช้สุรยาสูบ หรือสารเสพติดชนิดต่างๆ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่ห้องตรวจจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์โดยใช้แบบคัดกรองมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกชื่อ Alcohol Smoking and Substances Involvement Screening Test (ASSIST) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชร่วมกับโรคติดสารเสพติดให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยโครงการศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 551326 กลุ่มตัวอย่างสุ่มเลือกแบบ consecutive sampling จากผู้ป่วยจิตเวชคนไทยอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการที่ห้องตรวจจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2555- 31 สิงหาคม 2556 และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยถูกสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยซึ่งผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบคัดกรอง ASSIST V3.1 มาอย่างดี อาสาสมัครทุกรายได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากอาจารย์จิตแพทย์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโรค ICD-10

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรสศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค เหตุผลของการใช้สารเสพติด

2. แบบคัดกรอง ASSIST V3.1 ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติดขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2550 ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความแม่นยำในการคัดกรองแล้ว โดยมีค่า Internal Consistency (Chronbach's alpha) เท่ากับ 0.80 เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐาน MINI Plus จากกลุ่มตัวอย่าง 1,047 ราย จากจุดตัดคะแนนรวมทั้งหมดที่ 15 คัดแยกผู้ใช้สารเสพติดทั่วไป กับผู้ใช้แบบ abuse มีค่าความไวร้อยละ 80 ค่าความจำเพาะร้อยละ 71 และจากจุดตัดคะแนนรวมทั้งหมดที่ 29 คัดแยกผู้ใช้สารเสพติดแบบ abuse กับผู้ใช้แบบ dependence มีค่าความไวร้อยละ 73 ค่าความจำเพาะร้อยละ 66 และเมื่อจำแนกชนิดสารเสพติด จากจุดตัดคะแนนของ alcohol ที่ 6 คัดแยกผู้ดื่มสุราทั่วไปกับ alcohol abuse มีค่าความไวร้อยละ 83 ค่าความจำเพาะร้อยละ 79 และจากจุดตัดที่ 11 คัดแยก alcohol abuse กับ alcohol dependence มีค่าความไวร้อยละ 67 ค่าความจำเพาะร้อยละ 60¹⁰ และนำเข้ามาใช้ในประเทศไทยโดยเครือข่ายวิชาการด้านสารเสพติดภาคใต้ตอนล่างในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552¹¹ แบบคัดกรองนี้ประกอบไปด้วย 8 ข้อคำถาม เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในช่วงชีวิตของผู้ถูกสัมภาษณ์ และในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา โดยถามความถี่ของการใช้ ความต้องการหรือแรงผลักดันอย่างรุนแรงที่จะใช้สาร บ่อยเพียงไร ผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร ความถี่ของการไม่สามารถทำกิจกรรมที่ควรทำได้ตามปกติ เนื่องจากการใช้สารเสพติด คนอื่นแสดงความเป็นห่วง ต่อการใช้สารเสพติดหรือไม่ ความพยายามลดหรือ

หยุดการใช้สารเสพติดแต่ไม่ประสบความสำเร็จ รวมถึง การใช้สารเสพติดชนิดฉีด แต่ละคำถามจะมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0-6 คะแนน จุดตัดเพื่อแยกระดับความเสี่ยง แบ่งตามชนิดสารเสพติด คือสุรา ค่าคะแนนระหว่าง 0-10 หมายถึงเสี่ยงเล็กน้อย 11-22 หมายถึงเสี่ยงปานกลาง 23 ขึ้นไป หมายถึงเสี่ยงสูง ส่วนสารเสพติดอื่น ค่าคะแนนระหว่าง 0-3 หมายถึงเสี่ยงเล็กน้อย 4-22 หมายถึงเสี่ยงปานกลาง 23 ขึ้นไป หมายถึงเสี่ยงสูง ระดับเสี่ยงเล็กน้อย หมายถึง มีความเสี่ยงเล็กน้อย ต่อปัญหาสุขภาพ และปัญหาอื่นๆ ที่เกิดจากการใช้ สารเสพติดในลักษณะปัจจุบัน ระดับเสี่ยงปานกลาง หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลางต่อปัญหาสุขภาพ และ ปัญหาอื่นๆ ที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในลักษณะ ปัจจุบัน ระดับความเสี่ยงสูง หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อ ปัญหารุนแรงด้านสุขภาพ และปัญหาอื่นๆ (สังคม การเงิน กฎหมาย สัมพันธภาพ) เนื่องจากการใช้ สารเสพติดในลักษณะปัจจุบันมีความเป็นไปได้ที่จะติด สารเสพติด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็นค่าร้อยละ โดยใช้ โปรแกรมสถิติวิเคราะห์ SPSS version 16.0

ผลการศึกษา

1. **ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง** จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหมด 390 ราย ส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.6) แต่งงาน (ร้อยละ 49.2) อยู่ในกลุ่มอายุ 36-60 ปี (ร้อยละ 67.4) นับถือพุทธศาสนา (ร้อยละ 98.5) สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 31.5) อาชีพรับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 31.0) ใช้สวัสดิการการรักษาโดยเบิก จากต้นสังกัด (ร้อยละ 37.7)ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด (ร้อยละ 43.1) รองลงมาคือ โรควิตกกังวล (ร้อยละ 22.8) เป็นที่น่าสังเกตคือมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 21.3 รายงานว่า ไม่เคยใช้สารเสพติดใดๆ เลยในช่วงชีวิต มีผู้ป่วยที่ยังคง

ใช้สารเสพติดอยู่ในช่วง 3 เดือนร้อยละ 47.9 เหตุผลที่ใช้สารเสพติดมากที่สุดคือเพื่อนชวน อยากรสูบบุหรี่เวลาเข้าสังคม (ร้อยละ 24.4) รองมาคืออยากแก้อาการเบื่อเซ็งเหงา (ร้อยละ 15.7) และอยากแก้อาการข้างเคียงของยาจิตเวช (ร้อยละ 7.0) เช่นแก้ความง่วง แก้อาการตัวแข็ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	213	54.6
	หญิง	177	45.4
ช่วงอายุ (ปี)	18-35	113	29.0
	36-60	263	67.4
	มากกว่า 60	14	3.6
สถานภาพ	โสด	163	41.8
	แต่งงาน	192	49.2
	แยก หย่า หม้าย	35	9.0
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	5	1.3
	ประถมศึกษา 1-6	66	16.9
	มัธยมศึกษา 1-6	115	29.5
	อนุปริญญา	50	12.8
	ปริญญาตรี	123	31.5
อาชีพ	สูงกว่าปริญญาตรี	31	8.0
	ว่างงาน	60	15.4
	นักศึกษา	21	5.4
	แม่บ้าน	26	6.7
	เกษตรกร	52	13.3
	รับจ้าง	40	10.3
	ค้าขาย	70	17.9
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	121	31.0	
สวัสดิการด้านรักษาพยาบาล	จ่ายเอง	90	23.1
	บัตรประกันสังคม	18	4.6
	บัตรประกันสุขภาพ(บัตรทอง)	135	34.6
	บัตรจ่ายตรง (เบิกต้นสังกัด)	147	37.7
การวินิจฉัยโรคจิตเวช	Schizophrenia	168	43.1
	Bipolar affective disorder	50	12.8
	Depressive episode	52	13.3
	Anxiety disorders	89	22.8
	Alcohol dependence	27	6.9
	อื่นๆ	4	1.0
	เหตุผลการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน	อยากทดลอง	12
เพื่อนชวน/อยากรสูบบุหรี่เวลาเข้าสังคม		95	24.4
อยากแก้อาการเบื่อ เซ็ง เหงา อ้วน		65	16.7
อยากแก้อาการข้างเคียงของยาจิตเวช		27	6.9
มีความอยากใช้สาร		17	4.4

2. ความชุกของการใช้สารเสพติด พบว่า ความชุกช่วงชีวิต และช่วง 3 เดือนของการใช้สารเสพติด ในผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 86.2 และ 47.9 ตามลำดับ และแบ่งระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด เป็น เสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง ร้อยละ 54.8, 32.7, และ 12.5 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามชนิดสารเสพติดที่ใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สุรา ยาสูบ กัญชา ยาบ้า และกาแฟ คิดเป็นความชุกของการใช้ช่วงชีวิต ร้อยละ 81.5, 54.9, 21.3, 20.0, และ 18.7 ตามลำดับ ส่วนความชุกของการใช้สุรา ยาสูบ กาแฟ กัญชา ยาบ้าและยากล่อมประสาทช่วง 3 เดือน ร้อยละ 30.3,

25.1, 12.3, 0.5, 0.5 และ 0.5 ตามลำดับ เมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้แบบเสี่ยงปานกลางเรียงลำดับจากมากที่สุด ได้แก่ กาแฟ ยาสูบ สุรา ยากล่อมประสาทและสารระเหย คิดเป็นความชุกร้อยละ 41.7, 30.7, 15.8, 11.5 และ 7.1 ตามลำดับ ความชุกของการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงเรียงลำดับชนิดสารจากมากที่สุด ได้แก่ ยาสูบ สุรา กาแฟ และยาบ้า คิดเป็นความชุกร้อยละ 14.0, 4.8, 2.8 และ 1.3 มีรายงานการใช้ใบกระท่อม ผีน และโคเคน แต่เป็นระดับความเสี่ยงต่ำเท่านั้น ไม่มีรายงานการใช้สารหลอนประสาท (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงความชุกระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดแต่ละชนิด

ชนิดสาร	เคยใช้ช่วงชีวิต		ใช้ช่วง 3 เดือน		ระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด					
					เสี่ยงต่ำ		เสี่ยงกลาง		เสี่ยงสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อย่างใดอย่างหนึ่ง	336	86.2	187	47.9	184	54.8	110	32.7	42	12.5
สุรา	318	81.5	118	30.3	251	79.4	50	15.8	15	4.8
ยาสูบ	214	54.9	98	25.1	119	55.4	66	30.7	30	14.0
กัญชา	83	21.3	2	0.5	80	96.4	3	3.6	-	-
ยาบ้า	78	20.0	2	0.5	75	96.2	2	2.6	1	1.3
กาแฟ	73	18.7	48	12.3	40	55.56	30	41.7	2	2.8
ยากล่อมประสาท	26	6.7	2	0.5	23	88.5	3	11.5	-	-
สารระเหย	14	3.6	-	-	13	92.9	1	7.1	-	-
ใบกระท่อม	14	3.6	-	-	14	100	-	-	-	-
สารกลุ่มฝิ่น	3	0.8	-	-	3	100	-	-	-	-
โคเคน	1	0.3	-	-	1	100	-	-	-	-
สารหลอนประสาท	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

3. ความชุกของการใช้สารเสพติดระดับเสี่ยงปานกลางและสูงในแต่ละโรคจิตเวช

เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคกับพฤติกรรม การใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงปานกลางและสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สารแบบเสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 29.8) และสูง (ร้อยละ 13.7) มากที่สุด รองลงมาคือโรคไบโพลาร์มีการใช้สารแบบเสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 22.0) และสูง (ร้อยละ 6.0) โรควิตกกังวลมีการใช้สารแบบเสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 25.8) และสูง (ร้อยละ 4.5) และโรคซึมเศร้ามีการใช้สารแบบเสี่ยง

ปานกลาง (ร้อยละ 21.2) และสูง (ร้อยละ 1.9) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการสูบบุหรี่แบบเสี่ยงสูงร้อยละ 10.7 มากกว่าผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ที่พบเพียงร้อยละ 6.0 ขณะที่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้สุราแบบเสี่ยงสูงร้อยละ 3 รองมาคือโรควิตกกังวลพบร้อยละ 12.3 โรคซึมเศร้าพบร้อยละ 1.9 แต่ไม่พบในโรคไบโพลาร์ เป็นที่น่าสังเกต ผู้ป่วยโรคติดสุรามีจำนวน 27 รายตอบแบบคัดกรอง ASSIST แยกเป็นผู้เสี่ยงปานกลางและสูงร้อยละ 37.0 และ 25.9 ตามลำดับ แสดงว่าแบบคัดกรองให้ผลลบลง (false negative) ถึงร้อยละ 37.1 (10 รายใน 27 ราย

ตอบแบบคัดกรองคะแนนไม่เกิน 10) นอกจากนี้ผู้ป่วยติดสุรามีการสูบบุหรี่ร่วมด้วยแบบเสี่ยงปานกลางและสูงพบร้อยละ 29.6 และ 18.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) แสดงว่าผู้ป่วยติดสุรามีปัญหาการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ

48.1 เมื่อพิจารณาการดื่มกาแฟมากผิดปกติ พบในผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดซึ่งใช้แบบเสี่ยงปานกลางและสูงคิดเป็นร้อยละ 11.3 และ 1.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงความชุกของการใช้สารเสพติดระดับเสี่ยงปานกลางและสูงในแต่ละโรคจิตเวช

โรคจิตเวช	สารอย่างน้อยหนึ่งชนิด		ยาสูบ		สุรา		กาแฟ		ยาบ้า											
	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง										
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ										
Schizophrenia	50	29.8	23	13.7	35	20.8	18	10.7	16	9.5	5	3.0	19	11.3	2	1.2	2	1.2	-	-
Bipolar disorder	11	22.0	3	6.0	6	12.0	3	6.0	4	8.0	-	-	3	6.0	-	-	-	-	-	-
Depressive episode	11	21.2	1	1.9	5	9.6	-	-	5	9.6	1	1.9	2	3.9	-	-	-	-	-	-
Anxiety disorders	23	25.8	4	4.5	10	11.2	2	2.3	15	16.9	2	2.3	4	4.5	-	-	-	-	-	-
Alcohol dependence	14	51.9	8	30.0	8	29.6	5	18.5	10	37.0	7	25.9	2	7.4	-	-	-	-	-	-

วิจารณ์

จากผลการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีการใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในช่วงชีวิตถึงร้อยละ 86.2 และยังคงใช้ถึงปัจจุบันช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาพบถึงร้อยละ 47.9 จัดเป็นการใช้อย่างผิดปกติร้อยละ 45.2 คือใช้แบบเสี่ยงปานกลางร้อยละ 32.7 และใช้แบบเสี่ยงสูงร้อยละ 12.5 สารเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุดคือสุรา (ร้อยละ 30.3) รองลงมาคือยาสูบ (ร้อยละ 25.1) แตกต่างกับการศึกษาของ Robins และ Regier ที่รายงานผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 29 มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมด้วย โดยแบ่งเป็นความผิดปกติของการดื่มสุราร้อยละ 22 และความผิดปกติของการใช้สารเสพติดอื่นร้อยละ 15¹ อธิบายได้จาก setting ที่ต่างกันของ Robins และ Regier ศึกษาในชุมชน แต่การศึกษานี้ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ก็ต่างกัน เครื่องมือ ASSIST มีความไวมากกว่าจึงทำให้อัตราที่พบสูงกว่า แต่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของอัญชลี ธีระวงศ์ไพศาล¹² ที่เคยศึกษาในผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบความชุกของปัญหาการดื่มสุราร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับผลการศึกษาค้นครั้งนี้พบร้อยละ 20.6 อธิบายความแตกต่าง

ได้ว่า แม้จะมาจากบริบทเดียวกันแต่เครื่องมือที่ใช้แตกต่างกันคือการศึกษาของ อัญชลี ธีระวงศ์ไพศาล ใช้แบบคัดกรอง AUDIT และจุดตัดที่ 8 ขึ้นไปทำให้มีความไวสูงกว่า ASSIST ที่ใช้จุดตัดมากกว่า 10 ขึ้นไป อีกทั้งผู้ป่วยจิตเวชบางรายก็ได้รับการรักษาเรื่องโรคติดสุราแล้ว เมื่อวิเคราะห์รายโรค พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาการใช้สารเสพติด (มีระดับความเสี่ยงปานกลางและสูง) มากที่สุด ร้อยละ 43.5 โดยเฉพาะยาสูบที่มีการใช้แบบเสี่ยงปานกลางและสูงรวมเป็นร้อยละ 31.5 สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศซึ่งมีการทบทวนวรรณกรรมโดย Kumari และ Postma ที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากกว่าประชากรทั่วไป 2-4 เท่า (พบร้อยละ 20-30) อธิบายว่าการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นการช่วยรักษาตนเอง (self-medicated) เพราะสารนิโคตินในบุหรี่ช่วยลดผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่ผู้ป่วยได้รับ ช่วยให้อาการทางลบของโรคจิตเภทดีขึ้น ช่วยให้สมองคิดจำได้ดีขึ้น (improved cognitive deficit)¹³ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีพฤติกรรมดื่มกาแฟมากผิดปกติร้อยละ 12.5 (เป็นระดับเสี่ยงปานกลางร้อยละ 11.3 และเสี่ยงสูงร้อยละ 1.2) โดยให้เหตุผลที่ใช้จากแบบบันทึกข้อมูล

คือแก๊งวง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kruger¹⁴ และ Ciapparelli และคณะ¹⁵ ซึ่งรายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความชุกของการดื่มกาแฟชนิดและเกิดพิษจากกาแฟมากกว่าประชากรทั่วไปโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความผิดปกติของพฤติกรรมการกิน (eating disorders) ส่วนผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีปัญหาการใช้สารเสพติดรองลงมา ร้อยละ 30.3 ใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาของ Vega และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชชาวแม็กซิกันที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 3,012 ราย พบว่าโรควิตกกังวลมีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วมด้วยร้อยละ 29 ชนิดสารเสพติดที่ใช้มากสุดในการศึกษานี้คือสุรา จัดเป็นการดื่มสุราผิดปกติร้อยละ 19.2 แบบเสี่ยงปานกลางร้อยละ 16.9 และเสี่ยงสูงร้อยละ 2.3 ใกล้เคียงกับรายงานของ Robins และ Regier ว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีความผิดปกติของการดื่มสุราร่วมด้วยร้อยละ 19 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดสุรามากกว่าโรคจิตเวชหลัก (major psychiatric disorders) ซึ่งนิยมการสูบบุหรี่มากกว่า

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ ขนาดตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนมากถึง 390 ราย ใช้เครื่องมือคัดกรองชื่อ ASSIST เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างสำหรับประเมินพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในช่วงชีวิต และปัจจุบันระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาที่ได้มาตรฐานและผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความแม่นยำมาแล้วทั่วโลก และผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือมาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยทุกคนได้รับการวินิจฉัยโรคจากอาจารย์จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญ ส่วนจุดอ่อนของการศึกษานี้คือ ออกดีจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท รองมาคือโรควิตกกังวล สอดคล้องกับสถิติบริการในคลินิกจิตเวช ผู้ป่วยนอกที่ผู้ป่วยทั้งสองโรคมาใช้บริการมากที่สุด ข้อมูลในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์และโรคซึมเศร้ายังมีน้อย ควรมีการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรคที่มีขนาดตัวอย่างมากกว่านี้ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดที่ลึกกว่าเหตุผลที่ใช้ ตัวอย่างเช่น โรคจิตเภทกับการสูบบุหรี่ โรควิตกกังวลกับการดื่มสุรา เป็นต้น

สรุป

ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชนอก ร้อยละ 86.2 มีประสบการณ์การใช้สารเสพติดอย่างน้อยอย่างหนึ่ง และยังคงใช้อยู่ในปัจจุบันเกือบครึ่งหนึ่ง สารเสพติดที่นิยมใช้ 5 อันดับแรกคือ ยาสูบ สุรา กาแฟ ยาบ้า และกัญชา โรคจิตเภทมีปัญหาการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงปานกลางและสูงมากที่สุด เป็นเรื่องการใช้ยาสูบ ส่วนโรควิตกกังวลมีปัญหาการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงปานกลางและสูงรองลงมา เป็นปัญหาการดื่มสุรามากที่สุด เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ผู้รักษาควรคำนึงถึงภาวะโรคร่วม โดยเฉพาะความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เพราะผลกระทบจากการใช้สารคือการกำเริบซ้ำของโรค ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาและติดตามผลการรักษา รวมไปถึงความยากและซับซ้อนเรื่องจริง และต่อการรักษาของตัวเอง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชทุกรายควรได้รับการประเมินพฤติกรรมการใช้สารเสพติดด้วยแบบคัดกรอง ASSIST ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่าย สะดวกและรวดเร็ว นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วม และควรมีการให้การบำบัดอย่างครอบคลุมไปกับโปรแกรมการบำบัดเฉพาะเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเวชหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America. In: Robins LN, Regier DA eds. The Epidemiological Catchment Area Study. New York: Free Press; 1991.
2. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area study. JAMA 1990; 264:2511-8.

3. Farrell M, Howes S, Taylor C, Lewis G, Jenkins R, Bebbington P, et al. Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey. *Addict Behav* 1998; 23:909-18.
4. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. 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.
5. Genetic Science Learning Center. Mental Illness: The Challenge of Dual Diagnosis. (citedate: November 23) Available website: <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/mentalillness/>
6. Kittirattanapaiboon P, Kongsuk T, Pengjuntr W, Leejongpermpoon J, Chutha W, Kenbubpha K. Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 21(1): 1-14.
7. Junsirimongkol B, Suriyachai S, Booncharoen H, Wiroteurairuang K, Joowong S, Khunarak U. Psychiatric comorbidity among in-patients with alcohol use disorders. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 21: 76-89.
8. Chang CK, Hayes RD, Broadbent M, Fernandes AC, Lee W, Hotopf M, et al. All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. *BMC Psychiatry* 2010; 10, 77-84.
9. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Research Report Series: Comorbidity: Addiction and other mental disorders. (Cited date November 23, 2014) Available website: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rcomorbidity.pdf>
10. Humenjuk R, Ali R, World Health Organization ASSIST Phase II Study Group. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and pilot brief intervention [electronic resource] : a technical report of phase II findings of the WHO ASSIST Project. (Cited date December 13, 2014) Available website: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_technical-report_phase2_final.pdf
11. Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakut N. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a southern Thai community. *Drug Alcohol Rev* 2003; 22:287-93.
12. Theerawongpaisam U. Prevalence of alcohol use disorder in psychiatric outpatients at Srinagarind hospital. Research report to Royal College Of Thai Psychiatrists for Thai Board of Psychiatry Examination, Khon Kaen, Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2003.
13. Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2005; 29:1021-34.
14. Kruger A. Chronic psychiatric patients' use of caffeine : Pharmacological effects and mechanisms. *Psychological Reports* 1996;78: 915-23. doi: 10.2466/pr0.1996.78.3.915
15. Ciapparelli A, Paggini R, Carmassi C, Taponecco C, Consoli G, Ciampa G, et al. Patterns of caffeine consumption in psychiatric patients: An Italian study. *Eur Psychiatry* 2010; 25:230-5. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.02.010. Epub 2009 Jun 21.
16. Vega WA, Sribney WM, Achara-Abrahams I. Co-occurring alcohol, drug, and other psychiatric disorders among Mexican-origin people in the United States. *Am J Public Health* 2003; 93:1057-64.