



การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราใน โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา

นันทวัช สิทธิรักษ์ พบ.*, ศรีนทิพย์ ศิริสุวรรณรัตน์ พบ.*, ศุภโชค สิงห์กันต์ พบ.*,
ณัฐรา สายเสวย พบ.*, พรจิรา ปรีวัชรากุล พบ.*, ลักขณา ทองโชติ วท.บ*,
เพชรรัตน์ คุมขันธุ์ วท.บ*, ภูธเรศวร์ พงษ์บุปผา วท.บ*,
นราทิพย์ สงวนพานิช วท.บ*, วรภัทร รัตอาภา พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อทราบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรา 2) เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรา 3) เพื่อศึกษาภาวะโรคร่วม (comorbidity) ทางจิตเวชและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสุรา

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาภาวะติดสุราทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลศรีธัญญาในช่วงเดือนกันยายน 2553 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2554 แบบสุ่มจำนวน 100 คน โดยใช้เครื่องมือคือ 1)แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยภาวะติดสุรา Diagnostic interview for genetic studies, Thai version (Th-DIGS) 2)เครื่องมือวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช Mini international neuropsychiatric structure interview (M.I.N.I. - Thai version) และ 3)เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต Short-form thirty six (SF-36 - Thai version) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสุราและหาภาวะโรคร่วมทางจิตเวชที่มักพบในผู้ป่วยติดสุราโดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสุรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน unpaired t-test one-way ANOVA และ Pearson correlation

ผลการศึกษา พบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราต่ำกว่าคนไทยทั่วไปในทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้าน general health (คะแนนเฉลี่ย 49.95) ต่ำสุดในด้าน physical functioning (คะแนนเฉลี่ย 25.35) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยติดสุรา ได้แก่ การมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง การมีสถานภาพทางการเงินที่ดี อายุน้อย การมีบุตรน้อย ปริมาณสุราที่ดื่มต่อวันน้อย การไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชดังต่อไปนี้ major depressive episode dysthymia, hypomanic episode, panic disorder, agoraphobia, social phobia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, current psychotic disorder และ suicidality โดยภาวะโรคร่วมทางจิตเวช พบสูงถึงร้อยละ 69 โรคร่วมที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ lifetime psychotic disorder, major depressive episode, current psychotic disorder, generalized anxiety disorder, dysthymia และ suicidality ร้อยละ 25, 24, 17, 11, 9 และ 9 ตามลำดับ **สรุป** ผู้ป่วยติดสุรา มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรไทยทั่วไปในทุกด้าน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรา คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สุขภาพร่างกาย สถานภาพทางการเงิน อายุ จำนวนบุตร ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน และโรคร่วมทางจิตเวชบางโรค หากปัจจัยเหล่านี้ไม่ดีขึ้นจะเป็นอุปสรรคในการบำบัดผู้ป่วยติดสุราให้ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

คำสำคัญ ผู้ป่วยติดสุรา, คุณภาพชีวิต, โรคร่วมทางจิตเวช

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(2): 185-198

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



Study of Quality of Life in Alcohol Dependent Patients at Siriraj and Sritanya Hospitals

*Nantawat Sitdhiraksa, M.D.**, *Sarinthip Sirisuwannarat, M.D.**, *Supachoke Singhakant, M.D.**,
*Nattha Saisavoey, M.D.**, *Pornjira Pariwatcharakul, M.D.**, *Lakkhana Thongchot, B.S.**,
*Phedcharut Kumkan, B.S.**, *Phutharet Phongbupha, B.S.**, *Naratip Sanguanpanich, B.S.**,
*Woraphat Ratta-apha, M.D.**

ABSTRACT

Objective: 1) To study the quality of life in alcohol dependent patient, 2) to identify factors correlated with the quality of life in alcohol dependent patients, and 3) to study psychiatric comorbidity and its impact on quality of life in alcohol dependent patients.

Method: This study was a cross-sectional descriptive study of 100 alcohol dependent subjects who received psychiatric services at Siriraj and Sritanya Hospitals from September 2010 to February 2011. We used three instruments; 1) Diagnostic Interview for Genetic Studies, Thai version (Th-DIGS), 2) Mini International Neuropsychiatric Structure Interview (M.I.N.I.-Thai version), and 3) Short-Form Thirty Six (SF-36 - Thai version) to assess psychiatric diagnosis and quality of life measurement by trained interviewers. Data analysis used mean, SD, unpaired t-test, one-way ANOVA and Pearson correlation

Result: The quality of life in alcohol dependent patients was lower than the general Thai population. The mean quality of life is maximum in the general health domain (mean score 49.95) and minimum in the physical functioning domain (mean score 25.35). Associated factors for high quality of life in alcohol dependent patients were good family relationship, good physical health, good financial status, being younger, fewer children, less alcohol consumption per day, no psychiatric comorbidity such as major depressive episode, dysthymia, hypomanic episode, panic disorder, agoraphobia, social phobia, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, current psychotic disorder and suicidality. The comorbidity psychiatric disorder rate was 69%. The top five disorder symptoms were lifetime psychotic disorder, major depressive episode, current psychotic disorder, generalized anxiety disorder, dysthymia and suicidality at 25, 24, 17, 11, 9 and 9 % respectively.

Conclusion: Alcohol dependent patients had lower quality of life than the general Thai population in all SF-36 domains. Associated factors in quality of life of alcohol dependent patients were; family relationship, physical health, financial status, age, number of children, amount of alcohol consumed per day and some psychiatric comorbidities. Lower level of these factors led to poor prognosis in alcohol dependent patients' treatment outcome.

Keywords: Alcohol dependent patients, Quality of life, Psychiatric comorbidity

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(2): 185-198

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

บทนำ

จากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาโรคติดสุรา เป็นภาวะที่พบได้บ่อย WHO รายงานว่ายาเสพติดที่ถูกกฎหมายโดยเฉพาะสุรามีอันตรายต่อสุขภาพมากกว่า ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย¹ จากรายงานในปี พ.ศ. 2547 สุรามีผลกระทบต่อ disability adjusted life years (DALY) อย่างมาก ร้อยละ 4 ของผู้บริโภครสุราเสียชีวิต หรือพิการทุพพลภาพ ซึ่งมากกว่ายาเสพติดอื่นถึง 5 เท่า² ผลการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าจำนวนปีที่ใช้ชีวิตอยู่ในความทุพพลภาพ (years live in disabilities (YLD)) จากโรคติดสุราสูงเป็นอันดับ 1 ในบรรดาโรคทั้งหมด ของประชากรไทย³

จากรายงานการศึกษาของสำนักงานเลขาธิการ คณะกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ปี พ.ศ. 2547² พบว่าสุราเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของอุบัติเหตุจราจร เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับ 3 ของคนไทย รองจากปัญหาเพศสัมพันธ์และบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และสุรายังเป็นสะพานเชื่อมไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่น การมีเพศสัมพันธ์ การก่ออาชญากรรม และเกี่ยวข้องกับ การตายจากโรคมะเร็งหลอดอาหาร โรคตับ โรคชัก โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท⁴ โรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล อาการหูแว่วประสาทหลอน รวมทั้งภาวะชักหรือเพ้อจากการขาดสุรา⁵⁻⁷

ผลการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราพบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยติดสุรามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของประชากรทั่วไปในประเทศนั้นๆ⁸⁻¹⁰ เคยมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราแยกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งในด้าน psychological และ physical domain¹¹ และจากการศึกษา social supporting พบว่า ในผู้ป่วยติดสุราที่มี

เพื่อน มีคู่ครอง จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยติดสุราที่ไม่มีเพื่อนหรือคู่ครอง¹²⁻¹³ โดยการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสุรานั้น จำเป็นต้องมองในสามมิติหลัก ได้แก่ 1.clinical status เช่น ปริมาณสุราที่ดื่มต่อวัน 2.disorder specific problem เช่น ผลเสียจากการดื่มสุราในมุมมองของผู้ป่วย 3.general functioning เช่น social functioning และ environmental support จากการศึกษที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ติดสุรา ได้แก่ ความรุนแรงของระดับการติดสุราน้อย อายุมาก ระดับการศึกษาสูง ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในผู้ติดสุรา ได้แก่ การมีปัญหาจากการดื่มสุรามาก ปริมาณการดื่มต่อวันที่มาก เพศหญิง และการมีโรคร่วมทางจิตเวช (โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและ posttraumatic stress disorder) ซึ่งการมีนั้นถือเป็นเรื่องสำคัญสุดในการมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยติดสุรา³⁰

ในแง่โรคร่วมทางจิตเวช การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยติดสุรามี psychiatric comorbidity สูงมาก โดยจากการศึกษาของ Ismene L. และคณะ¹⁴ พบว่าความชุกในหนึ่งปี (one-Year prevalence) ของ comorbidity mood และ anxiety disorders ในผู้ป่วยติดสุราสูงถึง ร้อยละ 29.2 และร้อยละ 36.9 โดยลำดับ และความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของ schizophrenia ร้อยละ 24 โดยมี prevalence ของ major depressive episode มากที่สุด (ร้อยละ 27.9) รองลงมาคือ generalized anxiety disorder (ร้อยละ 11.6) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยก็พบมี psychiatric comorbidity สูงเช่นกัน โดยการศึกษาของ Aranya P. และคณะ²⁴ ซึ่งทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence ณ ศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่ จำนวน 120 คน พบว่ากลุ่มศึกษามีภาวะโรคจิตเวชร่วม ร้อยละ 60 และการศึกษาของ Witchuda Y.และคณะ³⁵ ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มารับการรักษา

แบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 200 ราย พบกลุ่มอาการของโรคจิตเวช โดยกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ anxiety ร้อยละ 63, alcohol dependence ร้อยละ 62 และ dysthymia ร้อยละ 12 ทั้งนี้ comorbidity psychiatric disorder ถือเป็นสิ่งที่สำคัญและควรตรวจให้พบ

แต่จากการรวบรวมการศึกษาในประเทศไทย ที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ติดสุรา รวมถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราให้ดีขึ้น ทั้งนี้จำเป็นต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยติดสุราในประเทศไทย รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราก่อน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราดีขึ้นอย่างตรงวัตถุประสงค์ จึงเป็นที่มาของการทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราในงานวิจัยนี้ และศึกษาการมีโรคร่วมทางจิตเวชว่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในผู้ติดสุรา ดังที่ได้พบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศข้างต้นหรือไม่

หนึ่ง ในการสำรวจคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสุราแบบสำรวจคุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดสุราในต่างประเทศที่ใช้กันแพร่หลายได้แก่ short-form thirty six (SF-36), Nottingham health profile (NHP), EuroQoL (ED-5D) และ WHOQoL-BREF¹⁵⁻¹⁶

ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงเลือกใช้ short-form thirty six (SF-36 - Thai version) ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับปัจจัยทางสุขภาพ และใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราอย่างแพร่หลายทั้งใน และต่างประเทศ เป็นแบบสำรวจที่มีมาตรฐานและได้รับการแปลหลายภาษา สำหรับฉบับภาษาไทยนั้นผ่านการตรวจสอบ โดยมีค่าความแม่นยำจากการแปลและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ¹⁷ ซึ่ง

short-form thirty six (SF-36 - Thai version) แบ่งการวัดคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้าน ดังนี้ 1.MH=mental health 2.GH=general health 3.BP=bodily pain 4.PF=physical functioning 5.RP=role physical 6.RE=role emotional 7.VT=vitality และ 8.SF=social functioning โดยคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านจะมีคะแนนจาก 0-100 (คะแนนยิ่งสูง คุณภาพชีวิตยิ่งดี) หากผลการสำรวจได้คะแนนของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านออกมาจะสามารถนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรไทยทั่วไปได้ ซึ่งในการศึกษานี้มีสมมติฐานว่าคะแนนคุณภาพชีวิต SF-36 ในกลุ่มผู้ป่วยติดสุราจะต่ำกว่าในกลุ่มประชากรไทยทั่วไป (ผู้ป่วยติดสุรานั้นจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรไทยทั่วไป)

วัตถุประสงค์

1) เพื่อทราบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรา 2) เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรา 3) เพื่อศึกษาการมีโรคร่วม (comorbidity) ทางจิตเวชและความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดสุรา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสำรวจเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional, descriptive survey) โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ 348/2553 (EC4) และคณะกรรมการด้านการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา (ฝ่ายวิจัย) ที่ สธ 0807.21/51 กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยติดสุรา ณ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลศรีธัญญา อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีอาการผิดปกติทางสมองและไม่มีภาวะเพื่อสืบสน สัมภาษณ์

ผู้ป่วยโดยทำการสุ่มแบบ systemic random sampling จนครบ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรในการคำนวณดังนี้:

$$n = Z_{\alpha/2} SD / e^2$$

เมื่อ $1-\alpha = \text{confidence interval} = 0.95$,

$$\alpha=0.05 \text{ (2-sided)}, z_{\alpha/2} = 1.96, SD = 25$$

$$e = \text{ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าเฉลี่ย} = 5$$

การศึกษาในผู้ป่วยติดสุรา 414 คนในฝรั่งเศส พบว่าผู้ป่วยติดสุรามีค่าเฉลี่ยของคะแนน SF-36 ต่ำกว่าคนปกติ 10-13 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้จึงประมาณว่าค่าเฉลี่ยจาก SF-36 ในผู้ป่วยไทยที่ติดสุราจะเท่ากับ 60 (คือ ต่ำกว่าคนไทยปกติประมาณ 10 คะแนน¹⁶) โดยมี $SD = 25$ ดังนั้น $n = [1.96(25)/5]^2 = 96.04 = 97$ คน

กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยที่มาจากโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา (เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราชเพียงแห่งเดียวไม่เพียงพอ) โดยแบ่งสัดส่วนเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวนอย่างละ 25 คน (รวม100 คน)

การวิเคราะห์ผล

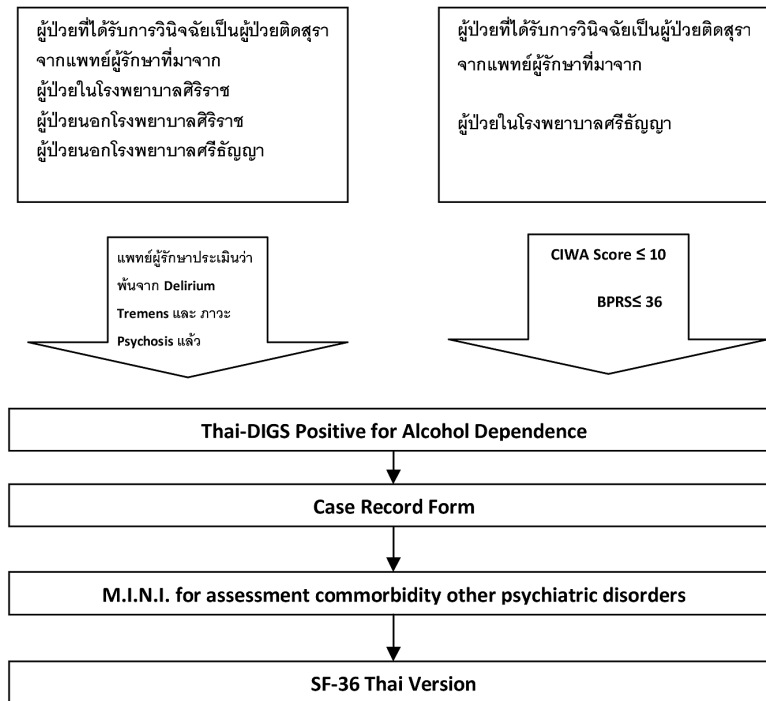
1. วัดคะแนนคุณภาพชีวิต SF-36 รายงานด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าเฉลี่ย, SD
2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคะแนนคุณภาพชีวิตใช้ unpaired t-test กับตัวแปรไม่เกินสองระดับ แต่สำหรับตัวแปรที่มีมากกว่าสองระดับ เช่น อาชีพ ระยะเวลาที่ดื่ม ใช้ one-way ANOVA ในการคำนวณ

3. การหาภาวะโรคร่วมทางจิตเวชและความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตใช้ unpaired t-test ในการคำนวณ
4. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS และ $p<0.05$ ถือว่ามีนัยยะสำคัญทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีดังนี้

1. Case record form ที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่สนใจ
2. Diagnostic Interview for genetic studies, Thai version (Th-DIGS)¹⁸ ในเฉพาะส่วนของ alcohol dependence module เพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะ alcohol dependence
3. Short-form thirty six (SF-36 - Thai version)¹⁷ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรา
4. Mini international neuropsychiatric structure interview (M.I.N.I.-Thai version)¹⁹ เพื่อศึกษาโรคจิตเวชอื่นที่เกิดร่วมกับโรคติดสุรา

ผู้เก็บข้อมูล คือ ผู้ทำโครงการวิจัย และผู้ช่วยวิจัย 2 คนซึ่งจบการศึกษาปริญญาตรีจิตวิทยาและเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกการใช้แบบสอบถาม Th-DIGS และ M.I.N.I.-Thai version ซึ่งมีประสบการณ์การใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากการวิจัยอื่นมาก่อนแล้ว โดยวิธีการเก็บข้อมูล ได้แสดงตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยติดสุรา

ผลการศึกษา

มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 100 คน เป็นชาย ร้อยละ 95 หญิงร้อยละ 5 อายุเฉลี่ย 43.69 ± 9.55 ปี ดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 24.17 ± 8.52 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ใสดร้อยละ 27 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 49) และไม่มีบุตร (ร้อยละ 37) การศึกษาจบชั้นต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 41) อาชีพรับจ้างในสัดส่วนใกล้เคียงกับพนักงานบริษัท (ร้อยละ 25 และ 24) สถานภาพการเงินในครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้จ่ายและพอเหลือออม

(ร้อยละ 69) ร้อยละ 48 รักใคร่กันดีเป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีเพียงร้อยละ 17 ทะเลาะเบาะแว้ง และ ร้อยละ 6 ถึงขั้นทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 50 สุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว มีเพียงร้อยละ 15 ที่มีโรคประจำตัวและเรื้อรัง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุต่ำกว่า 20 ปี (ร้อยละ 46) ซึ่งเป็นอายุที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ จำนวนปีที่ดื่มโดยเฉลี่ย 19.19 ± 10.78 ปี ปริมาณที่ดื่มต่อวันโดยเฉลี่ย 27 ± 32.26 แก้วดื่มมาตรฐาน, ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 35) ดื่มมานาน 11-20 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

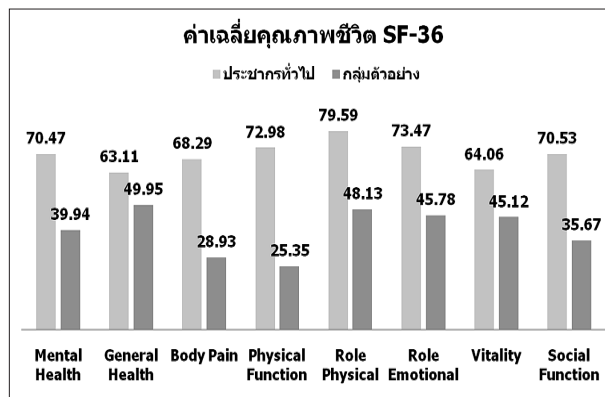
ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดสุรา

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ		สถานภาพการเงินในครอบครัว	
ต่ำกว่า 30 ปี	8	เป็นหนี้	18
อายุ 31 - 40 ปี	28	ไม่พอต่อการใช้จ่าย	13
อายุ 41 - 50 ปี	41	เพียงพอต่อการใช้จ่าย	35
อายุ 51 - 60 ปี	19	เพียงพอต่อการใช้จ่ายและเหลือออม	34
อายุ 60 ปี ขึ้นไป	4	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	
(mean = 43.69, S.D. = 9.55)		ทะเลาะและทำร้ายร่างกาย	6
จำนวนบุตร		ทะเลาะบ่อยครั้ง	17
ไม่มี	37	ปกติ	29
1 คน	19	อบอุ่นรักใคร่กัน	48
2 คน	26	สุขภาพร่างกาย	
≥ 3 คน	8	สุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว	50
ระดับการศึกษา		มีโรคประจำตัวแต่ไม่เรื้อรัง	35
ต่ำกว่าประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	41	มีโรคประจำตัวและเรื้อรัง	15
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรืออาชีวศึกษา	15	≤ 20 ปี	46
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	9	21 - 30 ปี	36
ปริญญาตรี	11	31 - 40 ปี	15
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	2	41 - 50 ปี	2
อาชีพ		> 50 ปี	1
เกษตรกร	5	(mean = 24.17, S.D. = 8.52)	
รับจ้าง	25	จำนวนปีที่ดื่มแอลกอฮอล์	
พนักงานบริษัท	24	≤ 10 ปี	22
ข้าราชการ	8	11 - 20 ปี	35
เจ้าของกิจการ	18	21 - 30 ปี	29
ว่างงานหรืออื่นๆ	20	31 - 40 ปี	10
รายได้ต่อเดือน		>40 ปี	4
ไม่มีรายได้	14	(mean = 19.19, S.D. = 10.78)	
< 5,000 บาท	7	จำนวนแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน	
5,000 - 10,000 บาท	44	≤ 10 แก้วดื่มมาตรฐาน	22
10,001 - 20,000 บาท	26	11 - 20 แก้วดื่มมาตรฐาน	23
> 20,000 บาท	9	21 - 30 แก้วดื่มมาตรฐาน	24
		31 - 40 แก้วดื่มมาตรฐาน	17
		>40 แก้วดื่มมาตรฐาน	14
		(mean = 27, S.D. = 32.26)	

คุณภาพชีวิต SF-36 ของผู้ป่วยติดสุรามีต่ำกว่าประชากรไทยทั่วไปในทุกด้าน¹⁷ (แผนภูมิที่ 2) โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดในด้าน general health (คะแนนเฉลี่ย 49.95) ต่ำสุดในด้าน physical functioning (คะแนนเฉลี่ย 25.35)

ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช พบสูงถึงร้อยละ 69 โรคร่วมที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ lifetime psychotic

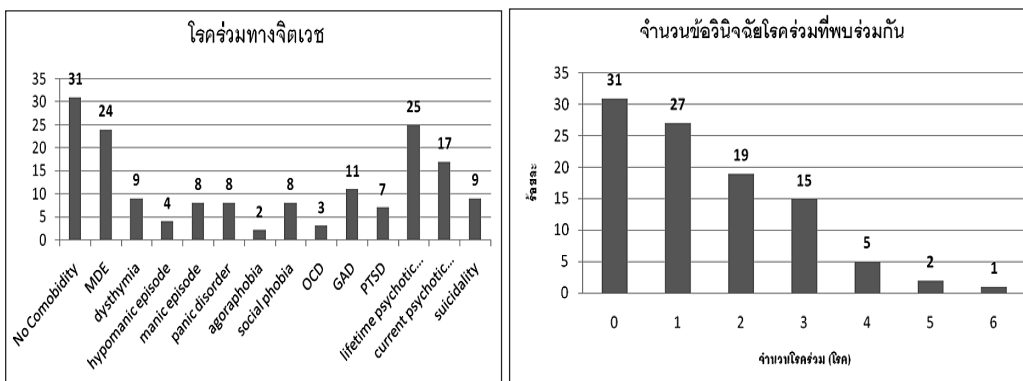
disorder, major depressive episode, current psychotic disorder, generalized anxiety disorder, dysthymia และ suicidality ร้อยละ 25, 24, 17, 11, 9 และ 9 ตามลำดับ ร้อยละ 27 ของผู้เข้าร่วมวิจัยมีโรคร่วมทางจิตเวช 1 โรค ร้อยละ 19 มีโรคร่วมทางจิตเวช 2 โรค ร้อยละ 15 มีโรคร่วมทางจิตเวช 3 โรค และมีผู้ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชสูงสุด 6 โรคมีเพียงร้อยละ 1 (แผนภูมิที่ 3)



แผนภูมิที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลคุณภาพชีวิต SF-36 ในผู้ป่วยติดสุราเทียบกับประชากรไทยทั่วไป

หมายเหตุ: คะแนนคุณภาพชีวิต SF-36 ในประชากรไทยทั่วไปอ้างอิงจากผลการศึกษาของ รณชัย คงสกลร์ และคณะ¹⁷

กราฟแกนตั้งเป็น คะแนนคุณภาพชีวิต SF-36(คะแนนจาก 0-100), แกนนอนเป็นคุณภาพชีวิต SF-36 ในด้านต่างๆ



แผนภูมิที่ 3 แสดงโรคร่วมและจำนวนโรคร่วมทางจิตเวชและของผู้ป่วยติดสุรา

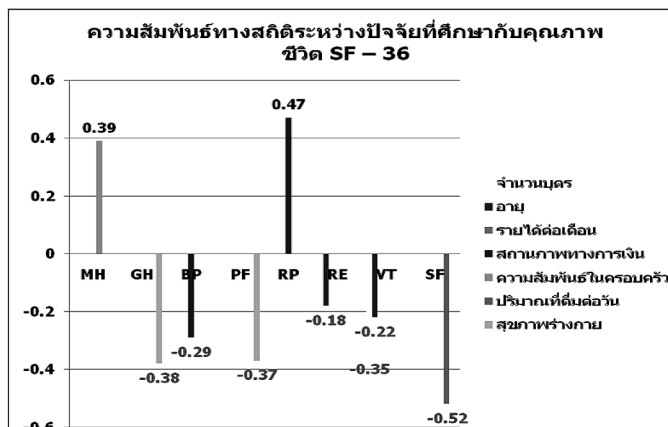
หมายเหตุ: กราฟแกนตั้งเป็น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง,จำนวนคน=ร้อยละ),แกนนอนกราฟด้านซ้ายเป็นโรคร่วมทางจิตเวช, แกนนอนกราฟด้านขวาเป็นจำนวนโรคทางจิตเวชอื่นที่พบร่วม

ผลการศึกษาระหว่างปัจจัยทั่วไป ปัจจัยเกี่ยวกับสุรา และ คุณภาพชีวิต SF-36

ด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% นำตัวแปรปัจจัยแต่ละปัจจัยมาหาค่าความสัมพันธ์กับค่าคะแนน SF-36 โดยแต่ละปัจจัยจะถูกนำมาคำนวณกับคะแนน SF-36 ทั้ง 8 ด้าน คือ 1.MH=mental Health 2.GH=general health 3.BP=bodily pain 4.PF=physical functioning 5.RP=role physical 6.RE=role emotional 7.VT=vitality และ 8.SF=social functioning พบค่าความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิต SF-36 กับปัจจัยที่นำมาศึกษาดังต่อไปนี้ อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนน SF-36 ด้าน vitality (p=0.03) จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนน SF-36 ด้าน vitality (p=0.00) สถานะทางการเงินในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนน SF-36 ด้าน bodily pain และ role physical (p=0.00 และ 0.00) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนน SF-36 ด้าน mental health และ vitality (p=0.00 และ 0.00) สุขภาพร่างกายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนน SF-36 ด้าน general health และ physical

functioning (p=0.00 และ 0.00) จำนวนแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อวันมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนน SF-36 ด้าน general health และ social functioning (p=0.05 และ 0.00) ในด้านเพศสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และจำนวนปีที่ดื่มไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนน SF-36 ในด้านใดเลย

เมื่อคำนวณค่า Pearson correlation (r) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต SF-36 ในเชิงบวกได้แก่ 1. ความสัมพันธ์ในครอบครัว (mental health, r = 0.39) และ 2.สถานภาพทางการเงินของครอบครัว (role physical, r = 0.47) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต SF-36 ในเชิงลบได้แก่ 1. การมีสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง (general health และ physical functioning, r = -0.38 และ -0.37) 2. การมีสถานภาพทางการเงินที่ไม่ดี (bodily pain, r = -0.29) 3. การมีอายุมาก (role emotional และ vitality, r = -0.18 และ -0.22) 4. การมีบุตรมาก (vitality, r = -0.35) 5. ปริมาณสุราที่ดื่มต่อวันมาก (social functioning, r = -0.52) ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 4) ปัจจัยใดที่ไม่ได้นำมาแสดง แปลว่าเมื่อคำนวณแล้วไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



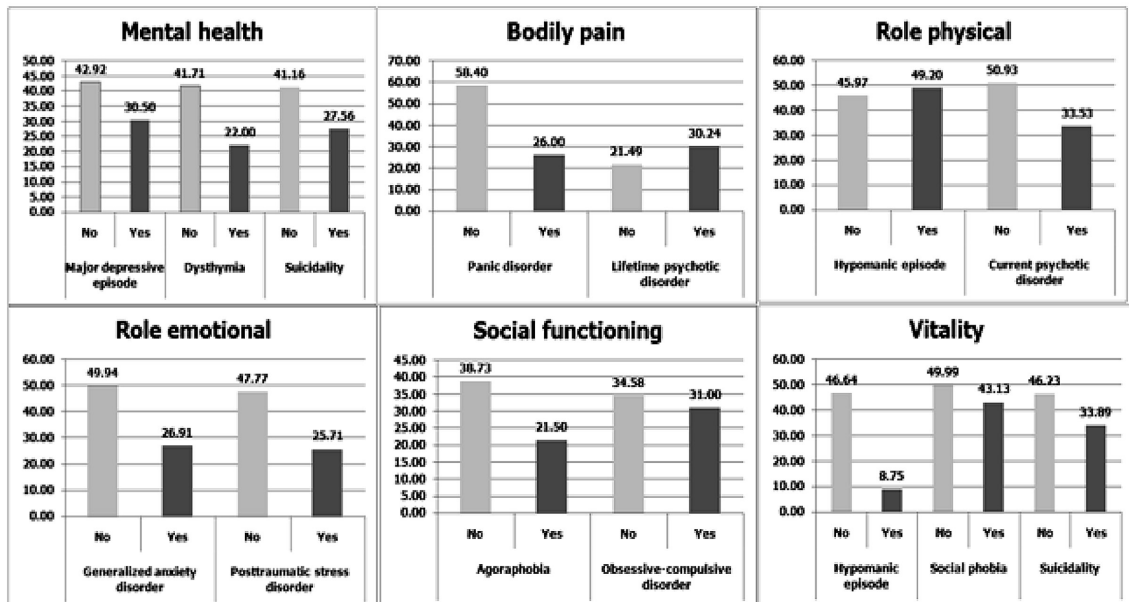
แผนภูมิที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต SF-36 ในผู้ป่วยติดสุรา

หมายเหตุ: กราฟแกนตั้งเป็น ค่า Correlation(R),แกนนอนเป็นคุณภาพชีวิต SF-36 แบ่งเป็น 8 ด้าน ดังนี้ 1.MH=mental Health 2.GH=general health 3.BP=bodily pain 4.PF=physical functioning 5.RP=role physical 6.RE=role emotional 7.VT=vitality และ 8.SF=social functioning

ผลการศึกษาระหว่างโรคร่วมทางจิตเวชและคุณภาพชีวิต SF-36

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ คะแนนเฉลี่ยของด้าน major depressive episode (mental health, $p = 0.00$), dysthymia (mental health, $p=0.00$), hypomanic episode (role physical, $p=0.02$ และ vitality, $p=0.00$), panic disorder (bodily pain, $p=0.00$), agoraphobia (social functioning, $p=0.04$), social phobia (vitality, $p=0.03$), obsessive-compulsive disorder (social functioning, $p=0.05$), generalized anxiety disorder (role emotional, $p=0.00$), posttraumatic stress disorder (role emotional, $p=0.02$), current

psychotic disorder (role physical, $p=0.01$), lifetime psychotic disorder (bodily pain, $p=0.00$), suicidality (mental health และ vitality, $p=0.01$ และ 0.05) โดยพบว่าเกือบทุกปัจจัยจะมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผัน คือหากมีโรคร่วมทางจิตเวชมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าการที่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัย 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับคุณภาพชีวิต คือการมี hypomanic episode และ lifetime psychotic disorder หากมีโรคร่วมทางจิตเวช 2 โรคนี้ จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช (**แผนภูมิที่ 5**) ปัจจัยใดที่ไม่ได้นำมาแสดง แปลว่าเมื่อคิดเป็นค่าทางสถิติแล้วไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



แผนภูมิที่ 5 แสดงโรคร่วมทางจิตเวชที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต SF-36 ในผู้ป่วยติดสุรา

หมายเหตุ: No หมายถึงไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้น, Yes หมายถึง มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้น กราฟแกนนั่งเป็นคะแนนคุณภาพชีวิต SF-36 (คะแนนจาก 0-100), แกนนอนเป็นโรคร่วมทางจิตเวชต่างๆ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่ได้ คะแนน SF-36 ด้าน mental health จะมีค่าสูงถ้ามีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีนั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Humphreys K.¹² และ Hornquist J.¹³ ที่พบว่าในผู้ป่วยติดสุราที่มีเพื่อน มีคูครอง จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยติดสุราที่ไม่มีเพื่อนหรือคูครอง, คะแนน SF-36 ด้าน general health สัมพันธ์กับการศึกษาของ True R.²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยติดสุราจะมีคุณภาพชีวิต SF-36 ด้าน general health ต่ำ ส่วนคะแนน SF-36 ด้าน role emotional กับ vitality ที่มีค่าสูงในผู้ป่วยติดสุราที่มีอายุน้อย อาจเนื่องจาก หากยิ่งดื่มสุรานาน คุณภาพชีวิตก็จะยิ่งแย่งลง ดังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Rather B.²¹ และ Mann K.²² ที่พบว่าหากยิ่งดื่มสุรานาน คุณภาพชีวิตจะยิ่งแย่ง แต่ถ้ายุติดื่มสุราคุณภาพชีวิตจะดีขึ้น ในส่วนของผู้ป่วยติดสุราที่มีสถานภาพทางการเงินที่ไม่ดีมี คะแนน SF-36 ด้าน bodily pain สูงอาจเนื่องจากผู้ที่มีเศรษฐกิจต่ำจะมีความอดทนในด้านความเจ็บปวด สูงกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจสูง โดยผลการศึกษาของบทความนี้ พบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราต่ำสุดในด้าน physical functioning ควรนำผู้ป่วยมาพิจารณาหาทางช่วยเหลือเพิ่มเติม เช่น ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย หรือให้ intervention อื่นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราต่อไป

ส่วนการมีโรคร่วมทางจิตเวชดังต่อไปนี้ hypomanic episode (role physical) และ lifetime psychotic disorder (bodily pain) กลับมีสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยติดสุราที่มี hypomanic episode มักมีการรับรู้ว่าตนมีความสามารถในการทำงานมากขึ้น จึงตอบแบบสอบถามได้คะแนน SF-36 ด้าน role physical สูงกว่าผู้ที่ไม่มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ทำให้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนคุณภาพชีวิตด้าน bodily pain สูงกว่าผู้ที่ไม่มีการรับรู้ หรืออาจเป็นไปได้

ว่าผู้ที่มีภาวะ psychotic มีความสามารถในการตอบแบบสอบถามได้เที่ยงตรงน้อยกว่าคนทั่วไป

ในส่วนของโรคร่วมทางจิตเวช พบผู้ป่วยติดสุรา มีโรคร่วมทางจิตเวชถึง ร้อยละ 69 (แผนภูมิที่ 3) ซึ่งมีค่าสูงใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาเช่น การศึกษาของ Aranya P. และคณะ²⁴ ซึ่งทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น alcohol dependence ณ ศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่ จำนวน 120 คน พบว่ากลุ่มศึกษามีภาวะโรคจิตเวชร่วม ร้อยละ 60 การศึกษานี้พบโรคร่วมที่พบมาก 5 ลำดับแรกได้แก่ lifetime psychotic disorder, major depressive episode, current psychotic disorder, generalized anxiety disorder, dysthymia และ suicidality (พบ ร้อยละ 9 เท่ากัน) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของ Ismene L. และคณะ¹⁴ ที่พบ 1- year rate ของ major depressive episode ร้อยละ 27.9 general anxiety disorder ร้อยละ 11.6 panic disorder ร้อยละ 3.9 posttraumatic stress disorder ร้อยละ 7.7 ส่วน psychotic disorder พบ ร้อยละ 27.5 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษานี้คือ พบ lifetime psychotic disorder และ current psychotic disorder คือ ร้อยละ 25 และ 17 ตามลำดับ คาดว่าสาเหตุที่การศึกษานี้พบ psychotic disorder เป็นสัดส่วนที่มากเนื่องจากกลุ่มประชากรที่เลือกมาจากโรงพยาบาลทางจิตเวช (แผนกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญามักมาเข้ารับการรักษาด้วยอาการ psychotic ทำให้พบอุบัติการณ์ของ psychotic disorder สูงกว่าในประชากรผู้ป่วยติดสุราทั่วไป อย่างไรก็ตามการประเมินในหมวดนี้วัดที่ระยะชั่วชีวิต อาจมีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มศึกษาให้ข้อมูลของการมีอาการทางจิตเนื่องจากเป็นการรับรู้ของตนเองว่ามีอาการทางจิตเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากภาวะพิษสุราหรือการถอนสุราได้ด้วย ซึ่งภาวะ comorbidity psychotic disorder ที่พบสูงสุดในบรรดาโรคร่วมทางจิตเวชนั้น

ต้องตระหนักถึงภาวะนี้เป็นพิเศษหากพบผู้ป่วยติดสุรา เพื่อให้การรักษาได้อย่างครอบคลุมที่สุด ส่วนในเรื่อง comorbidity posttraumatic stress disorder นั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Spitzer R.²⁵ และ Linzer M.²⁶ ที่ว่าผู้ป่วยติดสุรามักมี comorbidity posttraumatic stress disorder สูง

จากการศึกษานี้พบ suicidality ถึงร้อยละ 9 ผู้บำบัดจึงควรตระหนักถึงภาวะความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดังกล่าว รวมทั้งประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย²⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Driessen M.²⁸ ที่พบว่า psychiatric comorbidity เป็นปัจจัยสำคัญของการทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยติดสุรา สาเหตุที่เกิดภาวะโรคร่วมสูงนั้น อาจอธิบายได้จากสมมติฐานที่ว่าผู้ป่วยพยายามรักษาตัวเอง (self-medicated hypothesis)²⁹ โดยเริ่มจากการดื่มสุราช่วยลดอาการวิตกกังวล แต่เมื่อดื่มไปนานๆ ทำให้ดื่มต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ จนติดสุราในที่สุด

การศึกษานี้เน้นศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราโดยใช้เครื่องมือ Short-Form Thirty Six (SF-36) ในการสัมภาษณ์ซึ่งดำเนินการโดยผู้ทำการวิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน อาจทำให้มี bias ในเรื่องการเก็บข้อมูลหากเป็นไปได้ผู้สัมภาษณ์ควรเป็นบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ กลุ่มประชากรที่เลือกศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มารับการรักษาอาการทางจิตเวชหรือเป็นผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคร่วมทางกายรุนแรง อาจทำให้ผลคะแนนคุณภาพชีวิตออกมาต่ำกว่าประชากรทั่วไปที่ติดสุราได้

ทั้งนี้จากผลการศึกษาของบทความนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้โดย

สรุป

ผู้ป่วยติดสุรามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและมักมีโรคร่วมทางจิตเวชสูง ซึ่งหากบุคลากรทางการแพทย์ตระหนักและปรับปรุงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยติดสุราอาจทำให้การรักษาผู้ป่วยติดสุราเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะของการศึกษานี้ หากมีโอกาสศึกษาเพิ่มเติม ผู้วิจัยควรกระจายกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยติดสุราในสถานที่ต่างๆ กันเช่นในผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคแทรกซ้อนในหน่วยตรวจโรคทั่วไป หรือในผู้ป่วยติดสุราที่ไม่ได้เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อผลการศึกษาที่สอดคล้องกับผู้ป่วยในสถานการณ์ตามเป็นจริงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ขอขอบคุณบุคลากรในโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลศรีธัญญาทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการศึกษานี้ ขอขอบคุณแพทย์หญิงอรวรรณ ศิลปกิจ ที่ได้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของการวิจัย ขอขอบคุณ ศ.นพ. รณชัย คงสกนธ์ และแพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ เป็นอย่างสูงที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ SF-36 และ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย รวมทั้งขอขอบคุณ ผศ.ดร.จุฬาลักษณ์ โกมลตรี ซึ่งเป็นที่ปรึกษาทางด้านสถิติจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Statistic information [Database on the internet]. World health Organization. News target network. [Cited February 15, 2007] Available from: <http://www.nwestarget.com/001009.html>.
2. Yongyut K, Bungorn R. The policy and regulation to control the alcohol consumption. Bangkok: MPT; 2004.

3. Chavate N, Jirapat K. Risk factor and Disease of Thai Population. *Weekly Journal of Epidemiology* 2004; 49(4):305-322.
4. Bureau of Epidemiology. Ministry of Public health; 2003.
5. Songkai P. Drug Addicting Medical Science. Songkla. Lim Brother Publishing; 2002.
6. Paiboon D. Alcohol Consumption Behavior. Bangkok; 1998.
7. Prakit R. Thai Business. Bangkok 1980; 86-90.
8. Welsh J, Buchsbaum D, Kaplan C. Quality of Life of alcoholics and non alcoholics: does excessive drinking make a difference in an urban setting. *Qual Life Res* 1993; 2:335-340.
9. Chubon R. Development of a Quality of Life rating scale for use in healths care evaluation. *Eval health Pro*1987; 10:1034-8.
10. Hunt S, McEwen J. The development of a subjective health indicator. *social health In* 1980; 2:231-46.
11. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ. Comparison of the Quality of Life of cancer patients and alcohol dependents. *Qual Life Res* 1997; 6:646.
12. Humphreys K, Moos R, Cohen C. social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *J Stud Alcohol* 1997; 58:231-238.
13. Hornquist J, Akerlind I. Loneliness correlates in advanced alcohol abusers II. *Scand J Soc Med* 1987; 15:225-32.
14. Ismene L, Gerardo G, Robert R, John H. Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric disorders *Alcohol Research & health* 2002; 26:81-89
15. J.H. Foster. Quality of life measurement and alcoholism: Another arm to nursing practice? *Clinical Effectiveness in Nursing* 2006; 9S3: e295-e301.
16. da Silva Lima A, Fleck M, Pechansky F. Psychometric properties of the World health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males- a pilot study. *Qual Life Res* 2005; 14:473-8.
17. Ronnachai K, Chatchawan S. Thai version of the medical outcome study 36 items short form health survey. *International journal of medical sciences* 2009; 6(4):160-7
18. Sitdhiraksa N, Singhakant S, Ratta-Apha W, Saisavoey N, Chantakan S. Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS): validity, inter-rater and test-retest reliability of the Thai version. *ASEAN Journal of Psychiatry* 2008; 9(2):104-13.
19. Kittirattanapaiboon P., Arunpongpaisal S, et al. The validity of the mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.)-Thai version. *Journal of Mental Health of Thailand* 2005; 13(3):125-35
20. True R, Romeis B, Waterman J, et al. Alcoholism and health related quality of life. *Alcohol Clin Exp Res*1997, 21 (Suppl): 116A (published abstract).
21. Rather B, Sherman M. Relationship between alcohol expectancies and length of abstinence among alcoholics anonymous members. *Addict Behav* 1989; 14:531-6.

22. Mann K, Morlock P, Mezger A. Quality of Life and drinking status in alcoholics 6 years after treatment. *Qual Life Res* 1997; 6:688 (published abstract).
23. Daepfen J, Kreig M, Burnard B, Yersin B. health related quality of life in alcoholic patients measured with the 36-item Short-Form health Survey. *Qual Life Res* 1995; 4:413 (published abstract).
24. Aranya P, Naranchaya S. Psychiatric comorbidity of alcohol dependent patients admitting in Chiang Mai drug dependence treatment center. *J Psychiatry Assoc Thailand* 2009; 54(1):63-74
25. Spitzer R, Kroenke K, Linzer M et al. health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME±MD study. *JAMA* 1995; 274:1511-17.
26. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, et al. Gender quality of life and mental disorders in primary care: Results from the PRIME±MD study. *Am J Med* 1996; 101:526-33.
27. Jintana S. mental health Status of Alcohol Dependence Patient in Somdet Chaopraya Hospital. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry; 1994.
28. Driessen M, Veltrup C, Weber J, Ulrich J, Wetterling T, Dilling H. Psychiatric comorbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction* 1998; 93:889-94.
29. Kushner Mg, Abrams K, Thuras P, Hanson K, 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.
30. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of Life in alcohol-dependent subjects - a review. *Quality of Life Research* 1999; 8:255-61.
31. Sutee A. Alcohol Dependence Patient Appearance of Psychiatric Ward in Maharaj Chaingmai Hospital. Chaingmai; 1988.
32. Paritas S, Punnapa K and Wanida P. Prevalence of Alcoholism and mental health Status of Thai People. *Suan Prung Journal* 1998; 1:61-72.
33. Prapai T. The social Support of Alcohol Dependence Patient. Bangkok; 2003.
34. Suguma S. Alcohol Consumption Behavior in Family and social Perspective, Effects and Attitude of Alcohol Consumption. Bangkok; 2004.
35. Witchuda Y, Sucheera P, et al. Psychopathological Characteristic of Patients with Alcohol Use Disorders. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56(2):167-178.