



ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับ การรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดเชียงใหม่

อรุณญา แพทย์ พ.ย.ม.*

นรัชญา ศรีบูรพา วท.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความชุกของภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคม 2549 เป็นผู้ที่ผ่านระยะการถอนพิษสุราแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์ จำนวน 120 คน ใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวชชื่อ Mini international neuropsychiatric structure interview: M.I.N.I - Thai Version 5.0.0 โดยนักวิจัยซึ่งผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแล้ว วิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ผลการศึกษา พบความชุกของการเกิดโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 60.0 โรคจิตเวชที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ lifetime psychotic disorder, lifetime suicidality, lifetime manic episode, current major depressive episode, current generalized anxiety disorder และ lifetime antisocial personality disorder ร้อยละ 27.5, 18.3, 15.8, 15.0, 7.5 และ 7.5 ของกลุ่มศึกษาทั้งหมดตามลำดับ โดยโรคจิตเวชในปัจจุบัน (current) ที่มีอัตราการเกิดร่วมกับโรคจิตเวชอื่นมากที่สุด ได้แก่ major depressive disorder, suicidality และ psychotic disorder (ร้อยละ 9.2 เท่ากัน) จากการติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากการรักษาของกลุ่มศึกษา ในเดือนที่ 1, 3 และ 6 พบว่าอัตราการหยุดดื่มหลังการบำบัดเดือนที่ 1, 3 และ 6 ระหว่างกลุ่มที่ไม่พบโรคจิตเวชร่วม กับกลุ่มที่พบโรคจิตเวชร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.04, 0.02 และ 0.005 ตามลำดับ)

สรุป ภาวะโรคจิตเวชร่วม พบได้บ่อยในผู้ติดสุราที่ขอรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด เชียงใหม่ ดังนั้น สถานพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติด ควรตระหนักถึงภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุรา และให้การประเมิน วินิจฉัย และจัดระบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีขึ้น

คำสำคัญ โรคจิตเวชร่วม, ผู้ติดสุรา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54(1): 63-74

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่

** นักจิตวิทยาชำนาญการ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่



Psychiatric Comorbidity of Alcohol Dependent Patients Admitting in Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center

Aranya Phajuy M.N.S.*

Naranchaya Sriburapar M.S.**

Abstract

Objective: To examine the prevalence of psychiatric comorbidity in alcohol dependent patients.

Method: Of 120 alcohol dependent subjects who recovered at least 1 week from detoxification program admission at Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center during May to July 2006 were recruited. The Mini international neuropsychiatric structure interview: M.I.N.I - Thai Version 5.0.0 was using for psychiatric diagnosis by trained interviewers. Data analysis used descriptive statistic e.g. mean, SD, percentage.

Results: The prevalence of psychiatric comorbidity in alcohol dependent patients was 60%. The first 5 ranked of psychiatric comorbidity were lifetime psychotic disorder, lifetime suicidality, lifetime manic episode, current major depressive, current generalized anxiety disorder and lifetime antisocial personality disorder, 27.5%, 18.3%, 15.8%, 15.0%, 7.5% and 7.5%, respectively. Most current psychiatric comorbidity were major depressive disorder, suicidality and psychotic disorder (9.2% equally). The follow-up study of the alcohol-dependent sample showed that there is a significant statistical difference in alcohol abstinence rate between those with psychiatric comorbidity and those with non-psychiatric comorbidity (respectively 0.04 after 1 month, 0.02 after 3 months and 0.005 after 6 months of treatment).

Conclusion: Psychiatric comorbidity is common among alcohol dependent who seeking inpatient treatment at Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center. Therefore, the drug dependence treatment center should recognize the psychiatric comorbidity in alcohol dependent patients. The alcohol management system should include the psychiatric screening and diagnose and the effective psychiatric management procedures to improve the alcohol treatment outcomes.

Keywords: Psychiatric comorbidity, Alcohol dependence, Alcohol dependent patients

J Psychiatr Assoc Thailand 2009; 54(1): 63-74

* Psychiatric Nurse, Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center

** Clinical Psychologist, Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center

บทนำ

การติดสุรากับปัญหาทางจิตเวช ถือเป็นภาวะโรคที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยคำว่า ภาวะโรคร่วม (comorbidity) หรือ ภาวะโรคจิตเวชร่วม (psychiatric-comorbidity) เป็นคำที่ใช้ทั่วไปในทางการแพทย์ หมายถึง การมีอาการของโรคเกิดขึ้นร่วมกันหรือการมีโรคเกิดขึ้นร่วมกัน ในขณะที่ dual diagnosis ใช้เพื่อแสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างสองสภาวะ ซึ่งอาจรวมไปถึงว่าเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหรือเป็นผลตามมา¹⁻³ มีหลายการศึกษาที่พบตรงกันว่า การติดสุรามีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิต ผลสำรวจในสหรัฐอเมริกาที่สำคัญคือ The Epidemiological Catchment Area (ECA) และ The National Comorbidity Study (NCS) โดยการสำรวจของ ECA ได้ศึกษาภาวะโรคจิตเวชร่วมซึ่งเคยเกิดหรือเกิดขึ้นในปัจจุบัน ในกลุ่มประชากรทั่วไปที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 1980-1984 พบอัตราการเกิดโรคจิตเวชในผู้เสพและผู้ติดสุรา ร้อยละ 36.6⁴ และการสำรวจในระยะต่อมาโดย NCS ที่ทำการสำรวจครัวเรือนในกลุ่มประชากรอายุ 15-54 ปี ในปี ค.ศ. 1990-1991 พบอัตราการเกิดโรคจิตเวชในผู้เสพสุราถึงร้อยละ 51⁵

โรคจิตเวชร่วมพบได้บ่อยในผู้ติดสุรามากกว่าประชากรทั่วไป⁶ จากการศึกษาาระบาดวิทยาในประชากรทั่วไปของ NCS พบโรคจิตเวชร่วมระหว่างภาวะติดสุราและโรควิตกกังวลในระดับสูง โดยมีความชุกของภาวะติดสุราร่วมกับโรค social phobia ร้อยละ 19.3 และร่วมกับโรค agoraphobia ร้อยละ 6.55 ผลการศึกษาของ Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey พบว่าร้อยละ 55 ของผู้เสพสุรา เคยมีประวัติโรคจิตเวชร่วม โดยผู้เสพสุราที่ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย จะมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมผิดปกติกมากกว่าผู้เสพสุราทั่วไป⁷ นอกจากนี้ พบว่าการเสพสุราเรื้อรังเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะยาว⁸ โดยเฉพาะผู้ติดสุราเรื้อรังที่มีภาวะโรคซึมเศร้ารุนแรงร่วมด้วย⁹

ผู้เสพสุรามีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้ไม่เสพสุราถึง 7 เท่า¹⁰

การบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะโรคจิตเวชร่วมเป็นปัญหาที่ทำให้การรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น โรคจิตเวชร่วมที่มีอาการรุนแรง และเกิดเป็นระยะเวลานาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการรักษาที่นานขึ้น และผลลัพธ์ในการรักษาที่แย่งหากผู้ติดสุราไม่ได้รับการรักษาโรคจิตเวชที่พบร่วมไปด้วย⁷ ดังนั้นการคัดกรองผู้ติดสุราเพื่อประเมินอาการทางจิตเวชจะเป็นประโยชน์ทางคลินิก โดยผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมหากได้รับการรักษาทั้งการติดสุราร่วมกับการเจ็บป่วยทางจิตไปด้วย จะส่งผลลัพธ์ที่ดีในการรักษามากกว่า เนื่องจากผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชจะมีรูปแบบการดูแลรักษาที่แตกต่างไปจากการรักษาผู้ติดสุราที่ไม่มีโรคจิตเวชร่วม¹¹ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามผลการรักษาผู้ติดสุราก็พบว่าผลลัพธ์ในการรักษาในกลุ่มที่ไม่มีภาวะโรคจิตเวชเป็นไปในทางที่ดีกว่าผู้ที่มีภาวะโรคจิตเวชร่วม¹² ดังนั้นในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราเสพติด จึงควรต้องคำนึงถึงภาวะโรคร่วมที่เกิดขึ้น^{5,13} หากผู้ติดสุราที่พบภาวะโรคร่วมทางจิตเวชไม่ได้รับการประเมินคัดกรอง เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาที่ครอบคลุมภาวะของโรคที่เกิดขึ้น ก็อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาตามมาได้¹⁴

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ เป็นสถานพยาบาลเฉพาะทางด้านบำบัดรักษาผู้ติดสุราและสารเสพติด ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ามารับการบำบัดรักษา จึงทำการศึกษานี้ขึ้น เพื่อสำรวจความชุกของการเกิดโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะโรคจิตเวชร่วม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังการรักษาต่อไป

วิธีการศึกษา

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ติดสุรา และเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาสุราแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2549 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีหลักเกณฑ์ คือ เป็นเพศชายหรือหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence มีการรับรู้ที่ดี ไม่อยู่ในภาวะมีเมามาหรือถอนพิษสุรา ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale แล้วมีคะแนน < 5 คะแนน

ขนาดของตัวอย่าง ใช้วิธีประมาณจากค่าสัดส่วน

$$n = \frac{N Z^2 P(1-P)}{d^2 (N-1) + Z^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

N = 671 คน (จากสถิติผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2548)

Z = ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z=1.96$)

P = สัดส่วนของเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (จากผลสำรวจของ ECA พบอัตราการเกิดภาวะโรคร่วมในผู้ติดสุราที่ 36.6%)

D = ขนาดของความแตกต่างของสัดส่วนที่ประมาณได้กับสัดส่วนที่แท้จริงกำหนดให้เท่ากับ 8 % แทนค่า $n = \frac{671(1.96)^2(0.36)(0.64)}{(0.08)^2(670)+(1.96)^2(0.36)(0.64)} = 115.29$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สุราและสารเสพติดอื่นๆ และข้อมูลการเข้ารับการรักษา จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini international neuropsychiatric structure

interview: M.I.N.I - Thai Version 5.0.0 ของ พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2547) จำนวน 16 ชุดวินิจฉัย

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช (M.I.N.I) เป็นเครื่องมือที่จำเป็นต้องผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติ ผู้ใช้เครื่องมือนี้ควรมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านจิตเวชและยาเสพติด ที่ได้รับการอบรมให้เข้าใจในหลักการสัมภาษณ์และความหมายของข้อคำถามทุกข้อ ทั้ง 16 ชุดวินิจฉัยโรค ผู้วิจัยได้ติดต่อรับการอบรมและฝึกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาการติดสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง และเมื่อผ่านการฝึกปฏิบัติแล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลการวินิจฉัยโรคจิตเวช (M.I.N.I) นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ โดยจำแนกตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มศึกษาทั้งหมด 120 ราย มีอายุเฉลี่ย 44.0 ± 9.07 ปี มีประวัติดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 18.87 ± 4.88 ปี อายุเฉลี่ยที่ดื่มสุราสม่ำเสมอ คือ 33.72 ± 10.27 ปี ระยะเวลาที่ดื่มสุราทั้งหมดเฉลี่ย 24.46 ± 8.71 ปี ชนิดของสุราที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นสุรากลั่นชุมชนและสุราพื้นบ้าน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.2) มารับการรักษาเป็นครั้งแรก (ตารางที่ 1)

จากการใช้แบบสัมภาษณ์ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินภาวะโรคจิตเวชร่วมใช้เวลาสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 11-40 นาที โดยใช้เวลาเฉลี่ยที่ 21.33 ± 6.01 นาที พบว่ากลุ่มศึกษา ร้อยละ 60.0 พบโรคจิตเวชร่วม และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.0 ไม่พบโรคจิตเวชร่วม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษา จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการใช้สุรา และการเข้ารับการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	Min / Max	ค่าเฉลี่ย±SD
อายุปัจจุบัน (ปี)	21-65	44.0±9.07
อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก (ปี)	12-44	18.87±4.88
อายุที่เริ่มดื่มสุราสม่ำเสมอ (ปี)	16-56	33.72±10.27
ระยะเวลาที่ดื่มสุราทั้งหมด (ปี)	5-47	24.46±8.71
ประวัติการใช้สุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้ประจำ		
สุรากลั่นชุมชน / สุราพื้นบ้าน	68	56.7
สุราสี	25	20.8
สุราเถื่อน	21	17.5
เบียร์	6	5.0
ปริมาณการดื่มต่อวัน (อยู่ระหว่าง 1-75 แก้วมาตรฐาน, Mean±SD = 18.56±13.95)		
< 4 ดื่มมาตรฐาน	16	13.3
> 4 แต่ไม่เกิน 6ดื่มมาตรฐาน	4	3.3
> 6 ดื่มมาตรฐาน	100	83.4
ความถี่ในการดื่มต่อสัปดาห์ (อยู่ระหว่าง 1-7 วัน, Mean±SD = 5.91±1.78)		
> 3 ครั้ง	22	18.3
≤ 2 วันต่อสัปดาห์	10	8.3
3-4 วันต่อสัปดาห์	17	14.2
5-6 วันต่อสัปดาห์	11	9.2
ดื่มทุกวัน	82	68.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาที่พบโรคจิตเวชร่วม และที่ไม่พบโรคจิตเวชร่วม

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พบโรคจิตเวชร่วม	72	60.0
ไม่พบโรคจิตเวชร่วม	48	40.0

พบว่า ภาวะโรคจิตเวชร่วมที่พบมากที่สุด ใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ Psychotic disorder, Suicidality, Manic Episode, Major depressive episode, Generalized anxiety disorder และ Antisocial personality disorder ร้อยละ 27.5, 18.3, 15.8, 15.0, 7.5 และ 7.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มโรค พบว่า Mood disorders เป็นกลุ่มโรคจิตเวชร่วมที่พบมากที่สุด ร้อยละ 32.5

รองลงมาคือ Psychotic disorders, Anxiety disorders, Personality disorders และ Substance use disorders พบที่ร้อยละ 27.5, 22.5, 7.5 และ 3.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

กลุ่มศึกษา ร้อยละ 32.5 มีโรคจิตเวชร่วมเพียงโรคเดียว และมีภาวะโรคจิตเวชร่วมสูงสุด 5 โรค (ร้อยละ 1.7) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มศึกษาที่ศึกษาแยกตามโรคจิตเวชร่วมที่พบ^a

โรคจิตเวชร่วมที่พบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Module A. Major depressive episode	18	15.0
Module B. Dysthymia, Current	2	1.7
Module C. Suicidality	22	18.3
Suicide Risk, Current		
<i>Low level</i>	13	10.8
<i>Medium level</i>	3	2.5
<i>High level</i>	6	5.0
Module D. (Hypo) Manic episode	19	15.8
Module E. Panic disorder	6	5.0
Module F. Agoraphobia	3	2.5
Module G. Social phobia	2	1.7
Module H. Obsessive - compulsive disorder	1	0.8
Module I. Posttraumatic stress disorder	6	5.0
Module J. Alcohol abuse and dependence	120	100
Module K. Non - alcohol psychoactive substance use disorders	4	3.3
Module L. Psychotic disorder	33	27.5
Module M. Anorexia nervosa	0	0
Module N. Bulimia nervosa	0	0
Module O. Generalized anxiety disorder	9	7.5
Module P. Antisocial personality disorder	9	7.5

a กลุ่มศึกษาบางราย พบภาวะโรคจิตเวชร่วมมากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 4 แสดงความชุกของโรคจิตเวชร่วมที่พบในกลุ่มศึกษาแยกตามกลุ่มโรคจิตเวช (n=120)

โรคจิตเวชร่วม	จำนวน	ร้อยละ
Mood disorders (F3x)	39	32.5
Major depressive episode	18	15.0
Dysthymia	2	1.7
Mania /Hypomania episode	19	15.8
Psychotic disorders (F2x)	33	27.5
Anxiety disorders (F4x)	27	22.5
Generalized anxiety disorder	9	7.5
Posttraumatic stress disorder	6	5.0
Obsessive - compulsive disorder	1	0.8
Panic disorder	6	5.0
Phobia	5	4.2
Agoraphobia	3	2.5
Social phobia	2	1.7
Personality disorders (F6x)	9	7.5
Antisocial personality disorder	9	7.5
Substance use disorders (F1x)	4	3.3
substance dependence	3	2.5
substance abuse	1	0.8

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนข้อวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบร่วมกันของกลุ่มศึกษา

จำนวนข้อวินิจฉัยโรคที่พบร่วมกัน	จำนวน	ร้อยละ
0	48	40.0
1	38	32.5
2	13	10.8
3	14	11.7
4	4	3.3
5	2	1.7
n	120	100.0

จากการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของทั้งสอง
กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้น จำนวนแก้วมาตรฐาน
ที่ดื่มต่อวัน ที่ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ < 0.05 (ตารางที่ 6)

จากการติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากการรักษา
ของกลุ่มศึกษา ในเดือนที่ 1, 3, และ 6 พบว่าอัตรา

การหยุดดื่มหลังการบำบัดเดือนที่ 1, 3 และ 6 ระหว่าง
กลุ่มที่ไม่พบโรคจิตเวชร่วม กับกลุ่มที่พบโรคจิตเวชร่วม
มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value =
0.04, 0.02 และ 0.005 ตามลำดับ) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่พบภาวะโรคจิตเวชร่วมกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่พบภาวะ
โรคจิตเวชร่วม^{ab} (n=120)

ลักษณะพื้นฐาน	กลุ่มที่พบ	กลุ่มที่ไม่พบ	p-value
	ภาวะโรคจิตเวชร่วม (n=72)	ภาวะโรคจิตเวชร่วม (n=48)	
1. อายุเฉลี่ย	43.58 (8.64)	44.63 (9.75)	0.435
2. อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก	18.54 (5.03)	19.38 (4.65)	0.268
3. อายุที่เริ่มดื่มสุราสม่ำเสมอ	32.75 (10.28)	35.10 (9.85)	0.126
4. ระยะเวลาที่ดื่มสุราทั้งหมด	24.24 (8.33)	24.78 (9.29)	0.778
5. จำนวนวันที่ดื่มสุราต่อสัปดาห์	5.75 (1.81)	6.14 (1.73)	1.703
6. จำนวนแก้วมาตรฐานที่ดื่มต่อวัน	19.14 (13.76)	17.72 (14.33)	0.002
7. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา	2.24 (3.85)	0.67 (1.04)	12.506

^a แสดงค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

^b เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้ Student-t-test

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบผลการรักษาจากอัตราการหยุดดื่มหลังการบำบัดเดือนที่ 1, 3 และ 6 ระหว่างกลุ่มที่ไม่พบ
โรคจิตเวชร่วมกับกลุ่มที่พบโรคจิตเวชร่วม

ระยะเวลาการหยุดดื่ม เมื่อติดตามผลหลังการบำบัด	กลุ่มที่ไม่มีโรคจิตเวชร่วม จำนวน (ร้อยละ) N = 48	กลุ่มที่มีโรคจิตเวชร่วม จำนวน (ร้อยละ) N = 72	P-value
1 เดือน	34 (70.83)	33 (45.83)	0.04
3 เดือน	31 (64.58)	29 (40.28)	0.02
6 เดือน	28 (58.33)	26 (36.11)	0.005

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบผู้ติดสุราที่มีอัตราของโรคจิตเวช รวมถึงร้อยละ 60 ซึ่งสูงใกล้เคียงกับหลายๆ การศึกษา เช่น การศึกษาของ ซไนเดอร์ และคณะ¹⁵ ซึ่งทำการศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence ในสถานบำบัดสุรา 25 แห่ง ในประเทศเยอรมัน จำนวน 556 คน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10 และ DSM-IV พบว่ากลุ่มศึกษามีภาวะโรคจิตเวชร่วมในกลุ่ม Axis I ประมาณ ร้อยละ 53.1 การศึกษาของ The National Comorbidity Study (NCS) ที่พบอัตราการเกิดโรคจิตเวชในผู้เสพสุรา ร้อยละ 51⁵ และการศึกษาของ Mental health Supplement to the Ontario Health survey ที่พบว่าร้อยละ 55 ของผู้เสพสุราผิดปกติ เคยมีประวัติของโรคจิตเวชร่วม⁷ แต่ผลการศึกษาคั้งนี้มีอัตราภาวะโรคจิตเวชร่วมสูงกว่าผลการสำรวจของ The Epidemiological Catchment Area (ECA) ที่พบอัตราการเกิดโรคจิตเวชในผู้เสพสุรา ร้อยละ 36.6⁴ อาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้ต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ ECA เป็นกลุ่มประชากรทั่วไปซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ติดสุราเพียงอย่างเดียว แต่การศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดผู้ติดสุราโดยเฉพาะ ประกอบกับอายุที่เริ่มดื่มของกลุ่มศึกษาค่อนข้างน้อย มีระยะเวลาการติดสุราที่นาน และมีปริมาณการดื่มและความถี่ในการดื่มในระดับสูง ก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้พบความชุกของการเกิดโรคจิตเวชร่วมในระดับสูงได้¹²

Psychotic disorder เป็นโรคจิตเวชร่วมที่พบมากที่สุดที่เป็นอันดับสองในการศึกษาคั้งนี้ คือ พบถึงร้อยละ 27.5 ของกลุ่มศึกษาทั้งหมด มากกว่าผลสำรวจของ ECA ที่รายงานความชุกของการเสพรหรือการติดสุราในผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 33.7 ในขณะที่พบว่าผู้ที่เสพรหรือติดสุราป่วยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 3.8⁴ อธิบาย

ได้ว่า กลุ่มศึกษาเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาที่สถานบำบัดเฉพาะทางยาเสพติด จึงอาจพบภาวะโรคร่วมสูงกว่าบุคคลที่รักษาในชุมชน⁷ และจากการที่กลุ่มศึกษาทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Alcohol dependence ซึ่งด้วยภาวะติดแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวก็ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตอยู่แล้ว เมื่อผู้ติดสุรามีอาการพิษสุราหรืออาการขาดยา ก็อาจส่งผลต่ออาการจิตประสาทได้ โดยเฉพาะอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน ประสาทสัมผัส ผิดหวัง โดยเฉพาะรายที่มีภาวะติดสุราเรื้อรังหรือติดมานานหลายปี ก็อาจทำให้อาการเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลานานแม้จะหยุดดื่มสุรานั้นแล้วก็อาจเกิดอาการทางจิตเหล่านี้ได้อยู่ อย่างไรก็ตาม การประเมินในหมวดนี้วัดที่ระยะชั่วชีวิต อาจมีความเป็นไปได้กลุ่มศึกษาให้ข้อมูลของการมีอาการทางจิต เนื่องจากเป็นการรับรู้ของตนเองว่ามีอาการทางจิตเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากภาวะพิษสุราหรืออาการถอนสุราได้ด้วย

ข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาที่พบมากถึงร้อยละ 18.3 และเป็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงถึงร้อยละ 5.0 ผู้ให้การบำบัดควรต้องตระหนักถึงภาวะความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดังกล่าว โดยเฉพาะผู้ติดสุราเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงร่วมด้วย ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาการติดสุรา ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตาย⁹ รวมทั้งประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย รวมถึงภาวะบุคลิกภาพผิดปกติที่พบในกลุ่มศึกษา เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปในผู้เสพสุราและสารเสพติดอื่นๆ สิ่งที่ต้องระวังคือ ผู้ติดสุราที่มีบุคลิกภาพผิดปกติจะมีความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตายมากขึ้น¹³

จากข้อมูลภาวะโรคจิตเวชร่วมที่พบสูงในการศึกษาคั้งนี้ สาเหตุที่เกิดภาวะโรคร่วมสูงนั้น อาจอธิบายได้จากสมมติฐานที่ว่าผู้ป่วยพยายามรักษาตัวเอง

(self medication hypothesis) โดยเริ่มจากการดื่มสุรา ช่วยลดอาการวิตกกังวล แต่เมื่อดื่มไปนานๆ ทำให้ดื่ม ต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ¹⁴ ดังข้อมูล ที่พบว่า กลุ่มศึกษามีลักษณะการดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) ถึงร้อยละ 83.4 อย่างไรก็ตาม มีการ ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ติดสุราที่ขอรับบริการ บำบัดสุราที่มีปัญหาการดื่มสุราเพียงอย่างเดียว กับผู้มี โรคร่วม social phobia พบว่าผู้ที่มีภาวะโรคร่วมนั้นติดสุรา รุนแรงกว่า มีอาการติดสุรามากกว่า แต่ปริมาณและ ความถี่ในการดื่มไม่แตกต่างกัน¹⁵ แต่กลุ่มศึกษาครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่มีโรคจิตเวชร่วม กับกลุ่มที่ไม่มี โรคจิตเวชร่วมพบว่าลักษณะพื้นฐานของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก อายุที่เริ่มดื่มสม่ำเสมอ ระยะเวลาที่ดื่ม จำนวนวันที่ดื่มต่อสัปดาห์ และจำนวน ครั้งที่เข้ารับการรักษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นจำนวนแก้วมาตรฐานที่ดื่ม ต่อวันที่กลุ่มที่มีโรคจิตเวชร่วมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ ไม่มีโรคจิตเวชร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ระยะเวลาของการประเมินก็อาจมีผลต่อการตรวจ พบโรคจิตเวชร่วมในอัตราที่สูงขึ้น ดังนั้นในการประเมิน ควรรอให้ภาวะถอนพิษสุราดีขึ้นก่อน เนื่องจากอาการ ซึมเศร้าและวิตกกังวลมักพบได้ในช่วงที่มีอาการ ถอนยา¹⁶ ซึ่งโดยทั่วไปมีข้อแนะนำให้ทำการประเมิน เมื่อพ้นระยะถอนพิษยาไปก่อนอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หรือในช่วงสัปดาห์ที่ 4-6 ของการรับการรักษาแบบ ผู้ป่วยใน¹⁷ แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถกระทำใน ระยะเวลาดังกล่าวได้ เนื่องจากผู้ติดสุราส่วนใหญ่จะมี ระยะเวลาในการอยู่รับการรักษาเฉลี่ยที่ 1 เดือน ดังนั้น จึงทำการประเมินภาวะโรคจิตเวชร่วมในสัปดาห์ที่ 2-4 ของการรักษา โดยพิจารณาว่าผู้ถูกสัมภาษณ์พ้นระยะ ถอนพิษยาไปแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์

วิจารณ์และสรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะโรคจิตเวชร่วม โดยใช้เครื่องมือในสัมภาษณ์ M.I.N.I. ซึ่งดำเนินการ โดย พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา จึงไม่ถือเป็น การวินิจฉัยโรค ดังนั้นเมื่อตรวจพบภาวะโรคจิตเวชร่วม จากแบบสัมภาษณ์ โดยเฉพาะโรคจิตเวชร่วมที่พบ ในปัจจุบัน และมีความเสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วย ควรรายงาน แพทย์ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยอีกครั้งก่อนให้การรักษา ตามอาการที่พบ และให้พยาบาลเฝ้าสังเกตอาการ

จากข้อมูลผลการศึกษา พบว่าภาวะโรคจิตเวชร่วม พบได้บ่อยในผู้ติดสุราที่ขอรับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ ผู้ติดสุรากลุ่ม ที่มีภาวะโรคจิตเวชร่วมพบว่ามีอัตราการหยุดดื่มน้อยกว่า ผู้ติดสุรากลุ่มที่ไม่มีภาวะโรคจิตเวชร่วม ข้อเสนอแนะ ของการศึกษานี้คือ สถานพยาบาลเฉพาะทางด้านยา เสพติด ควรตระหนักถึงภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุรา และควรให้การประเมิน การวินิจฉัย และจัดระบบ การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อ ผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณ บุคลากรในหอผู้ป่วยสุราทุกท่านที่อำนวยความสะดวก ในการศึกษานี้ และขอขอบคุณแพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพฑูรย์ เป็นอย่างสูงที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย รวมทั้งฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ และเป็นพี่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วง ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Laraia MT, Jefferson LV. Chemically mediated responses and Substance-Related Disorders. Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of psychiatric nursing. 8th ed. St. Louis : Elsevier Mosby 2006; 473-516.
2. Williams R, Cohen J. Substance use and misuse in psychiatric wards: A model task for clinical governance? Psychiatry Bulletin 2000; 24:43-6.
3. รัชชัย สัพพานาจ. โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติด ใน:พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล. บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ : หจก.บางกอกบลิ๊อค 2549; 99-109.
4. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: result from the Epidemiologic Catchment Area(ECA) Study. 1990; 264:2511-8.
5. 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.
6. Modesto-Lowe V, Kranzier HR. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Dependent patients with Comorbid psychiatric Disorders. Alcohol Res health. 1999; 23:144-9.
7. Ross EH. DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. Drug Alcohol Depend 1995; 39:111-28.
8. Suokas J, Suominen K, Lonnqvist J. Chronic alcohol problems among suicide attempters--post-mortem findings of a 14-year follow-up. Nord Psychiatry 2005; 59:45-50.
9. Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. Acta Psychiatr Scand 2006; 113:13-22.
10. Rossow I, Amundsen A. Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. Addiction 1995; 90: 685-91.
11. Langeland W, Draijer N, van den Brink W. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. Alcohol Clin Exp Res 2004; 28:441-7.
12. Holdcraft LC, Iacono WG, McGue MK. Antisocial Personality Disorder and depression in relation to alcoholism: a community-based sample. J Stud Alcohol 1998; 59:222-6.
13. Preuss UW, Koller G, Barnow S, Eikmeier M, Soyka M. Suicidal Behavior in Alcohol-Dependent Subjects: The Role of Personality Disorders. Alcohol Clin Exp Res, 2006;866-77.
14. Kushner MG, Abrams K, Thuras P, Hanson KL, Berkke M, Sletten S. Follow-up Study of Anxiety Disorder and Alcohol Dependence in Comorbid Alcoholism Treatment Patients. Alcohol Clin Exp Res 2005; 29:1432-43.
15. Thevos AK, Thomas SE, Randall CL. Baseline differences in social support among treatment-seeking alcoholics with and without social phobia. Subst Abuse 1999; 20:107-118.

16. Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G. Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug Alcohol Depend* 2002; 68:215-20.
17. Mann K, Hintz T, Jung M. Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 254:172-81.