



ความชุกและปัจจัยเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุราโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Prevalence and Associated Factors of Depression Awareness in Patients with Alcohol use Disorder at Maharajnakorn Chiang Mai Hospital

จินทราย อรุณรัตน์พงศ์*, ชวนันท์ ชาญศิลป์*

Rinsai Aroonrattanapong*, Chawanun Charnsil*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของผู้ติดสุราที่ตระหนักรู้ถึงภาวะซึมเศร้าและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการตระหนักรู้ถึงภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดสุราที่มารักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทำการตอบแบบสอบถามถึงความตระหนักรู้และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าชนิดผู้ป่วยตนเอง ชื่อ PHQ-9 กำหนดจุดตัดตั้งแต่ 5 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา มีผู้ติดสุราเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 89 คน พบว่า 47 คน มีภาวะซึมเศร้า (คิดเป็นร้อยละ 52.8) ในจำนวนนี้มีเพียง 35 คน ที่ตระหนักรู้ว่าตนมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 74.4 ผู้มีรายได้ประจำและการศึกษาจำนวนปีที่มาก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้ของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$, $p=0.08$)

สรุป พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าที่สูงในผู้ติดสุรา ควรเห็นความสำคัญและได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยในการรักษาภาวะติดสุรา

คำสำคัญ ผู้ติดสุรา ภาวะซึมเศร้า การตระหนักรู้

Corresponding author: ชวนันท์ ชาญศิลป์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(1): 27-34

ABSTRACT

Introduction : Alcoholic use disorder is a common public health problem in every country. It is quite common that an alcohol use disorder has co-morbidities with other psychiatric disorders. To successfully treat patients with alcoholic use disorder the comorbidities must be treated as well.

Objectives : To examine the prevalence of depression and factors related to awareness of depression in patients with alcoholic use disorder in Thailand.

Methods : A descriptive cross-sectional study was conducted. Inpatients and outpatients with alcohol use disorder were invited to participate in this study. Subjects who had any previous history of depressive disorder treatment were excluded. The awareness of depression was determined by the Illness Perception Questionnaire-Revised, IPQ-R, while depression was determined by the Thai version of the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) with cut off point of ≥ 5 .

Results : Eighty-nine subjects with alcoholic use disorder agreed to join this study. Forty-seven cases (52.8%) had depression indicated by the PHQ-9 scale. Thirty-five cases with depression (74.47%) were aware of depression relating to alcohol use. Using the logistic regression analysis, regular income and more years of education were significant factors related to the awareness score ($p=0.01$, $p=0.08$).

Conclusion : There is high prevalence of depression in patients with alcohol use disorder and most of them had not received treatment for depression. Therefore, clinicians should be concerned and given treatment of depression and alcohol use disorder.

Keywords : alcohol, depression, awareness

Corresponding author: Chawanun Charmsil

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(1): 27-34

บทนำ

ภาวะติดสุราเป็นปัญหาสำคัญในทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระทบปัญหาสุขภาพ ครอบครัว ภาวะติดสุราและหน้าที่การงาน โดยมีความชุกของทั่วโลกประมาณร้อยละ 8-14 นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับโรคทางจิตเวชต่างๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน โรคแพนิค เป็นต้น^{1,2} จากการศึกษาของ The National Institute of Mental Health Epidemiology Catchment Area (ECA study) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยร้อยละ 37¹⁻³ พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ติดสุราใน 1 ปีร้อยละ 27.9 (OR 3.9) ในการศึกษาของ Nation Comorbidity Survey พบว่าคนที่ติดสุราในช่วงชีวิตจะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในเพศชายประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 24.3) ในเพศหญิงเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.5) เมื่อเทียบกับผู้ไม่ติดสุรา³ ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วมหลักที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ใช้สารเสพติด จากการสำรวจประชากรในประเทศไทยปี ค.ศ. 2008 พบความชุกของผู้ติดสุราร้อยละ 11.7 ผู้ติดสุรานั้นมีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นของการเกิดโรคซึมเศร้า ในเพศชาย (OR 2.49, 95% CI 1.76-3.53) และหญิง (OR 4.34, 95% CI 2.31-7.26)⁴ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าอยู่เดิมอาจใช้สุราหนักขึ้นเมื่อมีอาการซึมเศร้า และยังพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งแรกที่วินิจฉัยภาวะติดสุราจะเป็นตัวทำนายภาวะติดสุราที่เรื้อรังที่รักษายากต่อไป และการมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเป็นตัวทำนายการติดสุราในอนาคต^{3,5} จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้นทำให้ภาวะของการติดสุราดีขึ้น⁵ ผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมีความเสี่ยงของการกลับมาติดสุราเกือบเป็นสองเท่าในระยะเวลาหนึ่งเดือนภายหลังการรักษา⁶ จากการศึกษาของ Hobbs และคณะ⁷ เป็นการศึกษาแบบ Meta-analysis ในคนไข้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าการรักษาภาวะซึมเศร้าที่ดีขึ้นจะส่งผลถึงการรักษาการติดสุราที่มีแนวโน้มดีขึ้น การ

ประสบความสำเร็จในการรักษาของผู้ติดสารเสพติดคือ ให้การรักษาที่เหมาะสมกับบุคคลนั้นมากที่สุด ควรใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน การรักษาด้วยยา จิตสังคมบำบัด เปลี่ยนสถานที่ สภาพแวดล้อม ความเข้มของการรักษา และการรักษาโรคร่วมของผู้ป่วย จึงมีข้อมูลสนับสนุนมากมายในการรักษาภาวะติดสุราให้ได้ประสิทธิภาพ โดยต้องคัดกรองและรักษาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย^{3,8-10}

จากการศึกษาของ Tachuchi และคณะ¹¹ ศึกษาคนติดสุราในประเทศญี่ปุ่นพบว่าตนเองมีความตระหนักรู้ถึงปัญหาทางด้านจิตเวชต่ำ การศึกษาของ Goldman และคณะ¹² พบว่าครึ่งหนึ่งของประชากรสงสัยว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้าและถ้าผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ต่อภาวะที่ตนเป็นจะส่งผลต่ออาการดีขึ้นของผู้ป่วยด้วย แต่เป็นที่น่าเสียดายในการศึกษาของ Hickie และคณะ¹³ ศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่า ทั้งที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้เข้ารักษาการรักษาเนื่องจากกังวลเรื่องการเกิดตราบาปในจิตใจ ดังนั้นการตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษา การทานยา และควรรักษาโรคร่วมด้วยเพื่อทำให้การรักษาประสบความสำเร็จมากขึ้น¹⁴⁻¹⁶ ในประเทศไทยปัจจุบันยังไม่มีการวิจัยใดที่ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ของภาวะซึมเศร้าของตนเองในผู้ติดสุรา ดังนั้นจึงได้มีการวิจัยขึ้นนี้เพราะยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับความตระหนักรู้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา และอัตราการตระหนักรู้ถึงภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการตระหนักรู้ถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตระหนักรู้ของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา ในกลุ่ม

ตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทหารอากาศนครเชียงใหม่ เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2558 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559 งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 001/2559

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกรายต้องยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถเขียนได้
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยติดสุรา (alcohol use disorder) โดยแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)¹⁷

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชหรือเคยได้รับการรักษามาก่อน เช่น โรคซึมเศร้า อารมณ์ครั่นคราง โรควิตกกังวล
2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมองร่วมด้วย ได้แก่ โรคลมชัก โรคมะเร็งของสมอง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการประมาณความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุราร้อยละ 28¹⁸ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดไม่เกินร้อยละ 10

จากใช้สูตรสถิติ

$$N = Z_{\alpha/2}^2 PQ/E^2$$

$Z_{\alpha/2}$ หมายถึง ค่ามาตรฐานที่ได้จากตาราง $Z=1.96$

P หมายถึง สัดส่วนของ prevalence ที่ได้จากการศึกษาอ้างอิง $P=0.3$

Q หมายถึง $1-P = 0.7$

Error หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อน $E=0.1$

จะได้ประชากรที่ต้องการเท่ากับ 81 ราย เพื่อป้องกันการขาดหายของความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจึงเพิ่มตัวอย่างประชากรอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่าง 89 ราย

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้ให้คำชี้แจงรายละเอียดโครงการ อธิบายข้อมูลและแจกเอกสารเกี่ยวกับงานวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ตัดสินใจก่อนการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยยินยอมจึงตอบแบบสอบถามดังนี้

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ
2. ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินตนเองถึงการตระหนักว่าดื่มสุราเกิดจากปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของตนเอง ดัดแปลงจาก Illness Perception Questionnaire-Revised, IPQ-R¹⁹
3. ทำแบบประเมินเพื่อหาภาวะซึมเศร้าโดยแบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ในงานวิจัยนี้ใช้ค่า $PHQ-9 \geq 5$ หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยขึ้นไป²⁰

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยใช้โปรแกรม Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] version 22 ใช้สถิติร้อยละ (percentage) ในการอธิบายข้อมูลความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา ใช้สถิติชนิด Mann-Whitney U-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างของ awareness score ระหว่างกลุ่มใช้สถิติชนิด Spearman's Rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์อายุและจำนวนปีของการศึกษากับ awareness score ความสัมพันธ์ที่มีค่า $p < 0.05$ มีค่าความแตกต่าง ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ

ผลการศึกษา

มีผู้ติดสุราที่รับเชิญเข้าวิจัยทั้งหมด 92 ราย ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล 2 ราย กรอกแบบสอบถามไม่ครบทั้งหมด 1 ราย เหลือผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 89 ราย ข้อมูลทั่วไปแสดงในตารางที่ 1 มีคนที่มีภาวะซึมเศร้า 47 ราย (ร้อยละ 52.8) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 47 ราย พบว่า 35 ราย ใน 47 ราย (ร้อยละ 74.4) ตระหนักรู้ว่าตนมีภาวะซึมเศร้า ค่าเฉลี่ยของ awareness

score = 0.81 (ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองน่าจะมีภาวะซึมเศร้า) ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า 47 ราย ผู้ที่มีเงินเดือนที่แน่นอนนั้นมีความตระหนักรู้ภาวะซึมเศร้าน่ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีเงินเดือนที่แน่นอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) นอกจากนี้พบแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนปีการศึกษาที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการตระหนักรู้ของภาวะซึมเศร้าน่ามากกว่า ($p=0.08$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ทำการศึกษา

		ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าวร่วมด้วย [n=47,52.80%]	ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าวร่วมด้วย [n=42,47.20%]
เพศ	ชาย	40	41
	หญิง	7	1
อายุเฉลี่ย		46	47.62
จำนวนปีของการศึกษา		11.28	10.83
รายได้	มีรายได้ประจำ	34	30
	ไม่มีรายได้ประจำ	13	12
สถานะสมรส	อยู่กับคู่ครอง	26	25
	ไม่ได้อยู่กับคู่ครอง	21	17

ตารางที่ 2 ตารางแสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุราจำนวน 47 ราย

ตัวแปร		Mean [SD] awareness score	p-value
เพศ	หญิง	0.71 [0.49]	U = 127.5 , P = 0.65
	ชาย	0.81 [0.55]	
รายได้	มีเงินเดือนที่แน่นอน	0.94 [0.49]	U = 125.5 , P = 0.01*
	ไม่มีเงินเดือนที่แน่นอน	0.46 [0.52]	
คู่ครอง	อยู่กับคู่ครอง	0.92 [0.56]	U = 213.5 , P = 0.12
	ไม่ได้อยู่กับคู่ครอง	0.67 [0.83]	
อายุ		46.00 [11.03]	$r_s = -0.04$, P = 0.81
การศึกษา		11.28 [5.53]	$r_s = 0.26$, P = 0.08

^U = Mann-Whitney U test

r = Spearman's rank correlation coefficient

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบร้อยละ 52.8 ของผู้ติดสุรานั้นมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ภาวะซึมเศร้านั้นพบได้บ่อยในผู้ติดสุรา² แต่ในการศึกษานี้พบได้สูงกว่าการศึกษาอื่นที่พบในประเทศไทยก่อนหน้านี้เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้เป็นได้ปรับเกณฑ์การวินิจฉัยของแบบคัดกรองลงจะนับตั้งแต่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยที่ยังไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า^{4, 18} การศึกษาถึงความตระหนักรู้ของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุราเป็นครั้งแรกในประเทศไทย พบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 74.47 นั้นตระหนักรู้ว่าตนเองมีภาวะความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยแต่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยหรือรักษามาก่อนหน้านี้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามองว่าตนเองมีภาวะดังกล่าวอยู่และผู้ที่ตระหนักว่าตนเองมีภาวะซึมเศร่าอยู่นั้นส่งผลต่อการรักษาที่ดี¹² แต่ในการศึกษานี้เป็นที่น่าเสียดายที่ผู้ที่ตระหนักว่าตนเองมีภาวะซึมเศร่านั้นไม่เคยเข้ารับการรักษามาก่อนหน้านี้อาจเป็นเพราะว่าการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอาจกลัวเป็นตราบาป ในการศึกษาที่สำรวจความตระหนักรู้และทัศนคติของภาวะซึมเศร้าในชาวออสเตรเลีย พบว่ามีจำนวนประชากรกลุ่มหนึ่งที่ทราบว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้าแต่คิดว่าตนเองไม่ได้เป็นโรคและไม่ต้องการที่จะเข้ารับการรักษา¹³ การศึกษาที่เกี่ยวกับความตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในตนเองนั้นยังน้อยอยู่ อาจจำเป็นต้องมีการทำวิจัยถึงปัจจัยตัวแปรที่เกี่ยวข้องในครั้งหน้าเพิ่มเติม รวมถึงปริมาณของการดื่มสุรานั้นสัมพันธ์ต่อการตระหนักรู้ในตนเองอย่างไร^{3, 5}

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะในผู้ป่วยติดสุราที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จึงอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของผู้ติดสุราทั่วไป

2. การสำรวจเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถบอกทิศทางของความสัมพันธ์ได้

3. จำนวนของผู้เข้าร่วมการศึกษาอาจน้อยเกินไปที่จะสามารถมองเห็นความสัมพันธ์ของความตระหนักรู้ในตัวแปรอื่น ๆ

4. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ปรับเกณฑ์ลงอาจทำให้เทียบไม่ได้กับการศึกษาก่อนหน้านี้ได้ชัดเจน

5. การศึกษาครั้งถัดไปควรเพิ่มจำนวนประชากรและความหลากหลายของประชากร รวมทั้งใช้แบบสอบถามที่เป็นเกณฑ์การวิเคราะห์แบบมาตรฐานเพื่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลได้แม่นยำและน่าเชื่อถือมากขึ้น รวมถึงควรมีการศึกษายาวเพื่อค้นหาปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์มากขึ้น

สรุป

พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงในผู้ติดสุรา ผู้ติดสุราที่ตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าของตนนั้นสัมพันธ์กับจำนวนปีการศึกษาที่เรียนและรายได้ประจำ เป็นที่น่าแปลกใจที่ผู้ติดสุราจำนวนมากที่ตระหนักรู้ว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับการรักษามาก่อนหน้านี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณพิมพ์ เทพวัลย์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) ฉบับภาษาไทย และพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชหอผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่ช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์ คัดกรองและเก็บข้อมูลให้การศึกษาสามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511-8.
2. Hasin DS, Grant BF. The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 891-6.
3. Conner KR, Pinquart M, Gamble SA. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2009; 37: 127-37.
4. Suttajit S, Kittirattanapaiboon P, Junsirimongkol B, Likhitsathian S, Srisurapanont M. Risks of major depressive disorder and anxiety disorders among Thais with alcohol use disorders and illicit drug use: findings from the 2008 Thai National Mental Health survey. *Addict Behav* 2012; 37: 1395-9.
5. Martin GW, Rehm J. The effectiveness of psychosocial modalities in the treatment of alcohol problems in adults: a review of the evidence. *Can J Psychiatry* 2012; 57: 350-8.
6. Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K. The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol Alcohol* 2001; 36: 249-55.
7. Hobbs JD, Kushner MG, Lee SS, Reardon SM, Maurer EW. Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict* 2011; 20: 319-29.
8. Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ. Psychopathology in hospital alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1050-5.
9. Schuckit MA. The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1043-9.
10. Burns L, Teesson M, O'Neill K. The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction* 2005; 100: 787-96.
11. Taguchi Y, Takei Y, Sasai R, Murteira S. Awareness and treatment of alcohol dependence in Japan: results from internet - based surveys in persons, family, physicians and society. *Alcohol Alcohol* 2014; 49: 439-46.
12. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 569-80.
13. Hickie IB, Luscombe GM, Davenport TA, Burns JM, Highet NJ. Perspectives of young people on depression: awareness, experiences, attitudes and treatment preferences. *Early Interv Psychiatry* 2007; 1: 333-9.
14. Boschloo L, van den Brink W, Penninx BW, Wall MM, Hasin DS. Alcohol-use disorder severity predicts first-incidence of depressive disorders. *Psychol Med* 2012; 42: 695-703.

15. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60: 631-7.
16. Olaya B, Marsa F, Ochoa S, Balanza-Martinez V, Barbeito S, Garcia-Portilla MP, et al. Development of the insight scale for affective disorders (ISAD): modification from the scale to assess unawareness of mental disorder. *J Affect Disord* 2012; 142: 65-71.
17. Bartoli F, Carra G, Biagi E, Crocamo C, Dakanalis A, Di Carlo F, et al. Agreement between DSM-IV and DSM-5 criteria for alcohol use disorder among outpatients suffering from depressive and anxiety disorders. *Am J Addict* 2017; 26: 53-6.
18. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders [Internet]. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2002.
19. Thepphawan P, Watthnakkitrileart D. Cognitive representation, Emotion responses and Hospital experience in predicting decision making for receiving treatment among patient with acute coronary syndrome. *J Nurs Sci* 2011; 29: 111-9.
20. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and valid of the Thai version of the PHQ-9. 2008. *BMC Psychiatry* 2008; 8:46.