

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนพิษยา

นางสาวสุภัทรา เสนานุญญฤทธิ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-030-982-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN AMPHETAMINE WITHDRAWAL PATIENTS



MISS SUPPATTRA SANABUNYARIT

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-030-982-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในระยะถอนพิษยาของผู้เสพแอมเฟตามีน

โดย นางสาวสุภัทรา เสนานุญญฤทธิ์

สาขาวิชา สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม นายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา (ร่วม)
(นายแพทย์ สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา)

..... กรรมการ
(อาจารย์ นายแพทย์ เอม อินทกรณ์)

สุภัทรา เสนาบุญญฤทธิ์ : ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนพิษยา
(FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN AMPHETAMINE WITHDRAWAL PATIENTS)

อ. ที่ปรึกษา : อาจารย์ นายแพทย์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย , อ. ที่ปรึกษาร่วม : นายแพทย์สรายุทธ์
บุญชัยพานิชวัฒนา , 121 หน้า. ISBN 974-030-982-8

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนยาที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยรายใหม่ที่ติดแอมเฟตามีน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จำนวน 120 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มศึกษา (กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า) จำนวน 60 คน และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า) จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามสภาวะทางจิต-สังคม (Psycho-social interview form) แบบสัมภาษณ์คัดกรองอาการทางจิตเวช (Screening interview of Mental disorder) แบบประเมินสำหรับความซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression) และแบบประเมินอาการถอนยา (Amphetamine Withdrawal Questionnaire) สถิติ ใช้ Univariate analysis เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง และค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยาด้วย Forward Multiple logistic regression

จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวพบว่า ความเพียงพอของรายได้ ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน/สัปดาห์ ระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน สถานที่ตั้งของแหล่งขายยาเสพติด ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนพิษยาที่ระดับ .001 คือ ปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้/สัปดาห์ และระยะเวลาในการใช้แอมเฟตามีน



ภาควิชา จิตเวชศาสตร์
สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2544

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

##4275268630 : MORJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD : AMPHETAMINE DEPENDENT PATIENTS / AMPHETAMINE WITHDRAWAL PATIENTS
DEPRESSION IN AMPHETAMINE WITHDRAWAL

SUPATTRA SANABUNYARIT : FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN AMPHETAMINE
WITHDRAWAL PATIENTS. THESIS ADVISOR : SOOKJAROEN TANGWONGCHI, MD.

THESIS CO-ADVISOR : SARAYUD BOONCHIPANITWANTANA, MD ; 121 pp.

ISBN 974-030-982-8

The purpose of this study was to explore the factors related to depression in Amphetamine withdrawal patients at out-patient service of Thanyarak Hospital. The subjects of this study were 120 eligible patients. Sixty depressive patients were assigned to the study group and sixty non-depressive patients in the control group. The European Substance Use Database and Psycho social use history were used to collect the demographic data. The instruments used to assess depression and withdrawal symptoms were Hamilton Rating Scale for Depression Thai version (HAM-D) and Amphetamine Withdrawal Questionnaire (AWQ) respectively. The result was analyzed to determine all descriptive information. Univariate analysis was done to compare all independent variables. Forward Multiple logistic regression was performed to reveal the significant related to depression in Amphetamine withdrawal patients.

The results of univariate analysis revealed that financial status, doses and duration of Amphetamine use, the market sourcing were significantly different between two groups of patients. ($p < 0.01$)

The result of Forward Multiple logistic regression showed that only dose of Amphetamine use was the only factor related to depression in Amphetamine withdrawal. ($p < 0.001$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department Psychiatry

Field of study Mental Health

Academic year 2001

Student' s signature

Advisor' s signature

Co-advisor' s signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ อาจารย์ นายแพทย์สุช เจริญ ตั้งวงษ์ไชย ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ช่วยเหลือ และตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มาโดยตลอดและเนื่องจากทุนการวิจัยบางส่วนได้รับมาจากทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์นายแพทย์เอม อินทกรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ทำให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์วงสร้อย วรรณ อาจารย์วงศัวรรณ วงศ์สุภา คุณศรีสกุล ชมสวัสดิ์ ที่ให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ คณะแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และคอยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา น้า รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และพี่ทั้งสองที่เป็นกำลังใจเสมอมา และขอบคุณเพื่อนศิษย์เก่าชลกันยานุกูล เพื่อนพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนีชลบุรีรุ่น 13 พี่ปริญญาโทรุ่น 11 เพื่อนปริญญาโทรุ่น 12 แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชลบุรี และทุกๆ ท่านที่มีได้กล่าวถึงที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ สุภัทรา เสนาบุญญฤทธิ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1. บทนำ.....	2
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	2
คำถามของการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ข้อจำกัดและอุปสรรคในการวิจัย.....	7
คำนิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ความหมายและประเภทของสารเสพติด.....	9
การติดสารเสพติดและเกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดสารเสพติด.....	13
ข้อมูลทั่วไปของยาเสพติดให้โทษชนิดยาบ้าหรือแอมเฟตามีน.....	15
ขั้นตอนของการติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน.....	23
สาเหตุของการเสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน.....	24
ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้เสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน.....	25
สารสื่อประสาทกับภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยา.....	26
การรักษาผู้ติดแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยา.....	27
ทฤษฎีและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	28

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	
งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในประเทศไทย.....	32
งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในต่างประเทศ.....	34
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
รูปแบบการวิจัย.....	36
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การรวบรวมข้อมูล.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผลการศึกษา.....	85
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย.....	92
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	92
รายการอ้างอิง	93
ภาคผนวก ก.....	103
ภาคผนวก ข.....	105
ประวัติผู้วิจัย.....	121

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงจำนวนผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาแอมเฟตามีน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปี พ.ศ. 2530-2544.....	4
2. แสดงสถิติผลการจับกุมคดียาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนและจำนวนของกลางประจำเดือน มกราคม-ธันวาคม 2542	4
3. แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างสารเอมีน และอาการต่างๆ.....	32
4. แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	49
5. แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการถอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีน.....	50
6. แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลการทำงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วย.....	51
7. แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะ วิธีการใช้ยาเสพติดและสภาพการใช้ยาเสพติด.....	53
8. แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับสภาพครอบครัวของผู้ป่วย.....	56
9. แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการใช้ยาเสพติดของบิดา-มารดาของ.....	59
10. แสดงจำนวนและร้อยละแสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการใช้ยาเสพติดของญาติพี่น้อง.....	59
11. แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้สึกของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมกาติดยาเสพติด...	60
12. แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพความเป็นอยู่และประวัติของกลุ่มสมรส.....	61
13. แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติสำหรับผู้มีสถานภาพโสด.....	64
14. แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการศึกษา.....	66
15. แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่างๆ ของผู้ป่วย.....	68
16. แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดกฎหมายในรูปแบบต่างๆ.....	70
17. แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มเพื่อน.....	71
18. แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพแวดล้อมของชุมชน และการได้มาซึ่งยาเสพติด.....	72
19. แสดงค่า t-test , P-value ของความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึม- เศร้า.....	74
20. แสดงค่า odd ratio , 95%CI , P-value ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับการเกิดภาวะ ซึมเศร้า.....	75

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
21. แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการใช้แอมเฟตามีนกับข้อมูลต่างๆ.....	76
22. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1.....	76
23. การวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างตัวพยากรณ์ข้อมูลการใช้แอมเฟตามีนกับภาวะซึมเศร้า.....	77
24. แสดงการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณเพื่อค้นหาตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า.....	77
25. แสดงค่าเฉลี่ยรวมของอาการนอนพิษยาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 ของกลุ่มตัวอย่าง.....	77
26. แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 ของกลุ่มตัวอย่าง.....	78
27. เปรียบเทียบความแตกต่างของอาการนอนพิษยาในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5	78
28. แสดงค่า odd ratio , 95%CI , P-value ที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก.....	77



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

ยาเสพติดเป็นมหันตภัยที่ใหญ่หลวงของมนุษยชาติ นอกจากจะมีผลกระทบต่อบุคคลโดยตรงแล้วยังมีผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิด ครอบครัว สังคม รวมถึงประเทศชาติ ที่สำคัญคือ "ผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมของโลก"⁽¹⁾ ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่กำลังประสบกับปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดเช่นเดียวกัน จากรายงานของกระทรวงมหาดไทยพบว่า จำนวนผู้ติด และผู้ใช้ยาเสพติดทั้งประเทศรวมประมาณ 3,000,000 คน จำแนกเป็นผู้ใช้ หรือผู้เสพแต่ยังไม่ติด 2,700,000 คน ผู้ติด 300,000 คน และการแพร่ระบาดได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง จากหมู่บ้าน/ชุมชน ปี 2539 พบว่า หมู่บ้าน/ชุมชนประสบปัญหายาเสพติด 23,841 แห่ง และขยายเป็น 33,876 แห่งในปี 2543 โดยจำแนกเป็นหมู่บ้านรุนแรง 7,374 หมู่บ้าน , ปานกลาง 10,798 หมู่บ้าน และเบาบาง 15,713 หมู่บ้าน และจากการสำรวจการแพร่ระบาดในหมู่ นักเรียน/นักศึกษานั้นพบว่า ปี พ.ศ. 2542 จำนวนนักเรียน/นักศึกษาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดรวม 663,290 คน โดยเกี่ยวข้องกับยาบ้า 380,565 คน จำนวนนักเรียน/นักศึกษาเกี่ยวข้องเป็นผู้ติด 80,816 คน ผู้ใช้และผู้มีประสบการณ์เคยใช้ 429,437 คน⁽²⁾ จากข้อมูลดังกล่าวประเทศไทยมีปัจจัยส่งเสริมให้มีผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเนื่องจาก ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง การพัฒนาประเทศ เป็นต้น ปัจจัยด้านกายภาพประเทศไทยมีสภาพภูมิประเทศที่เอื้ออำนวยและเหมาะสมในการปลูกพืชเสพติด เช่น บริเวณสามเหลี่ยมทองคำ **ขึ้นชื่อว่า เป็นแหล่งผลิตฝิ่นที่สำคัญของโลก มีเส้นทางคมนาคมที่สะดวกกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพราะมีพรมแดนติดต่อกับหลายประเทศทำให้ไทยเป็นศูนย์กลางเหมาะสมที่สุดสำหรับ และเป็นทางผ่านของยาเสพติดไปสู่ภูมิภาคอื่นๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะทางภาคเหนือและภาคใต้^(3,4) การเจริญเติบโตในทิศทางแบบตะวันตกส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง การพัฒนาประเทศจากภาคเกษตรกรรมสู่อุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ค่านิยมของคนในสังคมเปลี่ยนไปดังลักษณะที่ว่า "มีเงินนับว่านอ� มีทองนับว่าพี่" ความเป็นวัตถุนิยมสูงขึ้น จากบ้านไม้กลายเป็นตึก อำนาจเงินยิ่งใหญ่ ตัวชี้วัดคุณค่าของคนในสังคมคือ ความร่ำรวย มีการแข่งขันเอารอดเอาเปรียบ แลวงหาทุกรูปแบบทำทุกวิถีทางให้ได้มา ล้มค่านึงถึงความถูกต้องความปลอดภัยจึงเป็นหนทางนำไปสู่พฤติกรรมการค้ายาเสพติด ในสมัยก่อนมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่สำคัญคือ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน และกัญชา ต่อมา**

สถานการณ์ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ เกี่ยวกับมหันตภัยร้ายอีกตัวที่กระจายตัวไปสู่ทุกพื้นที่จังหวัด อำเภอ ตำบล เข้าสู่กลุ่มประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่มอาชีพ ทำให้สถิติการจับกุมสูงสุดและจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษามากขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ยาเสพติดชนิดนี้ถูกสังเคราะห์ขึ้น (Synthetic Drug) มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้ผู้เสพเกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด เป็นต้น มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น ก้าวร้าว รุนแรง ขาดเหตุผล ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าทำให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนในผู้ขับขี่รถบรรทุกได้ง่าย หรือการฆาตกรรม การจับตัวประกัน รวมถึงการทำร้ายตนเอง ฯลฯ^(5,6,7,8,9) ดังปรากฏให้เห็นทางสื่อมวลชนต่างๆ เช่น วิทยุ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ ซึ่งยาเสพติดนั้นก็คือ "แอมเฟตามีน หรือยาบ้า" นั่นเอง แอมเฟตามีนมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา ปัจจุบันปัญหาการใช้ยาเสพติดชนิดนี้รุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณเนื่องจากการนำเข้ามาใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น ในกลุ่มเกษตรกร กลุ่มผู้ขับขี่รถบรรทุก กลุ่มผู้ขับขี่รถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง กลุ่มผู้ใช้แรงงานทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยใช้เพื่อการทำงานให้ได้จำนวนมากและอดทนได้นานไม่ต้องพักผ่อน ภายหลังจากเสพแล้วจะเกิดความรู้สึกสุขสบาย กระฉับกระเฉง กลุ่มสำคัญที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและน่าห่วงใยมากที่สุด คือ กลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษา จากสถิติการเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์พบว่า มีจำนวนนักเรียน/นักศึกษาเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้นแบบเท่าตัว ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ทำการสำรวจการใช้แอมเฟตามีนหรือยาบ้าในสถานศึกษา 69 จังหวัด พบว่า มีการใช้แอมเฟตามีนเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2537 พบจำนวนนักศึกษาใช้แอมเฟตามีน 60 คน ถึงปี พ.ศ. 2541 จำนวนนักศึกษาใช้แอมเฟตามีน 4178 คน ซึ่งเพิ่มขึ้น 70 เท่า⁽¹⁰⁾ จุดประสงค์ที่ใช้เพื่อเป็นยาแก้ง่วง อ่านหนังสือได้ทนนาน นิยมเรียกกันในหมู่นักเรียน นักศึกษานั้นว่า "ยาขยัน" หรือใช้เพื่อความสนุกสนาน เพลิดเพลินบวกกับความทันสมัย ความโก้โก้สำหรับวัยรุ่น อาจกล่าวโดยสรุปในเรื่องของการใช้และติดสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนก็คือ เริ่มจากการทดลองใช้เป็นครั้งคราวเพราะมีความเชื่อที่ผิด หรือเกิดความอยากรู้อยากทดลอง ความคึกคะนอง เกรตต่างๆ เมื่อเกิดความพึงพอใจเรียกว่า การติดสารทางจิตใจ (Psychological-Dependence) จึงนำสารนั้นมาเสพอยู่เป็นประจำเกิดความต้องการทั้งขนาดและอัตราเสพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เรียกว่า การติดสารทางร่างกาย (Physical-Dependence)⁽¹¹⁾ ความรุนแรงของการแพร่ระบาดของสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนพิจารณาได้จาก จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและจำนวนคดีการจับกุมผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน และจำนวนน้ำหนักของของกลางตามพื้นที่ต่างๆ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนเป็นค่าร้อยละผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแอมเฟตามีน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปี พ.ศ. 2538-2544

ปี พ.ศ.	ร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแอมเฟตามีน
2538	3.18
2539	14.13
2540	38.23
2541	59.4
2542	69.85
2543	74.21
2544	77.84

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบจำนวนคดี น้ำหนักของกลางในคดียาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 - 2542 : รายงานสรุปผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2542

ปี พ.ศ.	จำนวนคดี	น้ำหนักของกลาง (กิโลกรัม)
2538	20,379	539.43
2539	52,394	817.31
2540	79,466	1,916.38
2541	129,768	3,009.67
2542	129,204	4,504.28

ประเทศไทยได้มีมาตรการในการแก้ไขปัญหายาเสพติดมาโดยตลอด ตั้งแต่ปี พ.ศ.1903 ในรัชสมัยของสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 (พระเจ้าอู่ทอง) โดยมีบทบัญญัติห้ามการสูบฝิ่นกำหนดไว้ในกฎหมายลักษณะโจร และมีการแก้ไขปัญหายาอย่างจริงจังหลังจากรัฐบาลคณะปฏิวัติโดยการนำของจอมพลถนอม กิตติขจร ธานินทร์ ประกาศเลิกฝิ่นในปี พ.ศ. 2502 เป็นต้นมา ต่อมา มีมาตรการหลายด้านด้วยกัน ได้แก่ มาตรการทางด้านกฎหมาย ประเทศไทยกำหนดให้แอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ฯลฯ มาตรการทางด้านสังคมในประเทศไทยนั้น มีเป้าหมายพัฒนาระบบสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในสังคมจึงกำหนดให้มีกรแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมเชิญองค์กรจากต่างประเทศเข้าร่วมอภิปรายเพื่อปรับปรุงทั้งมาตรการและวิธีการต่างๆ นำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2524-2529) เป็นต้นมา ถึงปัจจุบันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) มีจุดมุ่งหมาย "คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา" หมายถึง คนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาและเป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนาทุกๆ เรื่อง^(16,17) แต่เมื่อปัญหาของแอมเฟตามีนสูงขึ้นไปเป็นอันดับหนึ่งและนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ รัฐบาลจึงได้ออกคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 141/2541 เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2541 เพื่อปรับกระบวนการในการแก้ปัญหาเสพติด ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ว่า "ราชบุรุษ-รัฐร่วมใจต้านภัยยาเสพติด" ดังนั้นทุกหน่วยงานจึงหันมาร่วมมือกันหรือกล่าวในความหมายที่คล้ายคลึงกันก็คือ ต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายในการป้องกันปราบปราม และการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการปราบปรามยาเสพติด ได้แก่ กรมตำรวจ กรมศุลกากร โดยมีหน่วยงานสนับสนุนการปราบปรามยาเสพติดอีกหลายหน่วยงาน เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประสานงานการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ในส่วนการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดนั้น คณะกรรมการกลางปราบปรามยาเสพติดให้โทษได้ขออนุมัติต่อคณะรัฐมนตรี ในการจัดตั้งกรมการแพทย์ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง ในปี พ.ศ. 2510 กรมการแพทย์ได้จัดตั้งโรงพยาบาลเฉพาะเพื่อบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดขึ้น และได้ขอพระราชทานนามโรงพยาบาลจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลองค์ปัจจุบัน พระองค์ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานว่า "โรงพยาบาลธัญญารักษ์" โดยมีเครือข่ายความรับผิดชอบ คือ โรงพยาบาลศูนย์บำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในส่วนภูมิภาคด้วย ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ภาคใต้จังหวัดสงขลา จังหวัดปัตตานี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดขอนแก่น^(16,17) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ได้พัฒนารูปแบบของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้เป็นแบบ มาตรฐานเฉพาะ (Classical Method) โดยมีหลักในการบำบัดรักษา คือ การรักษาด้วยความสมัครใจของผู้ป่วยเอง (Voluntary admission) และมีขั้นตอนในการปฏิบัติ 4 ขั้นตอนด้วยกันคือ ขั้นตอนเตรียมการก่อนการรักษา (Pre-admission) ขั้นตอนถอนพิษยา (Detoxification) ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) และขั้นติดตามหลังการรักษา (After-care) จาก 4 ขั้นตอนดังกล่าว ขั้นตอนของการถอนพิษยามีข้อพึงปฏิบัติคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต้องหยุดเสพแอมเฟตามีนทันทีอาการผิดปกติที่ปรากฏทันทีหลังจากหยุดเสพแอมเฟตามีน คือ อาการถอนยา (Withdrawal-Symptoms) อาการอยากและเสียนยา (Craving) สำหรับแอมเฟตามีนอาการถอนพิษยาไม่รุนแรงมากเท่าสารตระกูลฝิ่น ที่เรียกว่า "ลงแดง" แต่อาการจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ ระยะเวลาในการเสพ รูปแบบวิธีการเสพ อาการถอนพิษยาที่แสดงทางร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย หิวบ่อย อาการแสดงทางจิตใจ ได้แก่ กระวนกระวาย หงุดหงิด ความคิดสับสน นอนไม่หลับ จิตใจหดหู่ ซึมเศร้าถึงเศร้ามากอาจฆ่าตัวตายได้ (suicidality)^(20,21) นอกจากนี้พบว่าแอมเฟตามีนมี

reinforcing property ซึ่งมีผลต่อสมองส่วน mesolimbic system หรือ brain rewarding circuit ให้มีการหลั่งสาร dopamine ออกมามากทำให้ผู้เสพต้องการเสพซ้ำแล้ว^(22,23) ยังพบอีกว่าภาวะซึมเศร้าดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการกลับไปใช้ยาซ้ำของผู้เสพแอมเฟตามีนในระหว่างบำบัดรักษาด้วย^(24,25) ดังนั้นเพื่อลดอาการดังกล่าว ลดความรุนแรงจากการฆ่าตัวตาย และลดการเสพยาซ้ำ ผู้บำบัดรักษา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสุขภาพจิต นักสังคมสงเคราะห์ จึงต้องช้กประวัติการเสพยาแอมเฟตามีนอย่างละเอียด มีการสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและญาติเพื่อค้นหาอาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะหยุดใช้แอมเฟตามีน และดำเนินการรักษาด้วยการให้ยาตามอาการที่ปรากฏ เนื่องจากอาการถอนยาแอมเฟตามีนนั้นไม่มียาที่สามารถทดแทนได้โดยตรงเหมือนกับการรักษาการเสพยาติดยาเสพติดตระกูลฝิ่น ดังนั้นปัญหาที่พบก็คือ หลังจากให้ยาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าดังกล่าวแล้วต้องใช้เวลา 2-3 สัปดาห์เพื่อรอให้ยาออกฤทธิ์ผลที่ได้จึงค่อนข้างจำกัดและช้ามากเพราะภาวะซึมเศร้าขณะถอนพิษยานั้นจะมีอาการสูงสุดในสัปดาห์แรกเท่านั้น ดังนั้นผลของยาอาจช้าเกินไปก็ได้^(20,26,27,28) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการค้นคว้าวิจัยหาสาเหตุว่า มีปัจจัยใดที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยาของผู้เสพยาแอมเฟตามีนดังกล่าว เพื่อนำผลการค้นคว้าวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางป้องกันในอนาคตสืบไป

คำถามของการวิจัย (Research Question)

มีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพยาแอมเฟตามีนในระยะถอนพิษยา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยาของผู้เสพยาแอมเฟตามีนอันได้แก่ ลักษณะการใช้ยา ปัจจัยทางด้านจิต-สังคม

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพยาแอมเฟตามีนในระยะถอนพิษยาได้แก่ ลักษณะการใช้ยา ปัจจัยจิต-สังคม

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ลักษณะการใช้ยา และปัจจัยทางด้านจิต-สังคม ของผู้เสพยาแอมเฟตามีนรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ด้วยภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า

2. ตัวแปรที่ศึกษา

- 2.1 ตัวแปรอิสระ คือ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา รูปแบบลักษณะการใช้ยา ปัจจัยจิต-สังคม
- 2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยา

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)

เนื่องจากการศึกษาวิจัยทำในระยะเวลาจำกัด และกระทำการศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่เดียวเท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศได้

คำนิยามเชิงปฏิบัติที่ใช้ในงานวิจัย (Operational Definition)

แอมเฟตามีน : หรือยาบ้า จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ที่พบอาจอยู่ในรูปยาเดี่ยว หรือยาผสม ซึ่งยาเดี่ยวจะเป็นเม็ดยาที่มีสารออกฤทธิ์เพียงชนิดเดียวเช่น แอมเฟตามีน , เมทแอมเฟตามีน สำหรับยาผสมในเม็ดยาจะมีสารออกฤทธิ์ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป เช่น แอมเฟตามีน หรือเมทแอมเฟตามีนผสมคาเฟอีน , แอมเฟตามีน หรือเมทแอมเฟตามีนผสมอีเฟดรีน เป็นต้น เม็ดยามีลักษณะของอักษรบนเม็ดยา และมีสีแตกต่างกันส่วนมากเป็นสีส้มเม็ดกลมแบนทั้งยาประเภทนี้มีฤทธิ์ กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางโดยตรงเมื่อเสพแล้วมีผลทำให้ผู้เสพรู้สึกสุขสบายตื่นเต้น และเชื่อมั่นในตนเองชั่วระยะหนึ่ง

ผู้ป่วยที่ติดแอมเฟตามีน : ผู้ป่วยที่ใช้แอมเฟตามีนในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดสารเสพติด (substance dependence) ของ ICD10

ภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยา หรือระยะถอนยา : ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังหยุดใช้แอมเฟตามีนใน 24 ชั่วโมงแรกขึ้นไปถึง 5 สัปดาห์

ปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้/สัปดาห์ : ค่าเฉลี่ยของปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้เป็นประจำ/สัปดาห์ และค่าสูงสุด-ต่ำสุดของปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้/สัปดาห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการประยุกต์เป็นแนวทางป้องกัน ส่งเสริมรักษา ผู้ป่วยแอมเฟตามีนให้ได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ศึกษาค้นคว้า และวิจัยในกรณีที่เกี่ยวข้องต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

- อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ที่อยู่
- ผู้นำส่งโรงพยาบาล เหตุผลที่มารักษา
- บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย

2. ข้อมูลการใช้แอมเฟตามีน

- วิธี ปริมาณ ระยะเวลา ลักษณะเมื่อยา

3. ปัจจัยจิต-สังคม

- ด้านสภาพการงานและเศรษฐกิจ
- ด้านสภาพครอบครัว-รูปแบบการเลี้ยงดู
- ด้านสภาพครอบครัวสำหรับผู้สมรส
- สภาพของผู้มีสถานภาพโสด
- การศึกษาและข่าวสารความรู้
- การกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน
- การกระทำผิดกฎหมาย
- กลุ่มเพื่อน
- ชุมชนและการได้มาซึ่งยาเสพติด

ภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยา

ไม่มีภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมในการศึกษาค้นคว้าได้เสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนและแอมเฟตามีนกับภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยาโดยจัดเป็นหมวดหมู่ดังนี้

1. ความหมายและประเภทของสารเสพติด
2. การติดสารเสพติด และเกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดสารเสพติด
3. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษชนิดยาบ้าหรือแอมเฟตามีน
4. สารสื่อประสาทกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะถอนพิษยา
5. การรักษาภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยาแบบผู้ป่วยนอก
6. ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาบ้าหรือแอมเฟตามีนในประเทศไทย
8. งานวิจัยเกี่ยวกับยาบ้าหรือแอมเฟตามีนในต่างประเทศ
9. งานวิจัยเกี่ยวกับยาบ้าหรือแอมเฟตามีนในสัตว์ทดลอง

ความหมายและประเภทของสารเสพติด

ยาเสพติดให้โทษ (Narcotics) มีรากศัพท์มาจากคำว่า “narcoses” แปลว่า ภาวะง่วงซึม⁽²⁹⁾

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ยาเสพติดให้โทษหมายความว่า สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่า โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา สุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง รวมตลอดถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดผสมอยู่ด้วย⁽²⁹⁾

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ให้คำนิยามของยาเสพติดไว้ว่า หมายถึง ยาหรือสารที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพ ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้

เสพและยังก่อความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย นอกจากนี้ยาเสพติดให้โทษยังมีคุณสมบัติพิเศษอีก 3 ประการ คือ ⁽³⁰⁾

1. ให้เกิดความต้องการอย่างแรงกล้าทั้งร่างกายและจิตใจที่จะหายามาเสพให้ได้ต่อเนื่องกันเป็นระยะๆ และจะต้องเสาะแสวงหายามาเสพให้ได้ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดๆ
2. ผู้เสพต้องยอมทนในสภาพอยู่ได้บังคับให้ต้องเสพถือเป็นทาสของยาเสพติดนั้นตลอดไปหยุดไม่ได้
3. ผู้เสพต้องเพิ่มปริมาณในการเสพมากขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นอันตรายแก่ร่างกายและจิตใจ

ประเภทของสารเสพติด

ปัจจุบันสารเสพติดมีจำนวนมาก คือ มากกว่าร้อยชนิด เพื่อความสะดวกจึงจัดสารเสพติดให้เป็นหมวดหมู่ตามลักษณะต่างๆ กัน ดังนี้

การแบ่งประเภทสารเสพติดตามความรุนแรงของการลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษของประเทศไทยฉบับปี 2522 มาตรา 7 แบ่งยาเสพติดให้โทษไว้ 5 ประเภท คือ ⁽³¹⁾

ประเภทที่ 1 สารเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง ได้แก่ เฮโรอีน แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน แอลเอสดี เอ็คซ์ตาซี หรือ MDMA

ประเภทที่ 2 สารเสพติดให้โทษทั่วไป ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน โคเคอีน โคเคน ไดฟีน็อกซีเลท เอธิลมอร์ฟีน เมทาโดน ฯลฯ

ประเภทที่ 3 สารเสพติดให้โทษชนิดเป็นตำรับยา ที่มีสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ปُرุงผสมอยู่ด้วย ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ตามมาตรา 43 ได้แก่ ยาแก้ไอผสมโคเคอีน ยาแก้ท้องเสียที่มีฝิ่น หรือไดฟีน็อกซีเลท เป็นส่วนผสม ฯลฯ

ประเภทที่ 4 เป็นสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือ ประเภทที่ 2 ได้แก่ - อะเซติคแอนไฮไดรด์ อะเซติลคลอไรด์

ประเภทที่ 5 สารเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าข่ายอยู่ในประเภทที่ 1 ถึง ประเภทที่ 4 ได้แก่ กัญชา พืชกระท่อม เห็ดขี้ควาย

การแบ่งประเภทสารเสพติดตามองค์การอนามัยโลก แบ่งออกเป็น 9 ประเภทดังนี้⁽³²⁾

1. Opiates or Morphine type ได้แก่ ฝิ่น ผลิตผลจากฝิ่น มอร์ฟีนซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของฝิ่นได้มาจากยางไม้ของดอกฝิ่นสีขาว ฝิ่น อนุพันธ์ของมอร์ฟีน และสารสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน เช่น เมธาโดน (Methadone) นำไปใช้รักษาผู้ป่วยติดเฮโรอีน โคเคอีน (Cocaine) บรรเทาอาการไอ เพทิดีน (Pethidine , Meperidine) และไดไพพานอน (Dipipanone) สารจำพวกนี้สามารถบรรเทาอาการเจ็บปวดทำให้เกิดความสบายใจ อาการเคลิบเคลิ้ม และเกิดการติดทางร่างกาย นำ

ไปสู่อาการถอนพิษยาเมื่อขาดยา อาการถอนพิษยาจากฝิ่นทำให้เกิดความทุกข์อย่างมาก แต่ไม่ถึงกับทำให้เสียชีวิต ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเจ็บป่วยอย่างรุนแรง หรือร่างกายทรุดโทรมมาก

2. Barbiturate type ได้แก่ ยาระงับประสาทและยานอนหลับรวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน เช่น ยากล่อมประสาทส่วนใหญ่เป็นพวก Barbiturate เช่น Phenobarbital Socobabital - Amobarbital , Pentobarbital นอกจากนี้ก็มีสารเคมีที่ออกฤทธิ์คล้ายกัน เช่น Paraldehyde Bromide Chloral Hydrate Methaqualone Chlordiazepoxide Diazepam เป็นต้น
 3. Alcohol type ได้แก่ EthanolหรือEthyl Alcohol เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ บรั่นดี วิสกี้ เป็นต้น
 4. Amphetamine type จำพวกสารกระตุ้นได้แก่ Amphetamine Dexamphetamine Methamphetamine Phenmetarzine Methylphetamine Phenmetarzine Methylphenidate
 5. Cocine type ใน Coca และ Cocaine preparation
 6. Cannabis type กลุ่มMarihuana , Hashish , Bhang
 7. Khat type กลุ่มใบKhat (Cathaedulis) รวมถึงใบกระท่อม
 8. Hallucinogen type มีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เช่น Lysergic acid diethylamide (LSD) พวกเห็ดเมาบางชนิด , ลำโพง , Atropine like drug , Mescaline , Mescal cactus , Morning Glory seed
 9. Other& non-specified กลุ่มอื่นๆที่ไม่สามารถเข้ากับประเภทใดได้เลย เช่น เบนซิน , กาวทินเนอร์ , น้ำมันล้างสีทาเล็บ , ลูกจันทร์เทศ , ยาแก้ปวด , น้ำมันหอมระเหยบางอย่าง , บุหรี่
- การแบ่งสารเสพติดตามการออกฤทธิ์ของยาที่มีต่อร่างกาย สามารถแบ่งได้ 4 กลุ่มดังนี้⁽³³⁾

1. ประเภทกดระบบประสาท (Depressants)

สารในกลุ่มนี้ประกอบด้วยแอลกอฮอล์ บาร์บิทูเรต กลุ่มยาสงบประสาท และยานอนหลับ สารจำพวกนี้มีผลทำให้ง่วงเซื่องซึม ง่วงนอนและทำให้รู้สึกผ่อนคลาย รวมทั้งอาจทำให้ขาดการยับยั้งและสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลอย่างหนึ่งของสารกดระบบประสาทที่สมองส่วนกลาง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทซึ่งทำให้เกิดอาการถอนพิษยา ถ้าขาดยาอาการถอนพิษยาที่รุนแรงในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ และบาร์บิทูเรตทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

กลุ่มยาคลายกังวลจำพวกเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine type) เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) คลอไดอะซีพ็อกไซด์ (chlordiazepoxide) เคยเป็นที่นิยมใช้แทนสารกดประสาทประเภทอื่น เบนโซไดอะซีปีนมีความปลอดภัยในการนำไปใช้เพื่อการรักษามากกว่าบาร์บิทูเรตอย่างไรก็ตามยังคงทำให้เกิดการติดทั้งทางร่างกายและจิตใจถ้ามีการใช้เป็นประจำ เมื่อมีการติดทางร่างกาย

จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและมีอาการจากการถอนพิษยา ดังนั้นในการจ่ายยาชนิดนี้ควรมีความระมัดระวัง และให้ใช้ในช่วงเวลาสั้นๆเท่านั้น และถ้าอยู่ในภาวะที่มีการติดควรค่อยๆ ลดจำนวนลง และให้อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์

2. ประเภทกระตุ้นระบบประสาท (Stimulants)

โคเคนเป็นสาร psychoactive ที่มาจากใบโคคามีผลทำให้เกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวา รวมทั้งบรรเทาความเหน็ดเหนื่อยและความหิว สารที่ออกฤทธิ์คล้ายโคเคนถูกสังเคราะห์ขึ้นมากมาย เช่น แอมเฟตามีน (amphetamine) เมธิลฟินิเดต (methylphenidate) และยาหลายชนิดที่ใช้ในการลดความอ้วน โคเคน แอมเฟตามีน และสารสังเคราะห์บางชนิดทำให้เกิดความตื่นเต้น และความผิดปกติทางจิตเวช สารเหล่านี้ทำให้เกิดการติดได้สูงถึงแม้ว่าอาการถอนพิษยาเกิดขึ้นไม่มากนักและเกิดเพียงชั่วคราวเท่านั้น

คาเฟอีน เป็นส่วนประกอบที่มีอยู่ในชาและกาแฟ (ในชามีสาร Theobromine) สารกระตุ้นจำพวกนี้ใช้บรรเทาความเหน็ดเหนื่อยได้เล็กน้อยแต่กลไกการออกฤทธิ์ในร่างกายมีมากมายซึ่งแตกต่างจากการออกฤทธิ์ของโคเคนและแอมเฟตามีน คาเฟอีนทำให้เกิดการติดได้ในระดับต่ำ และมีอาการถอนพิษยาน้อยมาก โดยมีเพียงอาการปวดศีรษะและเหน็ดเหนื่อยเท่านั้น

คาท เป็นพืชขนาดเล็ก ซึ่งผู้ใช้ต้องนำใบมาเคี้ยวเพื่อให้เกิดความกล้าในการเข้าสังคม และลด - ความตึงเครียด เป็นที่ยอมรับในสังคมบางประเทศ เช่น ประเทศเยเมน ประเทศดจีบูตี ประเทศเอธิโอเปีย ประเทศโซมาเลีย พืชชนิดนี้มีส่วนประกอบของ cathine และ cathinone ซึ่งออกฤทธิ์คล้ายแอมเฟตามีนโดยกระตุ้นสมองส่วน cerebral

3. ประเภทสารหลอนประสาท (Hallucinogens)

แอลเอสดี (LSD: Lysergic acid diethylamide) , mescaline และpeyote มีผลต่อจิตใจที่ซับซ้อนอย่างมากก่อให้เกิดการเพ้อฝัน อาการประสาทหลอน และการรับรู้ผิดปกติ สารหลอนประสาทไม่ได้ก่อให้เกิดการติดทางร่างกาย

4. ประเภทอื่นๆ (Others)

เป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์หลายอย่างและไม่สามารถจัดอยู่ใน 4 กลุ่มแรกได้ เช่น

- กัญชา (cannabis) มีฤทธิ์กดประสาทและหลอนประสาท
- สารระเหย (volatile solvents) รวมทั้งกาว ทินเนอร์ และแลคเกอร์ มีฤทธิ์กดประสาทและทำให้เกิดอาการชาวมทั้งทำให้เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติ อันตรายที่สำคัญของสารประเภทนี้คือ ความเป็นพิษต่อร่างกายที่ตับและไต ยังมีสารประเภทอื่นๆ อีก เช่น กาวา (kava) ใช้ในหมู่เกาะแปซิฟิก , betal

nut มีการใช้ในทวีปเอเชีย และอ่าวในมหาสมุทรแปซิฟิก , phencyclidine (PCP) นิยมใช้ในหมู่วัยรุ่นอเมริกันมีผลให้เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติ ประสาทหลอน และบางครั้งอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชอื่นๆ ได้

การติดสารเสพติด และเกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดสารเสพติด

ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534

การติดยาเสพติด (Drug Addiction) หมายความว่า เสพยาเสพติดเป็นประจำติดต่อกันและตกอยู่ในสภาพจำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นนั้นได้ตามหลักวิชาการ⁽²⁹⁾

การติดสารเสพติด (Substance Dependence) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดเป็นเวลานานติดต่อกันจนก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยลักษณะที่สำคัญของการติดสารเสพติดมี 2 ประการ⁽²⁶⁾

- ก. การติดทางร่างกาย (Physiological dependence) ซึ่งแสดงออกได้ 2 ลักษณะ คือ
- มีอาการดื้อยา (tolerance) คือ ต้องใช้สารเสพติดในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลเท่าเดิม หรือสารเสพติดมีผลต่อผู้เสพน้อยลงอย่างชัดเจนแม้จะเสพในปริมาณเท่าเดิม
 - มีอาการถอนยา (withdrawal) คือ มีอาการซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของสารเสพติดชนิดนั้น เกิดขึ้นภายหลังหยุดเสพหรือลดปริมาณการเสพยาเสพติดลง อาการที่พบมีทั้งอาการทางด้านร่างกายและอาการทางด้านจิตใจ

ข. การติดทางจิตใจ (Psychological dependence) มีลักษณะสำคัญคือ ควบคุมการใช้สารเสพติดไม่ได้ เช่น พยายามเลิกแต่ไม่สำเร็จ ใช้สารเสพติดมากเกินไปที่ตั้งใจไม่สามารถหยุดใช้สารเสพติดได้ถ้าไม่เมา มีความต้องการใช้สารเสพติดอย่างมากเกือบตลอดเวลาและใช้ทั้งที่รู้ว่ามียาผลเสียต่อตนเอง ลดหรือเลิกทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อเอาเวลามาใช้ในการเสพยาเสพติด ใช้สารเสพติดจนหน้าที่ของตนเองเสียไป

เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะการติดสารเสพติดตาม ICD-10⁽³⁴⁾

การวินิจฉัยการติดสารเสพติดต้องพบอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการ

1. มีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะเสพยา หรือเสพยาชนิดนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก
2. การควบคุมพฤติกรรมกรรมการเสพยาได้อย่างยากลำบากไม่ว่าจะเป็นการเริ่มเสพ การหยุดเสพหรือปริมาณสารที่เสพ
3. มีอาการขาดยา
4. มีอาการดื้อยา

5. ข้อนี้สามารถแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

5.1. ใช้เวลามากในการกระทำเพื่อให้ได้สารนั้นมาใช้ในการเสพหรือในการฟื้นจากฤทธิ์ของสาร

5.2. ละเลยจากสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเพลิดเพลินใจ

6. ยังคงมีการใช้สารนั้นอยู่แม้ว่าเกิดปัญหาร้ายแรงต่างๆ ตามมา

เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะการติดสารเสพติดตาม DSM-IV⁽³⁵⁾

Substance Dependence : มีรูปการใช้สารต่างๆ ที่ไม่เหมาะนำไปสู่ความบกพร่องหรือทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่าในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา)

(1) การติดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

ก. ความต้องการใช้สารเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด toxication หรือผลอื่นที่ต้องการ

ข. ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมากหากใช้สารนั้นในขนาดเท่าเดิม

(2) มีอาการขาดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

ก. มีอาการขาดยาที่เป็นลักษณะจำเพาะจากการหยุดสารนั้น

ข. การใช้สารนั้น (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือจำกัดอาการขาดยานั้นได้

(3) มีการใช้สารนั้นปริมาณมาก หรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ

(4) มีความต้องการสารอยู่ตลอด หรือไม่สามารถหยุด หรือควบคุมการใช้สารได้

(5) ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สารนั้นมาใช้ในการเสพ หรือในการฟื้นจากฤทธิ์ของสาร

(6) ต้องลดหรืองดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจเนื่องจากการใช้สาร

(7) คงมีการใช้สารแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อ หรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น

การวินิจฉัยระยะถอนพิษยาของผู้เสพแอมเฟตามีนตาม DSM IV⁽³⁵⁾

(1) มีการหยุด (หรือลดการใช้) แอมเฟตามีน (หรือสารในกลุ่ม) หลังจากการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน

(2) มีอารมณ์ไม่แจ่มใสและการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่อไปนี้สองข้อ (หรือมากกว่าเกิดขึ้นในไม่กี่ชั่วโมงถึงสองสามวันหลังจากเกณฑ์ (1)

(3) อ่อนเพลีย

(4) มีฝันไม่ดี ฝันที่เหมือนจริง

(5) นอนไม่หลับ หรือหลับมาก

(6) เจริญอาหารมากขึ้น

(7) psychomotor ช้าหรือกระวนกระวาย

อาการตามเกณฑ์ (2) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

(8) อาการไม่ได้เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่น ได้ดีกว่า

ข้อมูลทั่วไปของยาเสพติดให้โทษชนิดยาบ้าหรือแอมเฟตามีน

ยาบ้าเดิมชื่อ ยาม้า : เป็นชื่อการค้าของยาในกลุ่มแอมเฟตามีน

มีชื่อเรียกแตกต่างกัน : ยาขยัน ยาแก้ง่วง ยาบำรุงกำลัง ยาได้ป๋ เบนซีดีน เด็กซีดีรีน ไอโซมีน หรือนีโอเฟตามีน

ประวัติและภูมิหลัง^(36,37,38)

ในปี พ.ศ. 2470 ได้ค้นพบวิธีสังเคราะห์แอมเฟตามีนเป็นครั้งแรกโดยเภสัชกรชาวรัสเซีย Gordan A Alles เพื่อใช้ในการรักษาโรคหอบหืด มีฤทธิ์ขยายหลอดลม กระตุ้นการหายใจ กระตุ้นสมอง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดตีบเล็ก ต่อมาผลิตเป็นยาสูดดมแก้หวัดคัดจมูก ชื่อ benzedrine inhaler ใช้เป็นยารักษาโรคง่วงหลับ (narcolepsy) ใช้ลดอาการโรคซุกซนในเด็ก (hyperkinetic) ใช้ลดน้ำหนักหรือลดความอ้วน (appetite suppressant) และเป็นยากระตุ้น (stimulant) ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการซึมเศร้า เป็นยาแก้พิษของยาที่กดระบบประสาทส่วนกลาง

ช่วงระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2493-2503) หลังจากยาตมเบนซีดีรีนถูกวางจำหน่ายในท้องตลาด แอมเฟตามีนที่ผลิตขึ้นมาอย่างถูกต้องตามกฎหมายเริ่มนำมาใช้ในทางที่ผิดมากขึ้นเรื่อยๆ

ปลายปี พ.ศ. 2503 เริ่มเปลี่ยนแปลงวิธีการใช้แอมเฟตามีนโดยวิธีการกินไปสู่การใช้แอมเฟตามีนโดยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำ วิธีนี้เป็นอันตรายอย่างยิ่งเพราะก่อให้เกิดอาการดื้อยา (tolerance)

เนื่องจากการใช้ยาในกลุ่มแอมเฟตามีนทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนทางสังคมมากมาย รัฐบาลของหลายประเทศจึงเข้มงวดกับตัวยานี้โดยออกกฎหมายควบคุมการผลิต การนำเข้า การขาย และการบริโภค สำหรับประเทศไทยมีการควบคุมยากกลุ่มแอมเฟตามีนเป็นครั้งแรก พ.ศ. 2495 ระบุไว้ว่า เป็นยาอันตรายจำพวกกระตุ้นเมดัลลาที่ได้มาจากการสังเคราะห์ (Synthetic Medulla - Stimulant Drugs) ตามความในพระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ. 2493 แต่มาตราบนี้ก็ไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของยาในกลุ่มแอมเฟตามีนได้เพราะยังสามารถหาซื้อได้จากร้านขายยาปัญหาของแอมเฟตามีนจึงทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

ระหว่างปี พ.ศ. 2501-2510 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินมาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไข ปัญหาโดยระบุให้แอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ-พ.ศ. 2465 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2479 (ฉบับ 2) โดยมีมาตรการที่กำหนด ห้ามมิให้ผู้ใดเสพ รับเข้าร่างกาย หรือใช้ด้วยวิธีอื่นใด ผู้ที่ฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 1 ปี และปรับไม่เกิน 5,000 บาท ขณะเดียวกันบริษัทผู้ผลิตและนำเข้ายาในประเทศได้ถูกห้าม ผลิตและนำเข้ายาเหล่านี้ด้วย ตลอดจนไปจนถึงร้านขายยาก็ถูกห้ามมิให้จำหน่ายยาประเภทนี้

ปีพ.ศ. 2514 ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีในอนุสัญญาว่าด้วยเครื่องวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิต ประสาท ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย เพื่อร่วมมือกับประเทศภาคีอื่นๆ ควบคุมการผลิต การ ขยาย การนำเข้า การส่งออก การนำผ่าน หรือมีไว้ครอบครองซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททั้งภายใน ประเทศและระหว่างประเทศ เพื่อมิให้เกิดอันตรายต่อบุคคลและสังคม ต่อมาประเทศไทยได้ตรา พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 ออกบังคับใช้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออก ประกาศกระทรวงฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520) เรื่องระบุจัดแบ่งประเภทวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 ระบุให้แอมเฟตามีนทั้งหลายเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภทที่ 2 ทำให้มีการโอนอำนาจในการ ควบคุมยาในกลุ่มแอมเฟตามีนจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465 มาอยู่ภายใต้การ ควบคุมของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2518

ตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2513-2516 แอมเฟตามีนกลายเป็นสิ่งที่หายากในท้องตลาด ยาที่ลักลอบ ขยายในตลาดมืดกลายเป็นยาผสมที่มีแอมเฟตามีนปนอยู่เล็กน้อย โดยส่วนใหญ่แล้วมักตรวจพบเป็น คาเฟอีน เอเฟดรีน เฟนิลโปรพาโนลามีน เป็นต้น เพราะสารเหล่านี้ยังไม่ถูกควบคุมโดยกฎหมายใน วงการปราบปรามยาเสพติดมักเรียกกันว่า ยาทำเทียมแอมเฟตามีน คือ มีลักษณะ รูปร่าง ขนาด สี สัณฐานเหมือนแอมเฟตามีนทุกอย่าง เมื่อผู้ใช้ทราบความต้องการยาประเภทนี้จึงลดลง ผู้ค้าจึง เริ่มสังเคราะห์แอมเฟตามีนขึ้นมาใช้อีกครั้ง

กลางปี พ.ศ. 2523 ในต่างประเทศจับกุมห้องทดลองที่ลักลอบสังเคราะห์แอมเฟตามีนได้หลาย แห่ง พบรูปแบบใหม่ของแอมเฟตามีนซึ่งเรียกในหมู่ผู้ใช้ชาวต่างประเทศว่า ไอซ์ (Ice) มีลักษณะเป็น ก้อนผลึกคล้ายก้อนน้ำแข็ง วิเคราะห์โดยการนำไปเผาไฟให้เป็นควันแล้วผู้เสพจะสูดดมควันเข้าปอด

ระหว่างปี พ.ศ. 2524-2531 ในประเทศไทยพบว่า เกิดภาวะขาดแคลนแอมเฟตามีน เพราะแอม เฟตามีนในตลาดมืดส่วนใหญ่มีคาเฟอีน หรือเอเฟดรีนเป็นส่วนผสมได้ลักษณะรูปแบบ กลิ่น สี คล้ายแอมเฟตามีน กลุ่มผู้ค้าแอมเฟตามีนจึงมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ค้าแอมเฟตามีนแท้ และกลุ่มผู้ค้า แอมเฟตามีนเทียม เนื่องจากกลุ่มผู้ค้าแอมเฟตามีนแท้ได้รับความนิยมมาก และกฎหมายของประเทศ

กฎหมายระหว่างประเทศมีความเข้มงวดในการนำเข้าและส่งออกแอมเฟตามีนอย่างมาก ผู้ค้าจึงหันไปใช้วิธีตั้งห้องเถื่อนเพื่อลักลอบส่งเคราะห์แอมเฟตามีน การส่งเคราะห์แอมเฟตามีนนั้นอาศัยขบวนการผลิตที่เป็นพื้นฐานง่าย ๆ คือ อีเฟดรีนเป็นสารตั้งต้น ไม่ใช่เทคโนโลยีสูงทางเคมีและไม่สนใจในเรื่องของความบริสุทธิ์มากนัก จึงมักพบว่าแอมเฟตามีนในตลาดมืดมีสารเคมีที่เป็นอันตรายเจือปนอยู่ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขออกประกาศระบุให้ อีเฟดรีน และซูดออีเฟดรีน เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 2 คือ ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต ขาย นำเข้า หรือมิไว้ครอบครอง

ระหว่างปี พ.ศ. 2530-2537 มีการผลิตทั้งหัวเชื้อและการผลิตอัดเม็ดอยู่ภายในประเทศ เช่น เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง จังหวัดในเขตปริมณฑลเป็นแหล่งผลิตหัวเชื้อ ส่วนจังหวัดภาคกลางรอบนอก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ เป็นแหล่งผลิตอัดเม็ดโดยใช้หัวเชื้อจากเขตดังกล่าว การแพร่ระบาดจึงมากกว่า 30 จังหวัด แอมเฟตามีนในตลาดมืดจะมีเมทแอมเฟตามีนเป็นตัวยาสำคัญ และรูปแบบของเม็ดยาก็เปลี่ยนไปไม่ยึดติดกับรูปลักษณะเดิมอีกต่อไป

ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2539 ขบวนการชนกลุ่มน้อยที่ค้าเฮโรอีนตามแนวชายแดนโดยเฉพาะกลุ่มขุนสำ กลุ่มว่า เริ่มผลิตแอมเฟตามีนคู่กับการผลิตเฮโรอีนโดยใช้พื้นที่แถบแนวชายแดนภาคเหนือนอกเขตประเทศไทยเป็นหลัก และชนกลุ่มน้อยนี้เองก็สามารถพัฒนาคุณภาพของแอมเฟตามีนได้เท่าเทียม หรือดีกว่าแหล่งผลิตภายในประเทศ โดยได้รับความร่วมมือจากนักเคมีชาวต่างประเทศ ดังนั้นกลุ่มผู้ค้าภายในประเทศจึงซื้อแอมเฟตามีนที่ผลิตตามชายแดนทางภาคเหนือแทน เพราะมีราคาถูก อีกทั้งลดความเสี่ยงต่อการถูกจับกุมภายในประเทศ กลางปี พ.ศ. 2539 จากสถิติคดีการจับกุมแอมเฟตามีนทั่วประเทศพบว่าเป็นแอมเฟตามีนที่ผลิตจากพื้นที่ชายแดนภาคเหนือเป็นส่วนใหญ่ จากเหตุการณ์ดังกล่าวกลายเป็นปัญหาสังคม และทำลายเศรษฐกิจความมั่นคงของประเทศ รัฐบาลจึงประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กำหนดให้แอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 กำหนดเริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา

ปลายปี พ.ศ. 2539 ถึง 2543 สถิติคดีการจับกุมแอมเฟตามีนและจำนวนผู้เข้ารับการรักษาทั่วประเทศสอดคล้องกัน คือ สูงขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของประเทศและจากการรายงานสรุปผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2542 โดยสำนักปราบปรามยาเสพติดพบว่า กรุงเทพมหานครมีสถิติคดีการจับกุมสูงสุด รองลงมาคือ ภาคกลางจังหวัดชลบุรี สุพรรณบุรี ภาคเหนือจังหวัดเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดนครราชสีมา และภาคใต้จังหวัดนครศรีธรรมราช^(12,15)

พบสารตั้งต้นที่ใช้ คือ เฮฟีดรีน⁽³⁹⁾ วิธีการผลิตที่นิยมคือ แบบอัดเม็ดด้วยมือ กลุ่มผู้ผลิตรายใหญ่ในท้องตลาดคือ กลุ่มว้า กลุ่มอดีตลูกน้องขุนซ่า กลุ่มอดีตพรรคคอมมิวนิสต์พม่า กลุ่มจีนฮ้อ และกลุ่มกระเหรี่ยง ซึ่งกลุ่มดังกล่าวสามารถผลิตได้ทั้งหัวเชื้อแอมเฟตามีนและประเภทอัดเม็ดสำเร็จรูป นอกจากนี้มีการผลิตในลาวโดยกลุ่มม้ง กลุ่มขบวนการต่อต้านลาว กลุ่มทหารลาว และกัมพูชา กลยุทธ์การขายเป็นแบบขายตรง การขยายเครือข่ายโดยกลุ่มผู้เสพที่ไม่มีกำลังซื้อมาก ด้วยการเสนอให้แอมเฟตามีนตอบแทนกับการรับแอมเฟตามีนไปจำหน่ายในสัดส่วน 5:1 คือ ขายได้ 5 เม็ด ได้ค่าตอบแทน 1 เม็ด^(13,18,40) กลุ่มผู้ใช้ ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคเกษตร อุตสาหกรรมทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ⁽⁴¹⁾ รวมถึงกลุ่มทำงานกลางคืน เช่น งานบริการ⁽⁴²⁾ และกลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกระบบการศึกษาซึ่งพบว่า กลุ่มดังกล่าวมีอายุระหว่าง 15-19 ปี อายุที่เริ่มใช้แอมเฟ-ตามีนครั้งแรกส่วนใหญ่อายุ 12-14 ปี นักศึกษาระดับอาชีวศึกษามีการเสพแอมเฟตามีนมากถึงร้อยละ 2.40 ซึ่งมากกว่านักศึกษาระดับมัธยมศึกษา สาเหตุส่วนใหญ่คือ อยากรทดลอง และยังพบว่านิยมเสพแอมเฟตามีนเพียงอย่างเดียว รองลงมาคือ เสพแอมเฟตามีนและกัญชา วิธีที่นิยมคือ การสูดดมควัน^(10,43,44)

ชนิดของยาบ้าหรือแอมเฟตามีน

คำว่า “ แอมเฟตามีน “ ที่ใช้กันทั่วไป หมายถึง ยา 3 ชนิดคือ⁽⁴⁵⁾

แอมเฟตามีน (Amphetamine) หรือ เบนซีดรีน (Benzedrine) หรือ แอล-แอมเฟตามีน (L-Amphetamine)

เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) หรือที่เรียกกันทั่วไปในอเมริกาว่า Meth , Seep , Crack , Crystal และ Ice

เด็กโตแอมเฟตามีน (Dextroamphetamine) หรือ เด็กซีดรีน (Dexedrine) หรือ ดี-แอมเฟตามีน (D-Amphetamine)

กองควบคุมวัตถุเสพติดสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้รายงานตัวยาส้าคัญที่ตรวจพบในแอมเฟตามีน ดังนี้⁽⁴⁶⁾

Amphetamine

Methamphetamine

Ephedrine

1. Caffeine
2. Pemoline
3. Dextroamphetamine

4. Fenethyline
5. Theopheline
6. Penproporex

นอกจากนี้อาจจะได้รับสารอื่นปลอมปน เช่น Chlorpheniramine , Phenylpropanolamine , Acetaminophen และ Aspirin เป็นต้น ดังนั้นผู้เสพแอมเฟตามีนจึงมีโอกาสที่จะได้รับสารชนิดต่างๆ ในสัดส่วนที่แตกต่างกัน⁽⁴⁷⁾

จากการรายงานดังกล่าวพบว่า มีสารต่างๆ เป็นส่วนประกอบของแอมเฟตามีนหลายชนิด ทำให้มียาบ้าหลายตัวผลิตขึ้นในประเทศไทย จึงจัดกลุ่มของยาบ้าไว้ทั้งสิ้น 3 ประเภทดังนี้ คือ^(48,49)

1. ยาบ้าแท้ เป็นยาบ้ากลุ่มแรกที่แพร่ระบาด ส่วนประกอบที่สำคัญคือ สารออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางจำพวก Amphetamine หรือ Methamphetamine แอมเฟตามีนที่เป็นปัญหาในประเทศไทยส่วนมากได้แก่ Methamphetamine และรองลงมาคือ Amphetamine

2. ยาบ้าปลอม เนื่องจากตัวยา Amphetamine ถูกกำหนดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ 1 จึงถูกควบคุมการนำเข้าตลอดจนการผลิตและการจำหน่ายอย่างเข้มงวด ทำให้ผู้ค้ายาหันมาผลิตยาซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางแต่ออกฤทธิ์อ่อนกว่ามาใช้ทดแทน ได้แก่ สารจำพวก Ephedrine Caffeine หรือ Theopheline

3. ยาบ้าฉงน แพร่ระบาดเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2528 มีสารที่ออกฤทธิ์ ชื่อ Fenproporex หรือ N-Ethylamphetamine ซึ่งเป็นอนุพันธ์ตัวหนึ่งของ Amphetamine ผสมอยู่มีคุณสมบัติก้ำกึ่งระหว่างยาบ้าแท้และยาบ้าปลอม มีคุณสมบัติทางเคมี ทางกายภาพบางประการแตกต่างจากแอมเฟตามีน จึงนำมาใช้เป็นยาลดความดันที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ปกติจะอยู่ในรูปเกลือไฮโดรคลอไรด์ ยานี้เมื่อรับประทานจะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วกลายเป็นแอมเฟตามีนภายใน 4 ชั่วโมง (ในระยะ 1-4 ชม. จะตรวจพบ Amphetamine และ Fenproporex ซึ่งไม่เปลี่ยนแปลง 5-9% ในปัสสาวะ)⁽¹⁸⁾

จากผลการวิเคราะห์ส่วนประกอบทางเคมีของแอมเฟตามีนในตลาดมืดของประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นยาบ้าแท้ประเภท Methamphetamine ยาบ้าปลอมคือ Ephedrine และ Caffeine⁽⁴⁹⁾ กลุ่มยาบ้าแท้สามารถจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

- ยาเดี่ยวที่มีเฉพาะ Methamphetamine , Amphetamine , Ephedrine , Fenproporex และ Caffeine

- รูปสูตรผสม ในเม็ดยามีสารออกฤทธิ์ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ส่วนใหญ่ที่พบในประเทศไทยเป็นส่วนผสมระหว่าง Methamphetamine และ Caffeine มากที่สุดถึง 73% รองลงมาเป็นส่วนผสมระหว่าง Caffeine , Ephredrine และ Methamphetamine พบ 13.4% ส่วนผสมระหว่าง Ephredrine และ Caffeine พบ 3.9%⁽³⁷⁾

ลักษณะคุณสมบัติและวิธีการใช้ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน

ลักษณะทั่วไป^(18,20,47,50,51)

แอมเฟตามีนมีลักษณะเป็นผลึกผงสีขาวไม่มีกลิ่นมีรสขมเล็กน้อยถ้าอยู่ในรูปของเกลือจะละลายน้ำได้อย่างสมบูรณ์ แต่ละลายได้ไม่ดีในอีเทอร์ แต่ถ้าอยู่ในรูปของเบสจะละลายได้ดีในอีเทอร์และไม่ละลายในน้ำ

รูปร่าง เม็ดยา กลม และแบน อาจนูนตรงกลางด้วยก็ได้⁽⁵¹⁾

ขนาด เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 0.6-0.7 เซนติเมตร (6-7 มิลลิเมตร) หนาประมาณ 0.1-0.29 เซนติเมตร (1-29 มิลลิเมตร)^(18,52)

น้ำหนักเฉลี่ย 60-120 มิลลิกรัม⁽⁵²⁾

สีของเม็ดยา

- สีส้ม ผู้เสพยาเพราะให้ความแรงและออกฤทธิ์มากกว่า
- สีกะปิ กลิ่นหอมละลายช้า
- สีแดง สีชมพู ละลายเร็วมีกลิ่นต่างๆ เช่นกลิ่นมะม่วง
- สีเขียว เป็นยาแก้แพ้เชื่อว่ามีคุณสมบัติดีกว่าสีอื่นๆ
- สีชอล์ก หอมน้อยกว่าสีกะปิ ละลายช้า
- สีม่วง ละลายช้ากว่าสีชอล์ก

บางครั้งสีอาจมีจุดประเล็กๆ เช่น ขาว น้ำตาล และดำ ในเม็ดยาด้วย เป็นต้น^(50,51,52) จากข้อมูลการสุ่มตัวอย่างแอมเฟตามีนที่ได้จากการล่อซื้อ และการจับกุมของ ปปส.ในปี พ.ศ. 2539 พบว่าในจำนวน 301 ตัวอย่าง จาก 50 จังหวัดทั่วประเทศ สามารถจำแนกสีต่างๆ ได้ 27 สี และมีสัญลักษณ์ทั้งสิ้น 20 สัญลักษณ์ เช่น WY⁽⁵³⁾

ลักษณะบนเม็ดยา^(51,52)

1. ประทับตราสัญลักษณ์ 99 ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นตัวอักษร M เรียกว่า “ล้อแม็ค” ลักษณะเม็ดเล็กและหนา
2. ประทับตราสัญลักษณ์ 99 ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นเส้นแบ่งครึ่ง หรือเป็นอักษร P
3. ประทับตราสัญลักษณ์ M ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นเส้นแบ่งครึ่ง (เส้นผ่านศูนย์กลาง)

4. ประทับตราอักษร WY ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นเส้นแบ่งครึ่ง (เส้นผ่านศูนย์กลาง) ลักษณะเม็ด
นูนตรงกลาง
5. ประทับตราอักษร Wy ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นเส้นแบ่งครึ่ง (เส้นผ่านศูนย์กลาง)

ลักษณะการบรรจุตัวยา การแบ่งบรรจุตัวยามักแตกต่างกัน เช่น ^(26,52)

- ห่อแต่ละเม็ดด้วยกระดาษตะกั่ว กระดาษหนังสือพิมพ์ พลาสติก หรือซองบุหรี
- บรรจุในหลอดกาแฟปิดหัวทำด้วยความร้อน บรรจุ 1 เม็ดหรือมากกว่า เช่น ประมาณ 1-3 เม็ด
- ใส่ในฝา หรือละลายในเครื่องตีหมูกำลังชนิดต่างๆ
- ซุกซ่อนอยู่ในเนื้อทอฟฟี่หรือลูกกวาด
- บรรจุในถุง ซองพลาสติกสีเหลือง ภาษานักค้าเรียกว่า ม้าตัวเมีย บรรจุในถุงพลาสติกสีแดง เรียก
กันในหมู่นักค้าว่า ม้าตัวผู้ ที่ซองอาจมีพิมพ์รูปสัญลักษณ์ต่างๆ เช่น เปาบุ้นจิ้น สำหรับใช้กับไก่อ่ ซุป
เปอร์แมน ปลาฉลาม ตราควาง Methedrine Mariboro ฯลฯ

Σ ถ้าเป็นการขายส่งมักจะบรรจุถุงละ 200 เม็ด (เรียกว่า 1 คอก)

วิธีการเสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน

วิธีการเสพมี 4 วิธี คือ ^(54,55,56)

1. รับประทานเป็นเม็ด หรือละลายในเครื่องตีประเภทเครื่องตีหมูกำลัง ยาจะดูดซึมได้ดีและฤทธิ์ของ
ยาอยู่ได้ 2-24 ชม.
2. สูบโดยใช้ใบคดลูกกับบุหรี เรียกว่า “จับหมู”
3. ฉีดเข้าเส้น โดยผสมกับน้ำและยาเสพติดตัวอื่นๆ เช่น เฮโรอีน หรือยากล่อมประสาท
4. สูดดมควันระเหยคล้ายคลึงกับวิธีสูบบุหรีโดยการบดแล้วฉนวนไฟ กระทำได้ 2 ลักษณะ คือ
 - 4.1. สูบปล้องผ่านน้ำเพื่อลดการระคายเคือง
 - 4.2. ใส่กระดาษฟรอยด์ เรียกว่า “เรือ “ แล้วฉนวนไฟใช้หลอดกาแฟดูดควันที่ระเหยออกมา เรียกว่า
“จับมังกร “ นิยมในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา เยาวชนนอกสถานศึกษา

วิธีที่ 4 เป็นวิธีที่มีการดูดซึมได้อย่างรวดเร็ว แอมเฟตามีนสามารถออกฤทธิ์ได้ภายใน 1-3 นาทีหลัง
เสพและเป็นวิธีที่ผู้เสพแอมเฟตามีนนำมาใช้มากที่สุดในปัจจุบัน ^(26,47)

วิธีการสูบยาบ้าหรือแอมเฟตามีน สามารถจำแนกตามขั้นตอนได้ดังนี้ ⁽⁵⁸⁾

- 1) การแบ่งเม็ดแอมเฟตามีน การสูบแอมเฟตามีนแต่ละครั้งจะแบ่งเม็ดยาออกเป็น 4 ส่วน หรือ 4
ขา โดยใช้ไฟแช็กกดตรงเม็ดยา และวิธีหนึ่งใช้เล็บหัวแม่มือกดลงบนเม็ดยา ซึ่งในกลุ่มผู้เสพจะรู้กันว่า
แอมเฟตามีนที่ตีกดแล้วจะแตกออกเป็น 4 ส่วน และไม่แตกละเอียดหรือแตกมากกว่า 4 ส่วน

- 2) ใช้กระดาษตะกั่วหรือกระดาษฟรอยด์ (ในซองบุหรี) พับเป็นรูปซ้อนแล้วใช้กระดาษม้วนเป็นหลอด เพื่อเตรียมไว้สูบ/สูดควันจากการเผา
- 3) เช่นเดียวกับวิธีที่ 2 แต่จะเพิ่มขวดน้ำใส่น้ำและท่อเหล็กขนาดเล็กรูปตัวยูคว่ำเพื่อประกอบกับการสูบ/สูดผ่านน้ำ
- 4) สูบ/สูดครั้งละขาโดยการลนไฟใต้กระดาษตะกั่วที่พับเป็นรูปซ้อน เเผาเม็ดยาแอมเฟตามีนจนเป็นควันแล้วใช้หลอดกระดาษที่เตรียมไว้สูบ/สูดควันให้หมด ทั้งนี้จะใช้การสูบ/สูดธรรมดาหรือสูบ/สูดผ่านน้ำก็ได้

ระยะเวลาของการเสพ การเสพแอมเฟตามีนด้วยวิธีการสูบ/สูด โดยเผาเม็ดยาแอมเฟตามีนในกระดาษฟรอยด์ตะกั่วสามารถประมาณระยะเวลาได้ดังนี้⁽⁵⁸⁾

- 1/4 ของเม็ดยาใช้เวลาเผาผ่านฟรอยด์ตะกั่วประมาณ 25-30 วินาที
- 1/2 ของเม็ดยาใช้เวลาเผาผ่านฟรอยด์ตะกั่วประมาณ 30-40 วินาที

กระบวนการผลิตหัวเชื้อยาบ้าหรือแอมเฟตามีน

ที่นิยมใช้กันมีอยู่ 2 วิธี ดังนี้คือ⁽¹⁸⁾

วิธีที่ 1 (ใช้เวลาประมาณ 5 ชั่วโมง)

เอเฟดรีน → เมทแอมเฟตามีน → เมทแอมเฟตามีน ไฮโดรคลอไรด์

วิธีที่ 2 (ใช้เวลาประมาณ 2 วัน)

เอเฟดรีน → คลอโรอีเฟดรีน → เมทแอมเฟตามีน → เมทแอมเฟตามีน ไฮโดรคลอไรด์

ความสัมพันธ์ระหว่างแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน

สำหรับเมทแอมเฟตามีนเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายจะคงอยู่ในร่างกายประมาณ 12-34 ชั่วโมง (ขึ้นอยู่กับอัตราการสันดาปของร่างกายและสภาวะความเป็นกรด-ด่างของปัสสาวะ) สารเมทแอมเฟตามีนบางส่วนจะถูกเปลี่ยนไปเป็นแอมเฟตามีน ถ้าตรวจหาปริมาณเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะของผู้เสพภายหลังจากการเสพ 24 ชั่วโมงจะพบว่า⁽¹⁸⁾

- ในสภาวะปกติ จะตรวจพบเมทแอมเฟตามีน 43% และพบแอมเฟตามีน 4-7% ของปริมาณเมทแอมเฟตามีนที่เสพ
- ในสภาวะที่ปัสสาวะเป็นกรด จะตรวจพบเมทแอมเฟตามีน 76% และพบแอมเฟตามีน 7% ของปริมาณเมทแอมเฟตามีนที่เสพ

- ในสภาวะที่ปัสสาวะเป็นด่าง จะตรวจพบเมทแอมเฟตามีน 2% และพบเมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 0.1%

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา^(34,55,60,61)

เภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetic)

Amphetamine หรือยาบ้า ฤทธิ์เป็นด่างอ่อน มีค่า pKa 9-10 ดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร และผนัง mucosa ในปาก ผลทางคลินิกจะปรากฏภายใน 30 นาที ถึง 1 ชม. ออกฤทธิ์สูงสุดหลังรับประทานแล้ว 1-3 ชม. ออกฤทธิ์ได้เร็วเมื่อให้ทางเส้นเลือด ยากระจายไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ อย่างรวดเร็ว สามารถจับกับโปรตีน 20% พบได้ในน้ำสมองและไขสันหลัง 80% ของระดับพลาสมา สะสมมากที่ม้าม ตับ ไต ร่างกายสามารถกำจัดแอมเฟตามีนออกทางไต 17-73% ได้ 2 วิธี คือ Amphetamine จะถูกขับออกทางไตรูปเดิมและผ่านขบวนการเปลี่ยนแปลงรูป ซึ่งเป็นผลมาจากการ Metabolized ที่ตับ ปริมาณการขับถ่ายแอมเฟตามีนทางไตรูปเดิมนั้นขึ้นอยู่กับค่า pH ของปัสสาวะคือ ถ้าค่า pH ของปัสสาวะเป็นกรด (pH ต่ำกว่า 6.7) จะขับออกรูปเดิม 67-73% แต่ถ้าค่า pH ของปัสสาวะเป็นด่าง (pH สูงกว่า 6.7) จะขับออกรูปเดิม 17-43% ค่าครึ่งชีวิตของ Amphetamine ในเลือดขึ้นอยู่กับ pH ของปัสสาวะเช่นกัน โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 7-14 ชม.

การออกฤทธิ์ของยาบ้าหรือแอมเฟตามีน^(30,47)

1. ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System Stimulants) มีฤทธิ์คล้ายคลึงกับ Adrenaline หรือ Epinephrine ซึ่งเป็นสารที่อยู่ในร่างกายมนุษย์ ผลคือ ลดความง่วงซึม ทำให้ครึกครื้น ร่าเริง เป็นสุข (Euphoria) หากใช้ในปริมาณมากจะมีอาการกระวนกระวาย ประสาทแข็งนอนไม่หลับ มึนงง เหงื่อออก ความจำไม่ดี หลงลืม อาจเกิดสภาวะตื่นกลัว (Panic) และสภาวะโรคจิต (Psychosis) คือ มีอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน (Hallucination) คิดว่ามีคนมาทำร้ายตน พุดจาสับสน หลงผิด โกรธง่าย จิตใจหุนหัน ซึมเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และอาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้
2. ฤทธิ์ต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ มีฤทธิ์กระตุ้นหัวใจทำให้ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ ถ้าใช้ในขนาดสูงทำให้การไหลเวียนของโลหิตล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะและอาจเสียชีวิตได้ หรืออาจเสียชีวิตเนื่องจากเส้นโลหิตในสมองแตก
3. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินหายใจ มีฤทธิ์ทำให้ระบบทางเดินหายใจผิดปกติ อัตราการหายใจสูงขึ้น มีอาการเหนื่อย เหงื่อออกมาก ปากและจมูกแห้ง ริมฝีปากแตก ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น

4. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร มีฤทธิ์ทำให้ผู้เสพมีอาการเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นตะคริวในช่องท้อง ปวดท้องอย่างแรง ในบางรายที่ไม่ได้รับประทานอาหารอาจทำให้กระเพาะอาหารทะลุได้

ขนาดและวิธีการใช้ ^(47,49,62,63)

1. ขนาดต่ำและใช้เป็นครั้งคราว ส่วนมากมักใช้โดยการรับประทาน 5 – 20 มิลลิกรัม เพื่อช่วยลดอาการเหนื่อยล้า แก่ง่วง กระตุ้นอารมณ์ให้สดชื่นทำงานได้นานขึ้น และช่วยให้พ้นจากอาการเมาค้าง การใช้เป็นครั้งคราว จะมีผลดีต่อร่างกายคือ ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหลดลวมคลายตัว ม่านตาขยาย เพิ่มการไหลเวียนโลหิต

2. ใช้ขนาดต่ำติดต่อกัน เป็นการใช้น้ำขนาด 5 – 50 มิลลิกรัมติดต่อกัน การใช้ลักษณะนี้หลังหยุดยาอาจต้องการนอนพักหลายวันเพื่อปรับสภาพของร่างกาย หากขาดยาจะรู้สึกหุดหุดซึมเศร้าอารมณ์แปรปรวนรุนแรง จนทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้ ทำให้ต้องใช้น้ำนั้นตลอดไป และเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อต้องการนอนหลับจึงดื่มสุรา หรือยานอนหลับ ทำให้มีโอกาสได้รับยาเกินขนาดโดยไม่ตั้งใจ

3. การใช้น้ำขนาดสูง มักฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดที่ใช้ 100 – 1,000 มิลลิกรัม เพื่อให้เกิดภาวะเป็นสุขขึ้นมาทันทีเรียกว่า Flash หรือ Rush จะมีฤทธิ์อยู่ได้นาน 2-3 ชั่วโมง บางรายใช้เวลาตลอดวันในการเสพยา การได้รับยาขนาดสูงจึงทำให้เกิดอาการทางจิตซึ่งได้แก่ อาการโรคจิตหลงผิด ระแวง และมีประสาทหลอน ภาวะวิตกกังวลรุนแรง ผลทางร่างกายเกิดการกระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ความดันโลหิตสูง ไข้สูง ลมชัก หัวใจหยุดเต้น

Σ ขนาดของแอมเฟตามีนที่ทำให้คนเสียชีวิตคือ 20-30 mg/kg ⁽⁵⁴⁾

ขั้นตอนของการติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ^(64,65)

โดยเริ่มจากการลองใช้น้ำเสพติดหรือใช้เพื่อเข้าสังคมเป็นครั้งคราว เมื่อฤทธิ์ของยาเสพติดเป็นที่พึงพอใจ ผู้เสพจะเห็นประโยชน์ของยาเสพติดที่อาจจะใช้เพื่อความสุข สนุกสนาน หรือ คลายเครียด ขนาดของการใช้น้ำเสพติดและอัตราการเสพยาจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการติดยา (Tolerance) และจะเข้าสู่ระยะการติดยาทางจิตใจ (Psychological dependence) เมื่อเสพยาต่อไปเรื่อยๆ จะเริ่มเข้าสู่ช่วงติดยาทางร่างกาย (Physical dependence) ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายขาดยาไม่ได้ จะเกิดอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) ขึ้นทันทีซึ่งทำให้ผู้เสพทรมานมาก

สาเหตุการเสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน

การติดแอมเฟตามีนก็มีสาเหตุคล้ายกับการติดยาเสพติดชนิดอื่นๆ ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่า ประกอบด้วยหลายปัจจัยซึ่งอาจมีผลต่อกันและกัน เป็น Biopsychosocial etiologies ดังนี้^(66,67)

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ประกอบด้วย

1.1 พันธุกรรม ยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดในครอบครัวผู้ติดยาบ้า แต่การศึกษาครอบครัวผู้ติดโคเคนติดสุรา พบว่า มีปัจจัยทางพันธุกรรมเกี่ยวข้องด้วย

1.2 Neurochemical mechanism

1.2.1 พบว่าเกี่ยวข้องกับ ระบบการตอบสนอง (reward system) ในสมองส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องคือ dopaminergic pathway ที่เริ่มจาก ventral tegmental area ไปยัง cerebral cortex และ limbic lobe โดยเฉพาะบริเวณ nucleus accumbens สมองอีกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการติดยา-เสพติด คือ บริเวณ locus ceruleus ซึ่งเป็นที่รวมของ noradrenergic neuron

1.2.2 Neurotransmitter พบว่า สารเสพติดที่ใช้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ มีการเพิ่มขึ้นหรือยับยั้งการหลั่งสารเคมีบางกลุ่ม โดยมี receptor เฉพาะที่ ออกฤทธิ์ที่สำคัญในแอมเฟตามีน คือ dopamine receptor , serotonin receptor ฯลฯ

2. พื้นฐานทางอารมณ์ หรือลักษณะบุคลิกภาพ ที่มาจากการเลี้ยงดู และการใช้กลไกการปรับตัวของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดยาเสพติด คือ หุนหันพลันแล่น (impulsive) เป็นบุคคลที่ปรับตัวยาก มีลักษณะการพึ่งพาสูง (dependency need)ต่อต้านสังคม (antisocial) และมีการควบคุมอารมณ์ที่บกพร่อง

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เริ่มตั้งแต่ ปัญหาในครอบครัว เช่น ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ขาดความรักความเข้าใจ ฯลฯ สังคมในโรงเรียน หรือที่ทำงาน ค่านิยมของสังคม ชุมชนต่างๆ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนาต่อการใช้สารเสพติด ความยากง่ายในการจัดหาสารเสพติด ราคาของสารเสพติด ความเข้มงวดของกฎหมายและความรุนแรงของบทลงโทษ แรงกดดันทางสังคมที่มีต่อตัวผู้เสพ เป็นต้น

4. ปัจจัยด้านการเรียนรู้และการมีเงื่อนไข (Learning and Conditioning) สารมีฤทธิ์ก่อให้เกิดอารมณ์ครั้นครวดอย่างรวดเร็วเมื่อใช้โดยวิธีการสูบ/สูดควันเข้าปอด ลดความเครียดก่อให้เกิดความสุขเหล่านี้จึงทำให้เกิดแรงจูงใจให้พฤติกรรมการใช้ยาคงอยู่ หรือเรียกว่า ก่อให้เกิดการติดทางร่างกาย - (physiological dependence) ในบางรายการกลับมาใช้เนื่องจากมีเงื่อนไขกับสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ถูกชักชวนจากเพื่อน เป็นต้น

ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้เสพยาบ้า หรือแอมเฟตามีน

การเสพยาบ้าก่อให้เกิดภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจดังต่อไปนี้คือ^(68,69)

1. ภาวะพึ่งยาบ้า (Amphetamine dependence) เกิดได้เร็วมากถ้าใช้ในรูปของการฉีด หรือสูบบรรูปแบบของการใช้พบได้ 2 แบบ คือ ใช้เป็นพั๊ๆ (Episodic use) กับใช้เป็นประจำ ในรายที่ใช้เป็นพั๊ๆ มักจะใช้วิธีฉีดช่วงละหลายๆ (Bing หรือ Speed runs) หลังจากนั้นจะหยุดไปเนื่องจากภาวะเหนื่อยล้าหมดแรง (Exhaustion) เกิดอาการโรคจิต หรือจากยาที่ใช้หมดลง ในรายที่ใช้ประจำมักเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่เดียวกันก็จะเกิดความรู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria) ได้มากขึ้น พบว่า ผู้ที่ใช้สารนี้มักหยุดยา หรือเลิกใช้หลังจากใช้ได้นาน 8 – 10 ปี สาเหตุเนื่องจากผลข้างเคียงทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. อาการพิษจากยาบ้า (Intoxication) พบว่ามีอาการอารมณ์ครื้นเครง (Euphoria) เครียด วิตกกังวล (Anxiety reaction) ด้านร่างกายจะพบว่ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว ม่านตาขยาย ท่าทางลุกลี้ลุกลอน สับสนรวมทั้งมีความผิดปกติของความรู้สึกตัว และมีอาการชักเกร็งร่วมด้วยได้ อาการที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ อาการโรคจิต เกิดขึ้นได้แม้ว่าจะได้รับปริมาณยาในขนาดของการให้เพื่อรักษาอาการต่างๆ (Therapeutic Dose) ในรายที่ใช้มานานจะเกิดอาการไวต่อยา (Sensitization) ได้คือ แม้ใช้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดอาการขึ้นได้ และผลยังคงอยู่ได้นานแม้ว่าหยุดใช้สารนี้ไปแล้วก็ตามลักษณะของอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นมักไม่มีอาการหลงลืมบุคคล—เวลา-หรือสถานที่ (Disorientation) โดยมีอาการเหมือนกับโรคจิตหวาดระแวง

3. อาการขาดยาบ้า (Withdrawal) มักพบได้ในรายที่ใช้ได้ในขนาดสูงและใช้เป็นประจำ ช่วงแรกจะเกิดอาการหลับมาก (Hypersomnia) มีการเกิด Rebound of REM sleep ทำให้ฝันได้บ่อยๆ ในระยะ 2 – 3 วันต่อมาจะเกิดอาการซึม (Dysphoria) รุนแรงอาจเป็นโรคซึมเศร้า (Depression) ได้ พบว่ามีอาการสูงสุดที่ 48 – 72 ชั่วโมง อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidality) นอกจากนี้ยังพบอาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น อ่อนเพลีย เชื่องช้า หรือ กระสับกระส่ายได้

อาการถอนพิษยา (withdrawal symptoms)

เมื่อผู้เสพยาบ้าหยุดเสพยาบ้าจะมีอาการถอนพิษยาปรากฏดังนี้⁽⁷⁰⁾
สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะด้วยกันคือ

ระยะที่ 1 หยุดยาทันที (crash) ประมาณ 9 ชั่วโมงถึง 4 วัน ระยะเริ่มแรกเมื่อหยุดยา จะมีผลต่อร่างกายและจิตใจคือ อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย เริ่มซึมเศร้าวิตกกังวล และต้องการเสพยาอย่าง มาก ช่วงกลางของระยะนี้ความต้องการเสพยาลดลงมีความต้องการนอนแต่นอนไม่หลับ ช่วงสุดท้ายของระยะนี้จะมีอาการนอนมากเกินไปร่วมกับกินมากเกินไป

ระยะที่ 2 ระยะถอนพิษยา (withdrawal) หลังจากระยะ "crash" แล้วถ้าหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่อง จะเข้าสู่ในระยะนี้ ซึ่งมีอาการตรงข้ามกับฤทธิ์ของแอมเฟตามีน คือ ไม่มีแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ มีอาการอ่อนเพลีย ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม และ anhedonia อาการเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นในช่วง 12-96 ชั่วโมงหลังจากระยะแรก มีอาการอยากเสพยาและมีแนวโน้ม เกิดการติดยาสูง ถ้าหยุดเสพยาได้ 6-18 สัปดาห์อาการ anhedonia และ dysphoria จะลดลง และ อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้โดยใช้เวลามากกว่า 6-9 เดือน

ระยะที่ 3 ระยะสงบ (extinction) ระยะนี้เป็นช่วงสงบแต่อาจมีอาการอยากยาขึ้นอีก ถ้าผู้ป่วย อยู่ในสภาวะที่ได้รับการกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม หรือจากสาร โดยเฉพาะการอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆ หากไม่มีการเชื่อมโยงถึงอาการที่เกิดจากฤทธิ์ของสารแล้วอาการอยากยาก็จะลดลง และถ้าเวลาผ่านไป นานๆ ผู้ป่วยจะมีอาการอยากยาลดลง โอกาสในการติดยาก็ลดลงด้วย

สารสื่อประสาทกับภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยา

ทฤษฎีการสมดุลของสารสื่อประสาท : การเกิดโรค (Biopsychopathology) ทางจิตเวชชนิดต่างๆ เช่น โรคของความคิด (จิตเภท) โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า เกี่ยวข้องกับการทำงานของสารสื่อประสาทและจุดรับประสาทหลายๆ ตัวมีไซโตไดต์ตัวหนึ่ง ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยา จึงสามารถอธิบายได้ว่า Amphetamine มีผลต่อ Synapses ที่ใช้ serotonin และ catecholamine ได้แก่ norepinephrine (NE) เป็น transmitters หรือ modulators 3 ประการ คือ^(71,72,73)

1. Amphetamine -ทำให้ transmitters เหล่านี้เคลื่อนออกจาก synaptic vesicles สู่ออก synaptic cleft
2. Amphetamine ทำให้จำนวน transmitters ที่หลั่งออกมาในการตอบสนองต่อ action potential ที่ synaptic เพิ่มขึ้น
3. Amphetamine ห้ามการ reuptake ของ transmitters เข้าสู่ presynaptic cell จึงทำให้ผลของการออกฤทธิ์ของ transmitters เพิ่มขึ้น

การทำงานของเซลล์สมองหลายระบบใช้ catecholamine เช่น norepinephrine (NE) จะมีตัวเซลล์ อยู่ในก้านสมอง และจะส่ง Axons ไปสู่ Hypothalamus และ ระบบ Limbic จากนั้นก็ส่งแพร่กระจายไปสู่ Cortex ระบบนี้เป็นส่วนของ Medial forebrain และเป็นศูนย์พึงพอใจ (Reward and Pleasure centers) ส่วนตัวเซลล์ 5HT (Serotonin) มีเซลล์ประสาทในส่วนของก้านสมอง และสมองส่วนกลางใน Raphe nuclei และส่ง Fibers เข้า Hypothalamus , Corpus striatum และ Cortex

การรักษาผู้ติดสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยา

การรักษาผู้ป่วยแอมเฟตามีนนั้นโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ คือ^(20,26)

1. แบบผู้ป่วยนอก
2. แบบผู้ป่วยใน

ในที่นี้จะกล่าวถึงการรักษาแบบผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นที่นิยมกันทั่วไปเนื่องจาก สะดวกในเรื่องสถานที่ และสิ้นเปลืองงบประมาณด้านบุคลากรและสถานที่น้อยกว่าแบบผู้ป่วยใน

ผลดีของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกก็คือ ถ้าผู้ป่วยสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ทั้งๆ ที่ยังอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมแสดงว่า ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถหักห้ามใจตนเองได้ โอกาสหยุดเสพยาในระยะยาวก็จะมีมากกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยใน

กิจกรรมที่ให้แก่ผู้ป่วยในการบำบัดรักษา

- การถอนพิษยา คือ ให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาแอมเฟตามีนทันที
- การรักษาโรคแทรกซ้อน คือ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะถอนพิษยา เพื่อให้การรักษา
- การซักจูงแนะนำให้ตั้งใจรักษา และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวให้การร่วมรักษา
- การทำกลุ่มบำบัด ได้แก่ การทำจิตบำบัดบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาในเรื่องส่วนตัว เป็นต้น⁽⁷⁴⁾
- การตรวจร่างกายวิเคราะห์สภาพจิต ตรวจระบบประสาท โดยการนัดผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง

ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ติดแอมเฟตามีนในระยะถอนพิษยา

ยาที่นิยมใช้ในการรักษามี 2 กลุ่ม คือ^(27,28,75)

1. ยาบางตัวในกลุ่ม Tricyclic antidepressant (TCAs) เช่น desipramine , nortryptiline ฯลฯ ยาถูกดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหารแต่จะดูดซึมไม่หมดโดยสมบูรณ์ และถูก Metabolized ที่ตับ กลไกการทำงานของยา คือ ยับยั้งการดูดกลับของสารจำพวก norepinephrine และ serotonin ที่ปลายประสาทซึ่งทำให้บริเวณรอยต่อประสาทมีสารจำพวกนี้มากขึ้น เช่นเดียวกับ ยาบ้าที่ทำให้มีการหลั่ง norepinephrine และ serotonin เพิ่มมากขึ้นบริเวณรอยต่อประสาท ฤทธิ์ของยากลุ่มนี้จะปรากฏภายในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังรับประทาน

2. ยาต้านอารมณ์เศร้าในกลุ่ม Heterocyclic antidepressant เช่น กลุ่ม SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) ยาถูกดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร และถูก Metabolized ที่ตับ มีฤทธิ์ในการลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเริ่มปรากฏในสัปดาห์ที่ 1 หรือภายในสัปดาห์ที่ 3 แต่การประเมินว่า ยาได้ผลหรือไม่ต้องรับประทานครบ 4-6 สัปดาห์ไปแล้ว กลไกการทำงานของยาดังกล่าว คือ ยับยั้ง

การดูดกลับของสารสื่อประสาทเฉพาะ serotonin ที่บริเวณปลายประสาทซึ่งทำให้บริเวณรอยต่อประสาทมีสารจำพวกนี้มากขึ้น

ทฤษฎีและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

อารมณ์เศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจเศร้าหมองหดหู่ และเศร้าสร้อยซึ่งมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อารมณ์เศร้าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ ที่เกิดจากการผิดหวังล้มเหลวหรือการสูญเสียนั้นอาจเกิดขึ้นในชีวิตจริงหรือเป็นการสูญเสียในมโนภาพก็ได้ อาจเป็นอารมณ์เศร้าธรรมดา (sadness) ที่ทุกคนประสบเป็นครั้งคราวหรืออารมณ์เศร้าหมองแท้ๆ (“blue” mood) ^(76,77)

ทฤษฎีอารมณ์เศร้า ^(75,76)

Sigmund Freud และ Karl Abraham เป็นทฤษฎีแบบฉบับ (classic) ที่ว่าด้วยอารมณ์เศร้าเกิดจากความรู้สึกโกรธเข้าหาตนเอง (anger turned inward) สาเหตุจากการสูญเสียวัตถุ - (object-loss) หมายถึง บุคคลหรือสิ่งของที่ตนเองรักการสูญเสียอาจเป็นการสูญเสียจริงๆ-หรือเป็นเพียงจินตนาการก็ได้ ผู้ป่วยอารมณ์เศร้าจะไม่สามารถทำใจยอมรับการสูญเสียนั้นจึงแก้ไขด้วยการนำเอาภาพลักษณ์ทั้งหมดของสิ่งที่สูญเสียไปมาไว้ในจิตใจตนเองราวกับว่าสิ่งนั้นยังอยู่ (introjection)

Melanie Klein ทฤษฎี Superego Development อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากการไม่สามารถผ่าน depressive position โดยผู้ป่วยยังคงยึดติด (fixed) อยู่กับความวิตกกังวลว่าสิ่งที่ตนเองรักได้ถูกส่วนก้าวร้าวรุกรานของตนเองทำลายไป

E. Bibring ทฤษฎี Ego Psychology อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (loss of self esteem) การที่อึดตาไม่สามารถยกเลิกเป้าหมาย หรืออุดมคติที่ตนเองไปไม่ถึง ทำให้ตนเองมีบาดแผล (narcissistic injury) รู้สึกสูญเสีย ความภาคภูมิใจในตนเองหายไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า

John Bowlby อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสีย (object loss) การขาดความรัก การสูญเสียความรัก ไม่ได้รับความรัก การแยกจากพลัดพราก (traumatic separation) ที่เริ่มในวัยเด็กเล็กเกิดความรู้สึกเจ็บปวดจากการสูญเสียนี้เป็นปัจจัยชวนให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต

Adolf Myer อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแคบ เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการงาน เป็นต้น

Silvano Arieti อธิบายว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากบุคคลอื่นที่ครอบงำ (dominant other) รู้สึกว่าตนเองต้องอยู่หรือทำเพื่อบุคคลอื่น มิใช่อยู่หรือทำเพื่อตนเอง ขณะเดียวกันบุคคลที่ครอบงำผู้ป่วยก็มีได้

แสดงว่าพึงพอใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำลงไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่บรรลุนสิ่งที่ตนเองต้องการ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าทำให้เกิดอารมณ์เศร้า

Aaron Beck อธิบายด้วยทฤษฎี cognition ว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากการบิดเบือนของ cognition ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น การสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจนี้เป็นการสร้างเงื่อนไข (condition) ให้ผู้ป่วยคิด ตีความ และตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อไป

Peter Lewinsohn อธิบายด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) ว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสม-หรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป-หรือไม่ได้รับแรงเสริมทันทีที่แสดง- พฤติกรรมที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลขาดทักษะทางสังคมคิดว่าตนเองไม่คู่ควร ความภาคภูมิใจในตนเองจึงลดลง

สาเหตุของอารมณ์เศร้ายามาจากสาเหตุหลายปัจจัยผสมผสานรวมกัน เรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แสดงรายละเอียดได้ดังนี้⁽⁷⁶⁾

1) ปัจจัยเสริม (predisposing factors)

- * พันธุกรรม
- * ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต
 - ขาดบิดามารดา ปัญหาครอบครัว บิดามารดาหย่าร้าง
 - การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (poor parenting)
- * บุคลิกภาพ (depressive personality)
 - ขี้กังวล ชอบคิดแง่ลบ ขาดความภูมิใจในตนเอง

2) ปัจจัยเร่ง (precipitating factors)

- * ความพิการทางกาย (physical loss)
- * สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (poverty) , ยุงเหยิง ห่างเหิน แยกแยก พี่น้องไม่ปองดองกลมเกลียว
- * ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ขาดความผูกพัน (no intimacy)
- * ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม
- * มีปัญหาชีวิต (loss of self-esteem) พบกับความล้มเหลวผิดหวัง เช่น สอบตก ออกหัก ธุรกิจการค้าขาดทุน

- * หมดความภูมิใจในตนเอง
- * ถูกกลวณลามทางเพศ (abuse)

3) ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating)

- * บุคลิกภาพ การปรับตัว
- * ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต
- * แสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว (high expressed emotion-EE)
- * ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม (ญาติใกล้ชิด-ชั้นแรกป่วยทางจิตชนิดรุนแรง)

สาเหตุทางพันธุกรรม (Genetic causes)

คาลล์แมน พบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งมีอาการเศร้า ฝาแฝดอีกคนมีโอกาสเป็นร้อยละ 75 แต่ถ้าแฝดเกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นร้อยละ 14 นอกจากนั้นพี่น้องของคนที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสเป็นสูงกว่าคนทั่วไป 10-15 เท่า ถ้าบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาสเป็นถึง 25 เท่า อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบว่ามี การถ่ายทอดพันธุกรรมแบบใด แต่มีหลักฐานว่าน่าจะถ่ายทอดทางโครโมโซมเอ็กซ์ (X) และมีบางครอบครัวบ้างที่อยู่บนโครโมโซมที่ 11

สาเหตุทางชีวภาพ (Biological causes)

1. ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เช่น สารเอมีน (biogenic amine) หรือจุดรับประสาท (receptors) ที่ข้อต่อปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (limbic) จากการศึกษาที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์พบว่า ขณะมีอาการเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีบางอย่างในสมองที่สำคัญ คือ ซีโรโตนิน (serotonin) และนอร์อีพิเนพริน (norepinephrine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท ถ้าสารสื่อประสาททั้งสองตัวนี้ต่ำลง บุคคลนั้นจะเกิดอาการเศร้า ตรงกันข้ามถ้าสารสื่อประสาทสองตัวนี้เพิ่มขึ้นบุคคลจะเกิดอาการตื่นเต้นและครึกครื้น

2. ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรค - ไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ได้บ่อย

3. ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายไฮเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติ

ตารางที่ 3 แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างสารเอมีน และอาการต่างๆ⁽⁷⁶⁾

<u>การทำงานของสารเอมีน</u>	<u>อาการหรือผลข้างเคียง</u>
นอร์เอพิเนฟริน/ นอร์เอเดรีนอร์จิก (noradrenergic)	วิตกกังวล อาการสั่น ใจสั่น เหงื่อออก นอนไม่หลับ ตื่นตัว (arousal) กล้ามเนื้อกระตุก ลดความดันโลหิต
ซีโรโทนอร์จิก (serotonergic 5HT ₁ 5HT ₂ 5HT ₃)	อาการของทางเดินอาหาร : คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน อาการทางสมอง : มึนตื้อ ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ง่วงซึม กล้ามเนื้อกระตุก เกร็ง เบื่ออาหาร ปัญหาทางเพศ ก้าวร้าว ฆ่าตัวตาย
โดพามีนเนอร์จิก (dopamineergic)	ความกระตือรือร้น การเคลื่อนไหว หลอดเลือดบีบตัว ทำให้เพิ่มความดันโลหิต
อะเซทิลโคลีน/โคลิเนอร์จิก (cholinergic)	- เกิด REM* เร็วขึ้นขณะหลับ (↓ REM latency) - เลซีทีน (acetylcholine precursor) ทำให้ซึมเศร้าได้ - การหยุดยาด้านโคลีนทันที ทำให้อาการซึมเศร้ากำเริบ

REM* (rapid eye movement) = การกลอกตาไปมาอย่างรวดเร็ว เกิดขึ้นในช่วงครึ่งหลังของการนอนหลับ

สาเหตุจากบุคคล

บุคลิกภาพส่วนบุคคลหรือบุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (premorbid personality) หรือลักษณะนิสัยบางอย่าง เป็นพื้นฐานของบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดู ที่เป็นปัจจัยชวนให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ง่าย เช่น บุคลิกภาพผิดปกติชนิดย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด histrionic บุคลิกภาพผิดปกติชนิด borderline

สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม (Environment causes)

สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวบุคคลมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต (life-event) เช่น การพลัดพราก การสูญเสีย ความล้มเหลวหรือไม่ประสบความสำเร็จในสิ่งที่คาดหวัง พบว่าการสูญเสีย การพลัดพรากจากบิดามารดาที่อายุ 11 ปีเป็นปัจจัยเสริม (predisposing factor) ให้คนๆ นั้นป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ง่ายในอนาคต การเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงวัย ความแตกต่างระหว่างเพศก็มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน ส่วนการสูญเสียที่ทำให้บุคคลเกิดโรคซึมเศร้าได้ง่ายคือการสูญเสียคู่สมรส การหย่าร้าง ปัญหาเศรษฐกิจพบว่าเกิดภาวะซึมเศร้ากับคนในชนบทได้ง่ายกว่าคนในเมือง⁽⁷⁷⁾ การย้ายเข้าสู่วัยชรา ความล้มเหลวในหน้าที่การงาน

สภาพจิตและสิ่งที่ตรวจพบในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ^(75,76)

1. พฤติกรรมโดยทั่วไป ช้าทั้งการเคลื่อนไหวและจิตใจ (psychomotor retardation)
2. อารมณ์ (mood) และสีหน้า (affect) มีลักษณะซึมเศร้าเป็นสำคัญ ผู้ป่วยร้อยละ 50 จะปฏิเสธความรู้สึกเศร้า แต่จะมาพบแพทย์ด้วยเหตุผลว่าแยกตัวออกจากสังคม หรือมีกิจกรรมต่างๆ ลดลง
3. ความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส โดยทั่วไปมีการรับรู้สัมผัสเป็นปกติ ถ้ามีการรับรู้สัมผัสผิดปกติเรียกภาวะนั้นว่า อารมณ์เศร้าถึงขั้นโรคจิต (psychotic depression)

4. เนื้อความและขบวนการคิด เนื้อหาของความคิดมีลักษณะมองโลกและมองตนเองไปในทางลบ ผู้ป่วยจะรำพันถึงความรู้สึกผิด การสูญเสีย การฆ่าตัวตาย ขบวนการความคิดช้า สังเกตได้จากพูดช้า และพูดน้อย ตอบคำตอบสั้นๆ และใช้เวลานานกว่าจะตอบ ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมีอาการ thought blocking ความคิดหรือคำพูดมีเนื้อความน้อย พูดรายละเอียดแวดล้อมมาก (circumstantiality)
5. Orientation ส่วนใหญ่มี Orientation ดีต่อเวลา สถานที่ และบุคคล มีบางรายที่ไม่สนใจที่จะตอบคำถามหรือไม่มีผลกำลังพอที่จะตอบคำถาม

6. ความจำ ร้อยละ 50-75 ของผู้ป่วยอารมณ์เศร้าจะมี cognition บกพร่อง คือ การสำรวมใจ (concentration) ไม่ดีและลึ่มง่าย เราเรียกว่า depressive pseudodementia

7. การตัดสินใจและความหยิ่งเห็น การตัดสินใจถูกครอบงำโดย cognition ที่ว่าตนเองไม่มีค่า มองตนเองในด้านลบเกินไป
8. ความเชื่อมั่นได้ของข้อมูล ผู้ป่วยจะมีลักษณะที่ว่า ความไม่ดีถูกเน้นความดีถูกลดคุณค่า ในการสอบถามจึงต้องอาศัยญาติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับยาบ้าหรือแอมเฟตามีนในประเทศไทย

สุชาติ พหลภาคย์⁽⁷⁸⁾ ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากสารเสพติดคืออาการที่เกิดจากความมึนเมาในสารนั้นหรือเกิดขึ้นในขณะถอนสารนั้น การวินิจฉัยจึงต้องได้หลักฐานที่แน่ชัดจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการดังกล่าวอาจยาวนานมากถึงแม้ผู้ป่วยเลิกเสพยาสารนั้นไปแล้ว อาการของความผิดปกติอาจเริ่มเป็นในขณะใดขณะหนึ่งแต่ให้อยู่ภายใน 4 สัปดาห์นับตั้งแต่เลิกเสพยาสารนั้น สารเสพยาสารนั้นอาจกระตุ้นผู้ที่มีความเปราะบางทางชีวภาพด้านความผิดปกติทางอารมณ์ง่ายอยู่แล้วหรือผู้ที่มีอาการอยู่แล้วให้เกิดความผิดปกติได้

จงรักษ์ กุลเศรษฐ์⁽⁷⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาท และผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตประสาท พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพว่างงาน และศึกษาอยู่มัธยมศึกษาร้อยละ 54.2 สาเหตุของการติดยาส่วนมากอยากทดลอง พบผู้มีอาการทางจิต และประสาทร้อยละ 5.4 (47 ราย) มีอายุเฉลี่ย 24.2+ 6.7 ปีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการทางจิตประสาทที่มีอายุเฉลี่ย 20.6+6.8 ปี พบว่า ระยะเวลาเสพยา วิธีการเสพยา ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม

ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ⁽⁸⁰⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพจิตใจและสภาพสังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้แอมเฟตามีนและเฮโรอีน โดยวินิจฉัยจาก DSM IV และแบบสัมภาษณ์ CIDI (Composite international Diagnostic Interview) พบว่ามีภาวะผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) ร้อยละ 51.4 ; มีความผิดปกติ ชนิดคลุ้มคลั่ง (Manic Disorder) ร้อยละ 42.3 ; มีความผิดปกติทางจิต ชนิดซึมเศร้ารุนแรง (Major Depression) ร้อยละ 34.9 ทางด้านความคิดพบว่าผู้ป่วยมีความคิดอยากทำร้ายตนเองและอยากตาย ร้อยละ 27.4 กระทำการฆ่าตัวตายมาแล้วร้อยละ 9.4 วิธีที่นิยมคือ การกินยาฆ่าตัวตายร้อยละ 57.6

กิติพงษ์ สานิชวรรณกุล และคณะ⁽⁸¹⁾ ศึกษาผู้มีอาการทางจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ (ตามหลักเกณฑ์ของอเมริกา) และใช้ BPRS ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคจิตเภทหรือโรคจิตอื่นๆ มาก่อน พบความผิดปกติทางจิตที่เด่นชัดคือ หลงผิด หวาดระแวง และประสาทหลอน ส่วนด้านเนื้อหาความคิดที่พบคือความวิตกกังวลและตึงเครียด ปัจจัยที่ทำให้อาการทางจิตรุนแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสัมพันธ์ ได้แก่ ความถี่ของการเสพยา อาการทางจิตซึ่งพบว่าอาการทางจิตหลังหยุดเสพนานกว่า 1 สัปดาห์จะมีความรุนแรงกว่าคนที่มีอาการทางจิตขณะเสพอยู่ และวิธีสูบควันจะมีอาการทางจิตรุนแรงกว่าวิธีรับประทาน

วาสนา พัฒนกำจร⁽⁸²⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักเรียนนักศึกษาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดราชบุรีจำนวน 100 คน โดยการศึกษาแบบย้อนหลังโดยใช้

แบบวัดภาวะสุขภาพจิต SCL90 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 14-23 ปี ใช้วิธีสูบร้อยละ 95 เสพเฉลี่ยวันละ 2 เม็ด ระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย 1 ปี 4 เดือน พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17 ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดก่อนหรือหลังใช้ยาเสพติด และโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าร้อยละ 15

อนุพงษ์ สุธรรมนิรันด⁽⁸³⁾ ศึกษาความภูมิใจแห่งตนและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นที่ใช้ยาบ้าเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้ โดยใช้ CDI ฉบับภาษาไทยวัดภาวะซึมเศร้าและ FSC ฉบับภาษาไทยวัดความภาคภูมิใจแห่งตน พบว่า นักเรียนที่ใช้ยาบ้ามีความภาคภูมิใจแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ยาบ้า และพบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มใช้ยาบ้าร้อยละ 32.3 กลุ่มไม่ใช้ยาบ้ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.4

ชนิดา พลานุเวชและคณะ⁽⁸⁴⁾ ศึกษาวิเคราะห์ส่วนประกอบทางเคมีของยาบ้าในตลาดมืด ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็นกลุ่มต่างๆตามชนิดของสารออกฤทธิ์หลักได้ 6 กลุ่มคือ เมทแอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน+คาเฟอีนซึ่งเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 73.7 เมทแอมเฟตามีน+คาเฟอีน+เอเฟดรีนซึ่งพบมากเป็นอันดับรองลงมาร้อยละ 13.4 แอมเฟตามีน+คาเฟอีน+เอเฟดรีน เอเฟดรีน+คาเฟอีน และคาเฟอีนเพียงอย่างเดียว ลักษณะทางกายภาพของเม็ดยาใน 4 กลุ่มแรกพบว่า มี น้ำหนักเฉลี่ย 85 – 90 มิลลิกรัม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ย 6 – 7 มิลลิเมตร ความหนาเฉลี่ย 2 – 3 มิลลิเมตร สีที่พบมากที่สุดคือ สีส้ม สีน้ำตาล สัญลักษณ์ที่พบมากที่สุดคือ 99IM ตัวอย่างที่พบเฉพาะคาเฟอีนมีสีน้ำตาลเทา สัญลักษณ์ 99IF มีน้ำหนัก 92.50 มิลลิกรัม และตัวอย่างที่พบแอมเฟตามีนแทนที่เมทแอมเฟตามีนมีสีขาวแต่มีแดง สัญลักษณ์ 010 น้ำหนัก 96.59 มิลลิกรัม เส้นผ่านศูนย์กลาง 6.99 มิลลิเมตร และหนา 2.97 มิลลิเมตร และในปีเดียวกันได้ศึกษาวิเคราะห์หาเฮโรอีนในตัวอย่างยาบ้าโดยแยกเป็น 3 ตัวอย่างตามน้ำหนักเม็ดยา และปริมาณเมทแอมเฟตามีนและปริมาณเฮโรอีน พบเฮโรอีนในยาบ้าทั้ง 3 ตัวอย่างเท่ากับ 1.1 , 1.5 และ 2.3 มิลลิกรัมต่อเม็ดยา ปริมาณเมทแอมเฟตามีนเท่ากับ 20.8 , 22.1 , 21.3 มิลลิกรัมต่อเม็ดยาตามลำดับ ทำให้สรุปได้ว่าการปนเปื้อนของผงขาวในตัวอย่างยาบ้าในเมืองไทย

งานวิจัยเกี่ยวกับยาบ้าหรือแอมเฟตามีนในต่างประเทศ

George⁽⁸⁵⁾ กล่าวถึงระยะถอนพิษยาว่ามี 3 ระยะคือระยะแรกหลังหยุดยาทันทีเรียกว่า ระยะ Crash ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวลอยู่หนึ่งไม่ได้ และมีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับมีความต้องการยา ต่อมาจะเกิดอาการอ่อนเพลียหมดแรง ซึมเศร้า ต้องการนอนหลับแต่หลับไม่ได้ระยะนี้ผู้เสพอาจหันไปพึ่งสารอื่นๆ ทดแทน เช่น ยานอนหลับ สุรา ฯลฯ สุดท้ายของระยะ Crash คือต้องการนอนหลับและรับประทานอาหารอย่างมาก ระยะกลาง ส่วนใหญ่เป็นผลกระทบจากแอมเฟตามีนคือ ร่างกายทรุด -โทรม จิตใจหดหู่ขาดความเบิกบานใจหมดความสนใจในสิ่งแวดล้อมอาการนี้จะเกิดภายใน 12- 96 ชั่วโมง หลังระยะ Crash ระยะนี้ยังรู้สึกว่าการยาอยู่และสามารถกลับไปใช้ยาได้อีก ในสัปดาห์ที่ 6 -18 อาจมี

อาการพ้อคลั่ง ความระเหี่ยใจขาดความเบิกบานซึ่งอาจมีได้มากกว่า 6-9 เดือน ส่วนในระยะสิ้นสุดเนื่องจากเกิดการเรียนรู้ที่เป็นเงื่อนไขจากความทุกข์ทรมานจึงพบว่า ผู้เสพมักมีความตั้งใจที่จะลดหรือปฏิเสธการใช้ยา

Hall และคณะ⁽⁸⁶⁾ ได้สัมภาษณ์ผู้เสพแอมเฟตามีน จำนวน 301 คน ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยใช้ Genaral health Questionnair พบอาการหลังหยุดใช้แอมเฟตามีนคือ อาการซึมเศร้าร้อยละ 79 , วิตกกังวลร้อยละ 76 , พฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 44 , ประสาทหลอนร้อยละ 46 , หวาดระแวงร้อยละ 52 สรุประยะเวลาและความสม่ำเสมอของการใช้แอมเฟตามีนว่า มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต นั่นคือ ระยะเวลาการใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับอาการประสาทหลอน พฤติกรรมรุนแรง และอาการหวาดระแวง

Brower และคณะ⁽⁸⁷⁾ ได้ศึกษาระยะเวลาอาการในระยะถอนพิษยาจากแอมเฟตามีนหรือโคเคนโดยเปรียบเทียบระหว่างการตอบแบบสอบถามตามอาการด้วยตนเองกับเกณฑ์การวินิจฉัยของอเมริกา DSM III และ DSM III R พบว่า สามในสี่อาการที่พบมากที่สุดคือ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 75 ความผิดปกติของการนอนร้อยละ 71 และอ่อนเพลียไม่มีแรงร้อยละ 69

Watson และคณะ⁽⁸⁸⁾ ศึกษาสภาวะอารมณ์ รูปแบบการนอน และMHPG ในผู้ป่วย 4 โรง - พยาบาลที่เข้ารับการรักษาในระยะถอนพิษยาพบภาวะซึมเศร้าชั่วคราวที่สัมพันธ์กับการลดลงของ NE และจากการตรวจคลื่นสมองในขณะหลับพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของ REM sleep

William⁽⁸⁹⁾ ได้อธิบายถึงการวินิจฉัยผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนว่า จะไม่แสดงตัวในการเข้ารับการรักษา นอกจากผู้เสพจะมีอาการรุนแรงถึงภาวะโรคจิต เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง แม้ว่าในระยะแรกๆจะมีอาการ flash หรือเพ้อจนกระทั่งมีอาการผิดปกติทางอารมณ์ในระยะสุดท้ายและหลายรายมักตกอยู่ในอาการถดถอยซึมเศร้า ร่างกายอ่อนแอทรุดโทรมเนื่องจาก มีประวัติการใช้ยาปริมาณมากๆ รวมถึงมีอาการเรื่องรังอื่นๆ ตามมาโดยมักไม่ได้รับการรักษา

งานวิจัยที่เกี่ยวกับยาบ้าหรือแอมเฟตามีนในสัตว์ทดลอง

Paulson และคณะ⁽⁹⁰⁾ ศึกษาระยะเวลาถอนพิษยากับความเข้มข้นของโดพามีนในหนูโดยให้แอมเฟตามีนทางเส้นเลือดเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะถอนพิษยา วัดระดับโดพามีนในวันที่ 3 , 7 และ 28 วันตามลำดับ พบว่า ระดับความเข้มข้นของโดพามีนและการเมตาบอไลต์ของโดพามีนลดลงในส่วนของ Dorsolateral caudate nucleus จนกระทั่งหลังวันที่ 28 ไปแล้วพบว่าระดับของโดพามีนกลับสู่ปกติ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Case – control Study)

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample selection)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนทุกรายที่เข้ารับการรักษาน ณ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์

ประชากรตัวอย่าง (Population samples) คือ ผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนทุกรายที่เข้ารับการรักษาน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดสารเสพติดของ ICD-10

ตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกของ - โรงพยาบาลธัญญารักษ์ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล
2. เสพแอมเฟตามีนเพียงอย่างเดียว หรือเสพพร้อมกับบุหรี่ (ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง)
3. ผู้ป่วยที่หยุดเสพแอมเฟตามีน และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลธัญญารักษ์
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี
5. สัมครใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยเซ็นใบยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
6. สามารถฟังและใช้ภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง

กลุ่มศึกษา (Study group) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล - ธัญญารักษ์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดสารเสพติดของ ICD-10 และได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือ Hamilton rating Scale for depression แล้วพบว่า มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป) และมีอาการถอนยาโดยการประเมินด้วยแบบประเมินอาการถอนยา

กลุ่มควบคุม (Control group) คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล - ธัญญารักษ์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดสารเสพติดของ ICD-10 และได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือ Hamilton rating Scale for depression พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนรวมน้อยกว่า 8 คะแนน) และมีอาการถอนยาโดยการประเมินด้วยแบบประเมินอาการถอนยา

ประชากรกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมที่คัดเลือกรอก (Exclusion criteria)

1. มีความบกพร่องทางสมอง (มีคะแนนของ MMSE ในแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการคัดกรองโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช รวมคะแนนแล้วมากกว่า 13 คะแนน)
2. ในระหว่างศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลับไปใช้แอมเฟตามีนหรืออนุพันธ์ของแอมเฟตามีน ซึ่งข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์และการตรวจปัสสาวะโดยวิธี Gas Liquid Chromatography
3. ประวัติโรคจิต , พฤติกรรมหรืออารมณ์รุนแรง ซึ่งประเมินได้จากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามประวัติและข้อมูลทั่วไป
4. ประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตหรืออารมณ์รุนแรง ซึ่งประเมินได้จากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามประวัติและข้อมูลทั่วไป
5. ประวัติโรคต่อมไทรอยด์ ซึ่งประเมินได้จากการสัมภาษณ์

ตัวอย่าง (Samples) ได้แก่ ผู้ป่วยรายใหม่ที่ติดแอมเฟตามีนและหยุดเสพแอมเฟตามีนภายใน 24 ชั่วโมงขึ้นไปโดยเข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ซึ่งผู้วิจัยใช้ผู้ป่วยทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และเข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2543 ถึงเดือนสิงหาคม 2544 (ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล)

วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)⁽⁸⁹⁾

โดยใช้สูตร

$$n = (Z_\alpha + Z_\beta)^2 2p(1-p) / D^2$$

n คือ ขนาดตัวอย่าง

$\alpha = 0.05$ (One tailed) ; $\beta = 0.10$ (One tailed)

$D = P_2 - P_1$ คือ $0.6378 - 0.3622 = 0.2756$

$p = \frac{1}{2} (P_1 + P_2) = \frac{1}{2} (0.6378 + 0.3622) = 0.5$

P_1 คือ สัดส่วนที่เกิดภาวะซึมเศร้า = 0.6378 ⁽⁹⁰⁾

P_2 คือ สัดส่วนที่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า = 0.3622

$$n = (1.64 + 1.28)^2 2 \times 0.5 \times 0.5 / (0.6378 - 0.3622)^2 = 55$$

ดังนั้น $n = 55$

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 60 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ในช่วงเวลาทำการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. คือ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ลักษณะการเสพ - ยาเสพติด ใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบสอบถาม European Substance Use Database ⁽⁹¹⁾

ส่วนที่ 2. คือ แบบสอบถามสภาวะทางจิต-สังคม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลด้านการงานและเศรษฐกิจ ประวัติครอบครัว ประวัติการศึกษา ประวัติการแต่งงาน ประวัติการอยู่ร่วมกับกลุ่มเพื่อน ประวัติเกี่ยวกับกฎหมาย รวมถึงสภาพสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาวะทางจิตสังคมในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด (Psycho social and substance use history) จาก South Suburban Council on Alcoholism ⁽⁹²⁾

ส่วนที่ 3. คือ แบบประเมินสำหรับความซึมเศร้า Hamilton Rating Scale For Depression Thai version ซึ่งพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยนายแพทย์มานิชย์ หล่อตระกูลและคณะ ⁽⁹³⁾ แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ และมีการทดสอบความเชื่อถือได้ของกรวัด (reliability) และ ความสอดคล้องของการวัด (consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบอดเท่ากับ 0.738 ในแต่ละข้อคำถามมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2 และ 0 ถึง 4 สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ดังนี้คือ 0-7 ไม่มีความซึมเศร้า , 8-12 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย , 13-17 มีความซึมเศร้าปานกลาง , 18-29 มีความซึมเศร้ารุนแรง และมากกว่า 30 ขึ้นไป มีความซึมเศร้าและมีอาการทางจิต

ส่วนที่ 4. คือ แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการคัดกรองอาการและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Screening and Diagnostic Test for Mental Disorder) ซึ่งพัฒนามาจาก DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition โดยแพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ⁽⁹⁴⁾

ส่วนที่ 5. แบบประเมินอาการถอนยา AWQ (Amphetamine Withdrawal Questionnaire) ซึ่งดัดแปลงและพัฒนามาจาก DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder) โดยมานิตย์ ศิริสุรภานนท์ และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใช้ในการสัมภาษณ์และประเมินอาการ 11 อาการของ Amphetamine Withdrawal ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ สามารถแบ่งเป็น 3 หมวดหมู่คือ ความรู้สึกตื่น (ข้อ 1+6+9) , ความรู้สึกวิตกกังวล (ข้อ

3+4+5) และอาการระยะพักฟื้น (7+8+10) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คือ ไม่มีเลย = 0 ; มีน้อยมาก = 1 ; มีพอควร = 2 ; มีมาก = 3 ; มีมากยิ่งขึ้น = 4 รวมคะแนน 0 – 40 คะแนน มีการทดสอบความเชื่อถือได้ของการวัด (Test-retest reliability) เท่ากับ 0.79 และความสอดคล้องของการวัด (consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบอดเท่ากับ 0.77⁽⁹⁷⁾

ส่วนที่ 6. แบบประเมินความบกพร่องทางสมอง (MMSE) ซึ่งพัฒนามาจาก DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition โดยแพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁽⁹⁴⁾

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ

1. แบบประเมินสำหรับความซึมเศร้า Hamilton Rating Scale For Depression Thai version ซึ่งเป็นแบบวัดที่ใช้การสังเกตและสัมภาษณ์พร้อมกัน จึงทำการวิเคราะห์หาความสอดคล้องของเครื่องมือ โดยมีผู้วัด 2 ท่าน คือ ผู้วิจัยและจิตแพทย์ 1 ท่าน ทำการประเมินผลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละราย ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 30 ราย ได้เป็นคะแนนรวม หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความสอดคล้อง (Measure of agreement) ของการใช้เครื่องมือระหว่างผู้วิจัยกับจิตแพทย์โดยหาค่า Intraclass correlation สูตรที่ใช้ คือ⁽⁹⁸⁾

$$ICC = \frac{MSS - MSE}{MSS + (m - 1) MSE + m/n \text{ df} (MSM - MSE)}$$

MSS = ค่าเฉลี่ยกำลังสอง หรือความแปรปรวนระหว่างแถวของแต่ละคนในแถว

MSE = ค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่ผิดพลาด

m = จำนวนผู้ประเมิน

n = จำนวนผู้ถูกประเมิน

MSM = ค่าเฉลี่ยกำลังสอง หรือความแปรปรวนระหว่างวิธีที่ใช้

เมื่อได้ค่าคะแนนของผู้วิจัย และจิตแพทย์มาแล้วนำค่าคะแนนดังกล่าวมาทำตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. นำค่าที่ได้มา Tests of Between-Subjects Effects โดยการวิเคราะห์ Two way Anova

ขั้นตอนที่ 2. นำค่าจากการวิเคราะห์หาค่า ดัชนีบ่งชี้ความเที่ยง (Intraclass Correlation)

$$\text{ICC} = \frac{29.55 - 1.08}{29.55 + (2 - 1) \cdot 1.08 + 1/30 (0.016 - 1.086)} = \frac{854.07}{918.16}$$

$$= 0.93$$

ดังนั้น การใช้เครื่องมือ Hamilton Rating Scale for Depression ของผู้วิจัยมีความสอดคล้องกับจิตแพทย์ โดยมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกที่ระดับ .93 หมายความว่า ผู้วิจัยมีความสามารถในการใช้เครื่องมือใกล้เคียงกับจิตแพทย์ในระดับที่เชื่อถือได้มาก

** รายละเอียดของคะแนนหน้าภาคผนวก ก.

2. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการคัดกรองอาการทางจิตเวช (Screening Test for Mental Disorder) ซึ่งประกอบด้วย⁽⁹⁶⁾

- 2.1. แบบสอบถามอาการ Neurosis ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อคะแนนเต็ม 19 คะแนน โดยพบว่า แบบสอบถามชุดนี้มีค่า Sensitivity = 96.2% และมีค่า Specificity = 93.3%, ค่า Positive Predictive Value (PPV) = 96.2% และมีค่า Negative Predictive Value (NPV) = 84.4%
- 2.2. แบบสอบถามอาการ Psychosis ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ
- 2.3. แบบสอบถามอาการ Mania จำนวน 2 ข้อ
- 2.4. แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะฆ่าตัวตาย 10 ข้อ
- 2.5. แบบสอบถามอาการ Obsessive Compulsive Disorder จำนวน 2 ข้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
2. ติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการมาเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย
3. ติดต่อขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง และเรียนเชิญเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เพื่อขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. คัดเลือกผู้ป่วยเพื่อให้ได้กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
6. ทำการคัดเลือกผู้ป่วยออกตามเกณฑ์การคัดเลือกออก ซึ่งได้แก่
 - 6.1. สอบถามประวัติส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยต่อไปนี้ออก เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคต่อมไทรอยด์ ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคจิต โรคประสาท ประวัติพฤติกรรมหรืออาชญากรรมรุนแรง ผู้ป่วยที่มีประวัติของบุคคลในครอบครัวเป็นโรคจิต โรคประสาท ประวัติพฤติกรรมหรืออาชญากรรมที่รุนแรงของบุคคลในครอบครัว
 - 6.2. การประเมินสภาวะทางจิตเวชด้วยแบบคัดกรองอาการทางจิตเวช (Screening Test) เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มี ประวัติโรคจิต โรคประสาท และผู้มีประวัติพฤติกรรมหรืออาชญากรรมรุนแรงออก เมื่อพบว่ามีคะแนนรวมจากแบบคัดกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน
 - 6.3. ใช้แบบทดสอบความบกพร่องทางสมอง (MMSE) เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีความบกพร่องทางสมองออก เมื่อพบว่ามีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน
7. สังเกต สัมภาษณ์และประเมินอาการถอนยาด้วย AWQ (Amphetamine Withdrawal Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการถอนยาที่ปรากฏหลังหยุดใช้แอมเฟตามีน ใช้เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะถอนยาจริง

8. ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamiton Rating Scale for Depression (HAM-D) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้การสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต หลังจากการประเมินสามารถแบ่งกลุ่มได้ 2 กลุ่ม คือ

8.1. กลุ่มศึกษา (Study group) ได้จากการประเมินกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่ามีความซึมเศร้า (มีคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 8 คะแนน) กลุ่มนี้จะได้รับยา Antidepressant เช่น Tricyclic antidepressant (TCAs) หรือ Heterocyclic antidepressant เช่น selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อซักถามประวัติ จิต-สังคม

8.2. กลุ่มควบคุม (Control group) ได้จากการประเมินกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า (มีคะแนนรวมน้อยกว่า 8 คะแนน) กลุ่มนี้จะได้รับยาประเภท Vitamin B และ Sibilium ตลอดระยะเวลาการศึกษาและนัดผู้ป่วยทุกสัปดาห์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในสัปดาห์ใดสัปดาห์หนึ่งในระยะเวลาที่ศึกษาโดยใช้ แบบประเมินสำหรับความซึมเศร้า (HAM-D) , ใช้การสัมภาษณ์และใช้แบบประเมินอาการนอนยา (AWQ) เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะถอนยาจริง รวมทั้งตรวจพิสูจน์ปัสสาวะโดยวิธี GLC (Gas Liquid Chromatography) เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยไม่ได้กลับไปใช้แอมเฟตามีนหรืออนุพันธ์ของแอมเฟตามีนอีก (ตลอดระยะเวลาการศึกษา ถ้าตรวจพบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะถือว่าไม่เข้าเกณฑ์การศึกษา และจะคัดเลือกออกจากการศึกษาทันที) เมื่อประเมินครบ 5 สัปดาห์ผลพบว่า ผู้ป่วยอยู่ในระยะถอนยาจริง โดยไม่กลับไปใช้แอมเฟตามีนและไม่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในระยะทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงซักถามประวัติจิต-สังคมเพิ่มเติมในสัปดาห์ที่ 5 นี้

6. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้และนำข้อมูลดังกล่าวมาทำการวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติ และการวิเคราะห์ในเชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์เพื่อค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะถอนยา

1. สถิติเชิงพรรณนา (Discriptive Statistics) โดยการสร้างตารางแจกแจงความถี่ และคำนวณหาร้อยละเพื่อหาอัตราการเกิดโรค และปัจจัยต่างๆที่มีผลต่ออารมณ์เศร้า
2. สถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง χ^2 -test และหาค่า Odd ratio , 95% Confidence interval จากตาราง Crosstab
3. สถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Unpaired t-test ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
4. การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีนและค้นหาปัจจัยเสี่ยงของสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า
5. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของปริมาณหรือจำนวนแอมเฟตามีนที่ใช้กับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Pearson correlation) ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 ในระยะถอนยา
7. วิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และค้นหาตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 ในระยะถอนยา
8. การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าโดยตรง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นในระยะถอนยา ของผู้ป่วยที่ติดแอมเฟตามีนซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. ค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยา โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไป
- ข้อมูลด้านการทำงานและสภาพเศรษฐกิจ
- ข้อมูลการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

1.2. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสังคม

- ข้อมูลด้านสภาพครอบครัว
- ข้อมูลด้านสภาพครอบครัวสำหรับผู้สมรส
- ข้อมูลสภาพของผู้มีสถานภาพโสด
- ข้อมูลการศึกษา
- ข้อมูลการกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน
- ข้อมูลการกระทำผิดกฎหมาย
- ข้อมูลกลุ่มเพื่อน
- ข้อมูลของชุมชนและการได้มาซึ่งยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

2.2. การวิเคราะห์ข้อมูล

- การวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีนตามีน
- การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีน
- การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีน
- การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของจำนวนแอมเฟตามีนที่ใช้กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
- การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงปริมาณ (Pearson correlation) ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

- การวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และค้นหาตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์แรกในระยะถอนยา
- การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและค้นหาตัวพยากรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	ซึมเศร้า (n=60)	ไม่ซึมเศร้า (n=60)	รวม (n=120)	χ^2	Fishers Exact
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
เพศ					
- ชาย	56 (93.3)	54 (90.0)	110 (91.7)	0.43	-
- หญิง	4 (6.7)	6 (10.0)	10 (8.3)		
อายุ					
- 13 - 17 ปี	23 (38.3)	23 (38.3)	46 (38.3)	0.96	-
- 18 - 25 ปี	33 (55.0)	30 (50.0)	63 (52.5)		
- 26 ปีขึ้นไป	4 (6.7)	7 (11.7)	11 (9.2)		
ซึมเศร้า Mean(SD)=19.95(5.57)					
ไม่ซึมเศร้า Mean(SD)=19.65(5.29)					
สถานภาพสมรส					
- โสด	50 (83.3)	50 (83.3)	100 (83.4)	0.06	-
- คู่ / ม้าย/หย่า/แยก	10 (16.7)	10 (16.7)	20 (16.6)		
ศาสนา					
- พุทธ	57 (95.0)	57 (95.0)	114 (95.0)	-	1.00
- อิสลาม	3 (5.0)	3 (5.0)	6 (5.0)		
ที่อยู่					
- กรุงเทพมหานคร	42 (70.0)	43 (71.7)	85 (70.8)	0.04	-
- ปริมณฑล	18 (30.0)	17 (28.3)	35 (29.2)		
ผู้นำส่งโรงพยาบาล					
- มาด้วยตนเอง	34 (56.7)	25 (41.7)	59 (49.2)	8.04	-
- ครอบครัว	12 (20.0)	18 (30.0)	30 (25.0)		
- โรงเรียน	6 (10.0)	14 (23.3)	20 (16.6)		
- ตำรวจ/ศาลสั่ง	8 (13.3)	3 (5.0)	11 (9.2)		

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	χ^2	Fishers Exact
	(n=60)	(n=60)	(n=120)		
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
เหตุผลที่มารักษา				4.51	-
- สุขภาพไม่ดี	18 (30.0)	10 (16.7)	28 (23.3)		
- ต้องการให้สังคมยอมรับ	26 (43.3)	37 (61.7)	63 (52.5)		
- ทางบ้านบังคับ/ทางบ้านขอร้อง	16 (26.7)	13 (21.6)	29 (24.2)		
พักอาศัยอยู่กับบุคคลใด				-	0.36
- บิดาและมารดา	39 (65.0)	42 (70.0)	81 (67.5)		
- คู่สมรสและ/หรือบุตร	3 (5.0)	7 (11.7)	10 (8.4)		
- บิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว	10 (16.7)	7 (11.7)	17 (14.2)		
- บิดาหรือมารดาที่แท้จริงและ	4 (6.6)	3 (5.0)	7 (5.8)		
มารดาบุญธรรมหรือบิดาบุญธรรม					
- ญาติ/เพื่อน	4 (6.7)	1 (1.7)	5 (4.1)		

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาคือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า 60 คน และกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 60 คน มีรายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคลดังนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.3 กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 90.0 ช่วงอายุที่พบจำนวนมากทั้งสองกลุ่ม คือ อายุระหว่าง 18-25 ปี ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 55.0 อายุเฉลี่ยของกลุ่มนี้เท่ากับ 19.95 ± 5.57 ปี กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ยของกลุ่มนี้เท่ากับ 19.65 ± 5.29 ปี สถานภาพและศาสนาที่พบและมีจำนวนเท่ากันทั้งสองกลุ่มคือ สถานภาพโสด และศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.3 , 95.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 70.0 กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 71.7 ทั้งสองกลุ่มส่วนมากอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 65.0 และ 70.0 เหตุผลที่ทั้งสองกลุ่มเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่แล้วต้องการให้สังคมยอมรับ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 43.3 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 61.7 ส่วนผู้นำส่งโรงพยาบาลนั้นพบว่าทั้งสองกลุ่มสมัครใจมารักษาด้วยตนเอง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสมัครใจมารักษาด้วยตนเอง ร้อยละ 56.7 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.7

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ที่อยู่ เหตุผลที่เข้ารับการรักษา การพักอาศัยกับบุคคลต่างๆ ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วน

บุคคลผู้นำส่งโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ข้อมูลอาการนอนยา

ตารางแสดงค่าร้อยละของกลุ่มย่อยของอาการนอนยาจากAWQ ในผู้เสพยาเมเฟตามีน

ตารางที่ 5 แสดงค่าร้อยละของกลุ่มย่อยของอาการนอนพิษยาในสัปดาห์ที่ 1 ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มอาการ	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม
	(n=60)	(n=60)	
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	
- ความรู้สึกตื่น	18 (30.0)	11 (18.3)	24 (20.0)
- ความรู้สึกวิตกกังวล	21 (35.0)	18 (30.0)	33 (27.5)
- อาการระแยะพึ้น	21 (35.0)	31 (51.7)	45 (37.5)
- ความรู้สึกเศร้า	12 (20.1)	6 (9.90)	18 (15.0)

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มศึกษา (กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า) จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า

กลุ่มศึกษา (กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า) พบว่ามีอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะนอนยาจาก AWQ ได้แก่ ความรู้สึกตื่น ร้อยละ 30.0 , ความรู้สึกวิตกกังวล ร้อยละ 35.0 , อาการระแยะพึ้น ร้อยละ 35.0 ความรู้สึกเศร้า ร้อยละ 20.1

กลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า) พบว่ามีอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะนอนยาจาก AWQ ได้แก่ ความรู้สึกตื่น ร้อยละ 18.3 , ความรู้สึกวิตกกังวล ร้อยละ 30.0 , อาการระแยะพึ้น ร้อยละ 35.0 , ความรู้สึกเศร้า ร้อยละ 9.90

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ติดแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์

ข้อมูลทั่วไป	ซิมเซร่า	ไม่ซิมเซร่า	รวม	χ^2	NPar χ^2
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
ความรับผิดชอบหรือภาระเลี้ยงดู (n=120) - ไม่มีภาระที่ต้องเลี้ยงดู - มีภาระที่ต้องเลี้ยงดู OR=0.51 , 95%CI=0.16-1.64	55 (91.7)	51 (85.0)	106 (88.3)	1.29	-
บุคคลที่รับผิดชอบ (n=14) - คู่สมรสและ/หรือบุตร - บิดา/มารดา - บิดา/มารดา, คู่สมรส และบุตร	3 (60.0) 1 (20.0) 1 (20.0)	6 (66.7) 1 (11.1) 2 (22.2)	9 (64.3) 2 (14.3) 3 (21.4)	-	257.6**
อาชีพ (n=120) - นักเรียน/นักศึกษา - ว่างาน - รับจ้าง และอาชีพส่วนตัว	23 (38.3) 21 (35.0) 16 (26.7)	39 (65.0) 8 (13.3) 13 (21.7)	62 (51.7) 29 (24.2) 29 (24.1)	10.26**	-
รายได้ (n= 120) - ไม่มีรายได้ - มีรายได้	44 (73.3) 16 (26.7)	47 (78.3) 13 (21.7)	91 (75.8) 29 (24.2)	0.52	-
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (n= 29) - น้อยกว่า 5,000 บาท - 5,000 บาท ขึ้นไป ซิมเซร่า Mean(SD)=6015(3165.5) ไม่ซิมเซร่า Mean(SD)=8946(10347.5)	7 (43.7) 9 (56.3)	7 (53.8) 6 (46.2)	14 (48.3) 15 (51.7)	0.29	-
ความเพียงพอของรายได้ (n=120) - เพียงพอ - ไม่เพียงพอ	20 (33.3) 40 (66.7)	38 (63.3) 22 (36.7)	58 (48.3) 62 (51.7)	10.81**	-

**p<0.01

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการทำงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ติดแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	χ^2	Fishers Exact
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
สาเหตุความไม่เพียงพอของรายได้ (n=62)					
- สาเหตุจากการเสพยาเสพติด	33 (82.5)	18 (81.8)	51 (82.3)	-	0.74
- สาเหตุจากการเสพยาเสพติดและเที่ยวกลางคืน	5 (12.5)	2 (9.1)	7 (11.3)		
- สาเหตุจากการเสพยาเสพติดและอื่นๆ	2 (5.0)	2 (9.1)	4 (6.4)		
บุคคลที่พึ่งพาได้เมื่อรายได้ไม่เพียงพอ (n=120)					
- ไม่เคยพึ่งพาใคร	21 (35.0)	40 (66.7)	61 (50.8)	12.65**	-
- ครอบครัวหรือญาติ	17 (28.3)	11 (18.3)	28 (23.4)		
- เพื่อน	22 (36.7)	9 (15.0)	31 (25.8)		

**p<0.01

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ (นักเรียน/นักศึกษา) ร้อยละ 38.3 ว่างาน ร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่จึงไม่มีภาวะรับผิดชอบ ร้อยละ 91.7 ในกลุ่มนี้มักมีปัญหาเรื่องความไม่เพียงพอของรายได้ ร้อยละ 66.7 สาเหตุส่วนใหญ่ที่รายได้ไม่เพียงพอ คือ การใช้จ่ายเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ร้อยละ 82.5 บุคคลที่พึ่งพาได้เมื่อรายได้ไม่เพียงพอส่วนใหญ่ คือ เพื่อน ร้อยละ 36.7 ไม่พึ่งพาใครเลย ร้อยละ 35.0

กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ (นักเรียน/นักศึกษา) ร้อยละ 65.0 จึงไม่มีภาวะที่ต้องรับผิดชอบ ร้อยละ 85.0 ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 63.3 จึงไม่เคยพึ่งพาใคร ร้อยละ 66.7

จากข้อมูลด้านการทำงานและสภาพเศรษฐกิจพบว่า ความรับผิดชอบหรือภาระเลี้ยงดู รายได้ สาเหตุความไม่เพียงพอของรายได้ ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยรับผิดชอบ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่พึ่งพาได้เมื่อรายได้ไม่เพียงพอ ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$

ข้อมูลการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนร้อยละของลักษณะวิธีการใช้ยาเสพติดและสภาพการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

ข้อมูลทั่วไป	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	χ^2	Fishers Exact
	(n=60)	(n=60)	(n=120)		
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
อายุที่เริ่มใช้					
- น้อยกว่า 13 ปี	7 (11.7)	4 (6.7)	11 (9.1)	2.93	-
- 13 – 17 ปี	36 (60.0)	30 (50.0)	66 (55.0)		
- 18 ปี ขึ้นไป	17 (28.3)	26 (43.3)	43 (35.9)		
ซึมเศร้า Mean(SD)=16.91(5.54)					
ไม่ซึมเศร้า Mean(SD)=17.91(4.92)					
ผู้ชักชวนให้ใช้ยาเสพติด					
- ไม่มีผู้ชักชวน	24 (40.0)	27 (45.0)	51 (42.5)	0.30	-
- มีผู้ชักชวน (เพื่อน/ญาติ)	36 (60.0)	33 (55.0)	69 (57.5)		
วิธีการใช้ยาเสพติด					
- วิธีสูดดมควัน	60 (100)	57 (95.0)	117 (97.5)	-	0.24
- วิธีสูดดมควันและรับประทาน	-	3 (5.0)	3 (2.5)		
สถานที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก					
- บ้าน	17 (28.4)	17 (28.4)	34 (28.4)	0.00	-
- โรงเรียน	29 (48.3)	29 (48.3)	58 (48.3)		
- บ้านเพื่อน	14 (23.3)	14 (23.3)	28 (23.3)		
ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน					
- น้อยกว่า 10 เม็ด /สัปดาห์	10 (16.7)	45 (75.0)	55 (45.8)	42.82**	-
- 10 – 20 เม็ด /สัปดาห์	29 (48.3)	12 (20.0)	41 (34.2)		
- 21 เม็ด ขึ้นไป /สัปดาห์	21 (35.0)	3 (5.0)	24 (20.0)		
ซึมเศร้า Mean(SD)=18.86(10.42)					
ไม่ซึมเศร้า Mean(SD)=8.50(6.37)					

**p<0.01

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละของลักษณะวิถีการใช้ยาเสพติดและสภาพการใช้ยาเสพติด (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	χ^2	Fishers Exact
	(n=60)	(n=60)	(n=120)		
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน					
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	16 (26.7)	33 (55.0)	49 (40.8)	11.92**	-
- มากกว่า 1 – 2 ปี	15 (25.0)	12 (20.0)	27 (22.5)		
- มากกว่า 2 – 3 ปี	12 (20.0)	9 (15.0)	21 (17.5)		
- มากกว่า 3 ปีขึ้นไป	17 (28.3)	6 (10.0)	23 (19.2)		
ซึมเศร้า Mean(SD)=32.51(24.93)เดือน ไม่ซึมเศร้า Mean(SD)=16.88(15.35)เดือน					
เครื่องหมายบนเม็ดยา					
- WY	22 (36.7)	24 (40.0)	46 (38.3)	0.92	-
- Wy	31 (51.6)	29 (48.3)	60 (50.0)		
- อื่นๆ ได้แก่ 99 , R , M	7 (11.7)	7 (11.7)	14 (11.7)		
สีของเม็ดยาเสพติด					
- สีส้มอ่อน	22 (36.7)	21 (35.0)	43 (35.8)	0.88	-
- สีส้มแก่	29 (48.3)	28 (46.7)	57 (47.5)		
- สีอื่นๆ ได้แก่ สีเขียว , สีแดง	9 (15.0)	11 (18.3)	20 (16.7)		

**p<0.01

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีข้อมูลใกล้เคียงกันคือ มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้แอมเฟตามีนใกล้เคียงกันคือ 16.91 ± 5.54 ปี และ 17.91 ± 4.92 ปี โดยช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 13-17 ปี ร้อยละ 60.0 และ 50.0 ตามลำดับ วิธีที่ใช้ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ใช้วิธีสูดดมควันเพียงวิธีเดียว กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าใช้วิธีสูดดมควันเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.0 ทั้งสองกลุ่มมีผู้ที่ชักชวนให้ใช้ยาเสพติดคือ เพื่อน/ญาติ ร้อยละ 60.0 และ 55.0 ตามลำดับ โรงเรียนเป็นสถานที่ที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกและมีจำนวนเท่ากันทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 48.3 รูปแบบและลักษณะของเม็ดยาที่ทั้งสองกลุ่มใช้ส่วนมากเป็นเม็ดยาที่มีเครื่องหมาย Wy ร้อยละ 51.6 และ 48.3 ตามลำดับ สีของเม็ดยาส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มใช้สีส้มแก่ ร้อยละ 48.3 และ 46.7 ตามลำดับ ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน พบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ย 18.86 ± 10.42 เม็ด/สัปดาห์ ส่วนใหญ่ที่ใช้มีปริมาณอยู่ระหว่าง 10-20 เม็ด / สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 48.3 มีระยะเวลาในการใช้เฉลี่ย 32.51 ± 24.93 เดือน โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการใช้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 26.7 และ 25.0 ตาม

ลำดับ ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ย 8.50 ± 6.37 เม็ด/สัปดาห์ ส่วนใหญ่ที่ใช้มีจำนวนน้อยกว่า 10 เม็ด /สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 75.0 มีระยะเวลาในการใช้เฉลี่ย 16.88 ± 15.35 เดือน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการใช้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี ร้อยละ 55.0

จากข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน พบว่า วิธีการเสพ ผู้ชักชวนให้ใช้ ยาเสพติด สถานที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด ลักษณะเมื่อยา ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนปริมาณการใช้แอมเฟตามีนต่อสัปดาห์ และระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางสังคม

ข้อมูลด้านสภาพครอบครัว

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยรายได้เฉลี่ยของครอบครัว อายุ รายได้ และสถานภาพสมรสของบิดา มารดา

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน และร้อยละ เกี่ยวกับสภาพของครอบครัวของผู้ป่วย

ข้อมูลสภาพครอบครัว	ซิมเศร้า	ไม่ซิมเศร้า	รวม	χ^2	Fishers Exact
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
รายได้ของครอบครัว (n=120)					
- 1000 - 20,000 บาท	48 (80.0)	44 (73.3)	92 (76.7)	1.36	-
- 20,000 บาทขึ้นไป	12 (20.0)	16 (26.7)	28 (23.3)		
ซิมเศร้า Mean(SD)=13,545(6,693)					
ไม่ซิมเศร้า Mean(SD)=14,064(7,529)					
บิดา (n=120)					
- มีชีวิตอยู่	55 (91.7)	52 (86.7)	107 (89.2)	0.77	-
- เสียชีวิต	5 (8.3)	8 (13.3)	13 (10.8)		
อาชีพบิดา (n=107)					
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8 (14.5)	18 (34.6)	26 (24.3)	-	0.20
- ค้าขาย	20 (36.4)	12 (23.1)	32 (29.9)		
- รับจ้าง	23 (41.8)	13 (25.0)	36 (33.6)		
- เกษตรกรรม	3 (5.5)	7 (13.5)	10 (9.4)		
- ว่างาน	1 (1.8)	2 (3.8)	3 (2.8)		
มารดา (n=120)					
- มีชีวิตอยู่	59 (98.3)	58 (96.7)	117 (97.5)	-	1.00
- เสียชีวิต	1 (1.7)	2 (3.3)	3 (2.5)		
อาชีพมารดา (n=117)					
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6 (10.2)	13 (22.4)	19 (16.2)	0.12	-
- รับจ้าง	19 (32.2)	13 (22.4)	32 (27.4)		
- ค้าขาย	17 (28.8)	14 (24.2)	31 (26.5)		
- ว่างาน	17 (28.8)	18 (31.0)	35 (29.9)		

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน และร้อยละ เกี่ยวกับสภาพของครอบครัวของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลสภาพครอบครัว	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	χ^2	Fishers Exact
	(n=60)	(n=60)	(n=120)		
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
สภาพสมรสของบิดามารดา					
- มีชีวิตอยู่ร่วมกัน	47 (78.3)	47 (78.3)	94 (78.3)	0.04	-
- ไม่อยู่ร่วมกันเพราะบิดา/มารดาเสียชีวิต หรือแยกกันอยู่/หย่า	13 (21.7)	13 (21.7)	26 (21.7)		
ความสัมพันธ์ของครอบครัว					
- มีความสัมพันธ์ที่ดี	50 (83.3)	57 (95.0)	107 (89.2)	4.22*	-
- มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี	10 (16.7)	3 (5.0)	13 (10.8)		
จำนวนพี่น้อง					
- 1 คน	10 (16.7)	12 (20.0)	22 (18.3)	2.82	-
- 2 คน	24 (40.0)	24 (40.0)	48 (40.0)		
- 3 คน	19 (31.6)	10 (16.7)	29 (24.2)		
- 3 คนขึ้นไป	7 (11.7)	14 (23.3)	21 (17.5)		
ลำดับการเกิด					
- 1 คน	27 (45.0)	32 (53.3)	59 (49.2)	1.26	-
- 2 คน	23 (38.3)	13 (21.7)	36 (30.0)		
- 2 คนขึ้นไป	10 (16.7)	15 (25.0)	25 (20.8)		
ลักษณะการเลี้ยงดู					
- เอาใจใส่และใช้เหตุผล	44.0 (73.3)	55.0 (91.7)	99.0 (82.5)	7.09*	-
- เข้มงวดบังคับ/ไม่สนใจหรือไม่สนใจ	16.0 (26.7)	5.0 (8.3)	21.0 (17.5)		
ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเลี้ยงดู					
- ความรู้สึกพึงพอใจ	48.0 (80.0)	56.0 (93.3)	104.0 (86.6)	2.35	-
- ความรู้สึกไม่พึงพอใจ	12.0 (20.0)	4.0 (6.7)	16.0 (13.3)		

*p<0.05

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 1,000 - 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 80.0 และ 73.3 บิดาของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 91.7 และ 86.7 ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า บิดาประกอบอาชีพรับจ้าง และค้าขาย ร้อยละ 41.8 และ 36.4 ตามลำดับ มารดาของกลุ่มนี้ยังมีชีวิต

อยู่ ร้อยละ 98.3 โดยประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.2 ค้าขาย ร้อยละ 28.8 วางงาน ร้อยละ 28.8 สภาพสมรสของบิดา/มารดาของกลุ่มนี้ยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 78.3 และในครอบครัว มีความสัมพันธ์กันดี ร้อยละ 83.3 กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า บิดาประกอบอาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ รับจ้างและค้าขาย ร้อยละ 34.6 , 25.0 , 23.1 ตามลำดับ มารดาของกลุ่มนี้ยังมี ชีวิตอยู่ ร้อยละ 96.7 เป็นแม่บ้าน (วางงาน) ร้อยละ 31.0 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 24.2 บิดา/ มารดา ยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 78.3 ครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดี ร้อยละ 95.0 ผู้ป่วย ของทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นบุตรคนโต ร้อย ละ 45.0 และ 53.3 ในจำนวนพี่น้อง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และ 40 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่และใช้เหตุผล ร้อยละ 73.3 และ 91.7 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง สองกลุ่มมีความพึงพอใจต่อการเลี้ยงดูของครอบครัวตนเองคิดเป็น ร้อยละ 80.0 และ 93.3 ตาม ลำดับ

จากข้อมูลสภาพครอบครัว ได้แก่ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว การมีชีวิตรอยู่ของบิดาและ มารดา อาชีพของบิดาและมารดา สภาพสมรสของบิดาและมารดา ลำดับของการเกิดของผู้ป่วย จำนวนพี่น้องในครอบครัว ความรู้สึกต่อการเลี้ยงดูของบิดาและมารดา ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความ แตกต่างกัน ส่วนลักษณะความสัมพันธ์ของครอบครัว และลักษณะการเลี้ยงดูของครอบครัวของทั้ง สองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางแสดงประวัติการใช้ยาเสพติดของบุคคลในครอบครัว

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการใช้ยาเสพติดของบิดามารดาและญาติพี่น้อง

ข้อมูลสภาพครอบครัว	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	χ^2
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	
บิดา (n=120)				4.12*
- ไม่เคยใช้ยาเสพติด	39 (65.0)	31 (51.7)	70 (58.3)	
- เคยใช้ยาเสพติด	21 (35.0)	29 (48.3)	50 (41.7)	
OR=2.13 , 95%CI=1.02-4.47				
ญาติพี่น้อง (n=120)				2.70
- ไม่เคยใช้ยาเสพติด	26 (43.3)	35 (58.3)	61 (50.8)	
- เคยใช้ยาเสพติด	34 (56.7)	25 (41.7)	59 (49.2)	

*p<0.05

จากตารางที่ 9 มารดาของทั้งสองกลุ่มไม่เคยใช้ยาเสพติด บิดาของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาเสพติดเช่นกันในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 65.0 กลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 51.7 กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าญาติเคยใช้ยาเสพติด ร้อยละ 56.7 ญาติของกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่เคยใช้ยาเสพติด ร้อยละ 58.3

จากข้อมูลประวัติการใช้ยาเสพติดของบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การใช้ยาเสพติดของญาติทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการใช้ยาเสพติดของบิดาของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ p<0.05

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของยาเสพติดที่บิดาใช้

ข้อมูลสภาพครอบครัว	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	Fishers Exact
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	
ประเภทของยาเสพติดที่บิดาใช้ (n=50)				1.00
- เคยใช้ยาเสพติดบุหรี่ปริหรือติ่มสุรา	18 (85.7)	24 (82.8)	42 (84.0)	
- เคยใช้ยาเสพติดชนิดเดียว	2 (9.5)	4 (13.8)	6 (12.0)	
- เคยใช้ยาเสพติดหลายชนิด	1 (4.8)	1 (3.4)	2 (4.0)	

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่าบิดาของทั้งสองกลุ่มนิยมสูบบุหรี่ปริหรือติ่มสุรา ซึ่งในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าบิดานิยมสูบบุหรี่ปริหรือติ่มสุรา ร้อยละ 85.7 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 82.8

ตารางแสดงความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมการติดยาเสพติดของผู้ป่วย

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้สึกของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมการติดยาเสพติด

ข้อมูลสภาพครอบครัว	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	χ^2	Fishers Exact
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
ความรู้สึกต่อพฤติกรรม (n=120)					
- ต่อต้าน	58 (96.7)	58 (96.7)	116.0 (96.7)	-	1.00
- ครอบครัวไม่ทราบ/ไม่สนใจ	2 (3.3)	2 (3.3)	4.0 (3.3)		
ชนิดของความรู้สึกต่อต้าน (n=116)					
- ความรู้สึกที่รุนแรง	18.0 (31.1)	23.0 (39.7)	41.0 (35.3)	0.94	-
- ความรู้สึกที่ไม่รุนแรง	40.0 (68.9)	35.0 (60.3)	75.0 (64.7)		

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกต่อพฤติกรรมการติดยาเสพติดของบุคคลในครอบครัวของทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเดียวกันคือ ต่อต้าน ร้อยละ 96.7 ในครอบครัวของกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่ทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมการติดยาเสพติดของผู้ป่วย ร้อยละ 3.3 และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าทราบแต่ไม่สนใจผู้ป่วยร้อยละ 3.3 ส่วนชนิดของการต่อต้านเป็นแบบต่อต้านที่ไม่รุนแรง

จากข้อมูลความรู้สึกต่อพฤติกรรมการติดยาเสพติดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อมูลด้านสภาพครอบครัวสำหรับผู้สมรส

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ และประวัติของคู่สมรส

ข้อมูลสภาพครอบครัว	ซิมเศร้า	ไม่ซิมเศร้า	รวม	NPar χ^2	Fishers Exact
	(n=10)	(n=11)	(n=21)		
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
อายุเมื่อสมรสครั้งแรก					
- ต่ำกว่า 20 ปี	6 (60.0)	5 (45.5)	11 (52.5)	-	0.67
- 20 ปีหรือมากกว่า	4 (40.0)	6 (54.5)	10 (47.5)		
ซิมเศร้า Mean(SD)=20.7(3.2)					
ไม่ซิมเศร้า Mean(SD)=21.0(3.0)					
จำนวนครั้งของการสมรส					
- ครั้งที่ 1	10 (90.9)	10 (100.0)	20 (95.2)	17.19**	-
- ครั้งที่ 2	1 (9.1)	-	1 (4.8)		
สถานภาพการสมรส					
- อยู่ร่วมกัน	9 (81.8)	9 (90.0)	18 (85.7)	10.71**	-
- แยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง	2 (18.2)	1 (10.0)	3 (14.3)		
ระยะเวลาการสมรส					
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	9 (81.8)	6 (60.0)	15 (71.5)	20.33**	-
- ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป	2 (18.2)	4 (40.0)	6 (28.5)		
ซิมเศร้า Mean(SD)= 4.45(5.31)					
ไม่ซิมเศร้า Mean(SD)= 6.44(5.34)					
จำนวนบุตร					
- ไม่มีบุตร	5 (45.5)	2 (20.0)	7 (33.3)	1.14	-
- มีบุตร 1 คน	4 (36.4)	5 (50.0)	9 (42.9)		
- มีบุตร 2 คน	2 (18.1)	3 (30.0)	5 (23.8)		
ความสัมพันธ์ของคู่สมรส					
- ความสัมพันธ์แบบราบรื่น	10 (90.9)	9 (90.0)	19 (90.5)	213.2**	-
- ความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่น	1 (9.1)	1 (10.0)	2 (9.5)		

**p<0.01

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ และประวัติของคู่สมรส (ต่อ)

ข้อมูลสภาพครอบครัว	ซิมเศร้า	ไม่ซิมเศร้า	รวม	NPar ² χ^2
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	
ปัญหาในครอบครัว (n=21)				
- ไม่มีปัญหา	2 (18.2)	1 (10.0)	3 (14.3)	3.42
- มี 1 ปัญหา	6 (54.5)	3 (30.0)	9 (42.9)	
- มี 2 ปัญหา	3 (27.3)	6 (60.0)	9 (42.8)	
ปัญหาหลักในครอบครัว(n=21)				
- ไม่มีปัญหา	2 (18.2)	1 (10.0)	3 (14.3)	10.71**
- มีปัญหา	9 (81.8)	9 (90.0)	18 (85.7)	
ชนิดของปัญหาหลัก (n=18)				
- หึงหวง	2 (22.2)	3 (33.3)	5 (27.8)	4.66
- ยาเสพติด	5 (55.6)	3 (33.3)	8 (44.4)	
- เศรษฐกิจ	1 (11.1)	2 (22.2)	3 (16.7)	
- บุคคลที่ 3	1 (11.1)	1 (11.1)	2 (11.1)	
ปัญหารองในครอบครัว (n=21)				
- ไม่มีปัญหา	8 (72.7)	4 (40.0)	12 (57.1)	0.42
- มีปัญหา	3 (27.3)	6 (60.0)	9 (42.9)	
ชนิดของปัญหารองที่พบ (n=9)				
- หึงหวง	2 (66.7)	1 (16.6)	3 (33.3)	1.22
- ยาเสพติด	-	3 (50.2)	3 (33.3)	
- เศรษฐกิจ	-	1 (16.6)	1 (11.2)	
- บุคคลที่ 3	1 (33.3)	1 (16.6)	2 (22.2)	

**p<0.01

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่มีภาวะซิมเศร้าจำนวน 11 คน ส่วนใหญ่แต่งงานเป็นครั้งแรก ร้อยละ 90.9 มีอายุเฉลี่ยของการสมรสคือ 20.7 ± 3.2 ปี สภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ร่วมกัน ร้อยละ 81.8 ระยะเวลาการอยู่ร่วมกันของคู่สมรสส่วนใหญ่คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 81.8 ครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันแบบราบรื่นดี ร้อยละ 90.9 ส่วนใหญ่ไม่มีบุตร ร้อยละ 45.5 ชนิดของปัญหาแบ่งเป็นปัญหาหลัก และปัญหารอง พบว่า มีอยู่ 2 ครอบครัวที่ไม่มีปัญหาคิดเป็นร้อยละ 18.2 เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วส่วนใหญ่มีปัญหาในครอบครัวซึ่งเป็นจำนวน

1 ปัญหา ร้อยละ 54.5 ปัญหาที่พบเป็นปัญหาหลัก ร้อยละ 81.8 คือ ปัญหาเรื่องยาเสพติด ร้อยละ 55.6 ปัญหาเรื่องไม่มี ร้อยละ 72.7

กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน ทุกคนแต่งงานเป็นครั้งแรก มีอายุเฉลี่ยของการสมรสคือ 21.0 ± 3.0 ปี สภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ร่วมกัน ร้อยละ 90.0 ระยะเวลาการอยู่ร่วมกันของกลุ่มสมรสน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีบุตรแล้วจำนวน 1 คน ร้อยละ 50.0 ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่ราบรื่นดี ร้อยละ 90.0 ชนิดของปัญหาครอบครัวแบ่งเป็นปัญหาหลัก และปัญหารองพบว่า ในกลุ่มนี้มี 1 ครอบครัว ร้อยละ 10.0 ที่ครอบครัวไม่เคยมีปัญหา เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาในครอบครัวจำนวน 2 ปัญหา ร้อยละ 60.0 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่มีทั้งปัญหาหลักและปัญหารอง ร้อยละ 90.0 และ 60.0 ตามลำดับ ปัญหาที่พบบ่อยมากเป็นปัญหาหลักในครอบครัวคือ ปัญหายาเสพติดและความเหินห่างซึ่งมีจำนวนเท่ากันคิดเป็น ร้อยละ 33.3 ส่วนปัญหารองได้แก่ ปัญหาเรื่องยาเสพติด ร้อยละ 50.2 คู่สมรสของทั้ง 2 กลุ่มนี้ไม่เคยใช้ยาเสพติด

จากข้อมูลสภาพของครอบครัวของผู้ที่สมรสแล้ว ได้แก่ อายุเมื่อสมรสครั้งแรก จำนวนบุตร ปัญหาในครอบครัว ชนิดของปัญหาในครอบครัว (ปัญหาหลัก , ปัญหารอง) ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนจำนวนครั้งของการสมรส สภาพการสมรส ระยะเวลาการสมรส ความสัมพันธ์ของคู่สมรส ปัญหาหลักในครอบครัว ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ข้อมูลสภาพของผู้มีสถานภาพโสด

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติสำหรับผู้มีสถานภาพโสด

ข้อมูลสภาพครอบครัว	ซิมเศร้า	ไม่ซิมเศร้า	รวม	χ^2	Fishers Exact
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
เคยมีคู่รัก (n=99)					
- เคยมีคู่รัก	30 (61.2)	27 (54.0)	57 (57.6)	0.52	-
- ไม่มีเคยมีคู่รัก	19 (38.8)	23 (46.0)	42 (42.4)		
จำนวนคู่รักที่เคยมี (n=57)					
- จำนวน 1 คน	17 (56.7)	10 (37.1)	27 (47.3)	2.55	-
- จำนวน 2 คน	6 (20.0)	6 (22.2)	12 (21.1)		
- จำนวน 2 คนขึ้นไป	7 (23.3)	11 (40.7)	18 (31.6)		
ซิมเศร้า Mean(SD)=1.10(1.24)					
ไม่ซิมเศร้า Mean(SD)=1.32(1.62)					
คู่รักปัจจุบัน (n=57)					
- มีคู่รัก	13 (43.3)	17 (63.0)	30 (52.6)	2.19	-
- ไม่มีคู่รัก	17 (56.7)	10 (37.0)	27 (47.4)		
จำนวนคู่รักปัจจุบัน (n=30)					
- มีคู่รัก 1 คน	13 (100.0)	15 (88.2)	28 (93.3)	-	0.49
- มีคู่รัก 2 คน	-	2 (11.8)	2 (6.7)		
ซิมเศร้า Mean(SD)=1.0(0.0)					
ไม่ซิมเศร้า Mean(SD)=1.1(0.3)					
ระยะเวลากับคู่รักคนปัจจุบัน (n=30)					
- พบบ่อยครั้ง	9 (69.2)	16 (94.1)	25 (83.4)	-	0.13
- พบไม่บ่อยครั้ง	4 (30.8)	1 (5.9)	5 (16.6)		
การใช้ยาเสพติดของคู่รักในอดีต (n=57)					
- ใช้ยาเสพติด	1 (3.3)	2 (7.4)	3 (5.3)	-	0.59
- ไม่ใช้ยาเสพติด	29 (96.7)	25 (92.6)	54 (94.7)		
การใช้ยาเสพติดของคู่รักในปัจจุบัน (n=30)					
- ใช้ยาเสพติด	1 (7.7)	1 (5.9)	2 (6.7)	-	1.00
- ไม่ใช้ยาเสพติด	12 (92.3)	16 (94.1)	28 (93.3)		

จากตารางที่ 13 ผู้มีสถานภาพโสดจำนวน 99 คน พบว่า เคยมีคู่รักจำนวน 57 คน กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 49 คน เคยมีคู่รัก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 61.2 จำนวนคู่รักที่เคยมีส่วนใหญ่จำนวน 1 คน ร้อยละ 56.7 ถึงปัจจุบันกลุ่มนี้ไม่มีคู่รัก ร้อยละ 56.7 ส่วนผู้ที่มีคู่รักอยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 43.3 ทุกคนมีคู่รักจำนวน 1 คน ใช้เวลาบ่อยครั้งพบกับคู่รัก ร้อยละ 69.2 ส่วนการैयाเสพติดของคู่รักในอดีตและปัจจุบันพบว่า ไม่ैयाเสพติด ร้อยละ 96.7 , 92.3 ตามลำดับ

กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 50 คน เคยมีคู่รัก 27 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 จำนวนคู่รักที่เคยมีส่วนใหญ่จำนวน 2 คนและมากกว่า ร้อยละ 40.7 ถึงปัจจุบันกลุ่มนี้มีคู่รัก ร้อยละ 63.0 จำนวนคู่รักในปัจจุบันมีเพียง 1 คน ร้อยละ 88.2 ส่วนใหญ่ใช้เวลาพบกับคู่รักบ่อยครั้ง ร้อยละ 94.1 การैयाเสพติดของคู่รักในอดีตและปัจจุบันพบว่า ไม่ैयाเสพติดร้อยละ 92.6 , 94.1 ตามลำดับ

จากข้อมูลประวัติของผู้มีสถานภาพโสด ได้แก่ คู่รักที่เคยมีในอดีตและปัจจุบัน จำนวนคู่รักที่เคยมีในอดีตและปัจจุบัน ระยะเวลาที่อยู่กับคู่รักคนปัจจุบัน การैयाเสพติดของคู่รักในอดีตและปัจจุบัน ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลการศึกษา

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการศึกษา

ข้อมูลสภาพครอบครัว	ดื่มสุรา	ไม่ดื่มสุรา	รวม	χ^2	Fishers Exact
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
การศึกษา (n=120)					
- กำลังศึกษาอยู่	38 (63.3)	42 (70.0)	80 (66.7)	0.60	-
- ไม่ได้ศึกษา	22 (36.7)	18 (30.0)	40 (33.3)		
ระดับการศึกษา (n=120)					
- ประถมศึกษา	5 (8.3)	3 (5.0)	8 (6.7)	7.5	-
- มัธยมศึกษาตอนต้น	23 (38.3)	19 (31.6)	42 (35.0)		
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	6 (10.0)	18 (30.0)	24 (20.0)		
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	15 (25.0)	12 (20.0)	27 (22.5)		
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/ปริญญาตรี	11 (18.4)	8 (13.4)	19 (15.8)		
เกรดเฉลี่ยก่อนใช้ยาเสพติด (n=95)					
- น้อยกว่า 2.00	18 (38.3)	19 (39.6)	37 (38.9)	0.89	-
- เท่ากับหรือมากกว่า 2.00 ขึ้นไป	29 (61.7)	29 (60.4)	58 (61.1)		
ดื่มสุรา Mean(SD)=2.50(0.5)					
ไม่มีดื่มสุรา Mean(SD)=2.02(0.6)					
ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด (n=120)					
- ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	2 (3.3)	6 (10.0)	8 (6.7)	-	0.27
- ได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	58 (96.7)	54 (90.0)	112 (93.3)		
ประเภทของความรู้ที่ได้รับ (n=112)					
- การศึกษาและศึกษาด้วยตนเอง	41 (70.7)	31 (57.4)	72 (64.3)	2.19	-
- การฝึกอบรมและการปฏิบัติ	1 (1.7)	1 (1.9)	2 (1.8)		
- การศึกษา/ศึกษาด้วยตนเองและการฝึกอบรม/การปฏิบัติ	16 (27.6)	22 (40.7)	38 (33.9)		

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะดื่มสุรา และกลุ่มที่ไม่มีภาวะดื่มสุราส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ร้อยละ 63.3 และ 70.0 ตามลำดับ กลุ่มที่มีภาวะดื่มสุราส่วนใหญ่จบการศึกษาหรือกำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 38.3 กลุ่มที่ไม่มีภาวะดื่ม – สุราส่วนใหญ่จบการศึกษาหรือศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 31.6 และ 30.0 ตามลำดับ ระดับผลการเรียนก่อนใช้ยาเสพติดของทั้งสองกลุ่มมีค่าเท่า

กับหรือมากกว่า 2.00 ร้อยละ 61.7 และ 60.4 ตามลำดับ โดยกลุ่มที่มีภาวะซีมีเศรำมีระดับผลการเรียนก่อนใช้ยาเสพติดเฉลี่ย 2.50 ± 0.5 กลุ่มที่ไม่มีภาวะซีมีเศรำมีระดับผลการเรียนก่อนใช้ยาเสพติด 2.02 ± 0.6 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดร้อยละ 96.7 และ 90.0 ตามลำดับ ความรู้ที่ได้รับโดยการศึกษาและศึกษาด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.7 และ 57.4 ตามลำดับ

จากข้อมูลด้านการศึกษา ได้แก่ สภาพการศึกษา ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ยก่อนใช้ยาเสพติด ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ประเภทของความรู้ที่ได้รับ ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลการกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่างๆ ของผู้ป่วย

ข้อมูลการกระทำผิด	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	χ^2	Fishers Exact
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
การกระทำผิดในโรงเรียน (n=120)					
- เคยกระทำผิด	28 (46.7)	27 (45.0)	55 (45.8)	0.03	-
- ไม่เคยกระทำผิด	32 (53.3)	33 (55.0)	65 (54.2)		
จำนวนของการกระทำผิด /คน (n=55)					
- จำนวน 1 ชนิด	19 (67.9)	23 (85.2)	42 (76.4)	2.28	-
- จำนวน 2 - 3 ชนิด	9 (32.1)	4 (14.8)	13 (23.6)		
ภาคทัณฑ์ (n=55)					
- เคยถูกภาคทัณฑ์	22 (78.6)	20 (74.1)	42 (76.4)	0.15	-
- ไม่เคยถูกภาคทัณฑ์	6 (21.4)	7 (25.9)	13 (23.6)		
สาเหตุของการถูกภาคทัณฑ์ (n=42)					
- กระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน	13 (59.1)	15 (75.0)	28 (66.7)	1.19	-
- เสพหรือตรวจพบสารเสพติด	9 (40.9)	5 (25.0)	14 (33.3)		
พักการเรียน (n=55)					
- เคยถูกสั่งพักการเรียน	11 (39.3)	10 (37.0)	21 (38.2)	0.02	-
- ไม่เคยถูกสั่งพักการเรียน	17 (60.7)	17 (63.0)	34 (61.8)		
ไล่ออก (n=55)					
- เคยถูกไล่ออก	8 (28.6)	2 (7.4)	10 (18.2)	-	0.07
- ไม่เคยถูกไล่ออก	20 (71.4)	25 (92.6)	45 (81.8)		

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่างๆ ของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลการกระทำผิด	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	NPar χ^2
	จำนวน(คน) ร้อยละ	จำนวน(คน) ร้อยละ	จำนวน(คน) ร้อยละ	
สาเหตุของการถูกสั่งพักการเรียน (n=21)				
- กระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน	5 (45.5)	5 (50.0)	10 (47.6)	4.57
- เสพหรือตรวจพบสารเสพติด	6 (54.5)	5 (50.0)	11 (52.4)	
สาเหตุของการถูกไล่ออก (n=10)				
- กระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียนและไม่มี - สิทธิ์สอบ	3 (37.5)	2 (100.0)	5 (50.0)	0.00
- เสพหรือตรวจพบสารเสพติด	5 (62.5)	-	5 (50.0)	

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีข้อมูลของการกระทำผิดในโรงเรียนคล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่ไม่เคยกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน ร้อยละ 53.3 และ 55.0 ตามลำดับ สำหรับผู้ที่เคยกระทำผิดร้อยละ 46.7 และ 45.0 พบว่า กระทำผิด 1 ชนิดมากที่สุด ซึ่งมีร้อยละ 67.9 และ 85.2 ตามลำดับ การถูกลงโทษจากการกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียนที่พบมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม คือ การลงโทษด้วยการภาคทัณฑ์ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 78.6 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 74.1 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการถูกภาคทัณฑ์ของทั้งสองกลุ่ม คือ การกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน ร้อยละ 59.1 และ 75.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการลงโทษโดยวิธีสั่งพักการเรียนและไล่ออกพบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยถูกลงโทษด้วย 2 วิธีดังกล่าว

จากข้อมูลการกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน ได้แก่ พฤติกรรมที่เคยกระทำผิด จำนวนของการกระทำผิด/คน การถูกลงโทษด้วยการภาคทัณฑ์ สาเหตุของการถูกภาคทัณฑ์ การถูกลงโทษด้วยการสั่งพักการเรียน สาเหตุของการถูกสั่งพักการเรียน การถูกลงโทษด้วยการไล่ออก สาเหตุของการลงโทษด้วยการไล่ออก ของทั้งสองกลุ่มนี้ไม่แตกต่างกัน

ข้อมูลการกระทำผิดกฎหมาย

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดกฎหมายในรูปแบบต่างๆ

ข้อมูลการกระทำผิด	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	χ^2	Fishers Exact
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)		
การกระทำผิดกฎหมาย (n=120)					
- เคยกระทำผิดกฎหมาย	22 (36.7)	14 (23.3)	36 (30.0)	2.54	-
- ไม่เคยกระทำผิดกฎหมาย	38 (63.3)	46 (76.7)	84 (70.0)		
คติความที่ถูกต้อง (n=36)					
- คดีเกี่ยวกับยาเสพติด	13 (59.0)	11 (78.6)	24 (66.7)	-	0.29
- คดีอื่นๆ	9 (41.0)	3 (21.4)	12 (33.3)		

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ไม่เคยกระทำผิดกฎหมาย ร้อยละ 63.3 และ 76.7 ตามลำดับ ส่วนผู้กระทำผิดกฎหมายทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 36.7 และ 23.3 ตามลำดับ พบว่า มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากยาเสพติด ร้อยละ 59.0, 78.6 ตามลำดับ

จากข้อมูลการกระทำผิดกฎหมายของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลกลุ่มเพื่อน

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มเพื่อน

ข้อมูลการกระทำผิด	ซึ่มเศร้า	ไม่ซึ่มเศร้า	รวม	χ^2
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	
พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของกลุ่มเพื่อน (n=120)				
- มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด	56 (93.3)	52 (86.7)	108 (90.0)	0.77
- ไม่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด	4 (6.7)	8 (13.3)	12 (10.0)	
ชนิดของยาเสพติดที่กลุ่มเพื่อนใช้ (n=107)				
- แอมเฟตามีน	38 (69.1)	40 (76.9)	78 (73.5)	0.83
- ใช้ 2 ชนิดถึง 3 ชนิดขึ้นไป	17 (30.9)	12 (23.1)	28 (26.5)	

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะซึ่มเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึ่มเศร้าส่วนใหญ่เพื่อนมีพฤติกรรมใช้ยาเสพติด ร้อยละ 93.3 และ 86.7 ตามลำดับ ชนิดของยาเสพติดที่เพื่อนของทั้งสองกลุ่มใช้คือ แอมเฟตามีน โดยกลุ่มที่มีภาวะซึ่มเศร้า ร้อยละ 69.1 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึ่มเศร้า ร้อยละ 76.9 ยาเสพติดที่ใช้มากอันดับรองคือ การใช้ยาเสพติดตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปซึ่งพบว่ามีการใช้แอมเฟตามีนร่วมกับยาเสพติดประเภทอื่นๆ เช่น กัญชา สารระเหย สุรา เฮโรอีน ส่วนการใช้หลายชนิด เช่น มากกว่า 2 ชนิดนั้นมีบ้างแต่น้อยมาก ในกลุ่มที่มีภาวะซึ่มเศร้าใช้ยาเสพติด 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 30.9 กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึ่มเศร้าใช้ ร้อยละ 23.1 พิจารณาเพื่อนของทั้งสองกลุ่มพบว่า มีการใช้ยาเสพติดหลายชนิดเป็นจำนวนเท่าๆ กันอีกด้วย

จากข้อมูลกลุ่มเพื่อนซึ่งได้แก่ ลักษณะของกลุ่มเพื่อน พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของกลุ่มเพื่อน ชนิดของยาเสพติดที่กลุ่มเพื่อนใช้ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ข้อมูลของชุมชนและการได้มาซึ่งยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพแวดล้อมของชุมชนและการได้มาซึ่งยาเสพติด

ข้อมูลสภาพแวดล้อม	ซึมเศร้า (n=60)	ไม่ซึมเศร้า (n=60)	รวม (n=120)	χ^2
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	
เขตของสถานที่พักอาศัย				
- ในเขตเทศบาล	38 (63.3)	44 (73.3)	82 (68.3)	1.38
- นอกเขตเทศบาล	22 (36.7)	16 (26.7)	38 (31.7)	
ลักษณะการใช้ยาเสพติดในชุมชน				
- ไม่มีการใช้ยาเสพติดในชุมชนที่อาศัยอยู่	42 (70.0)	47 (78.3)	89 (74.2)	0.29
- มีการใช้ยาเสพติดในชุมชนที่อาศัยอยู่	18 (30.0)	13 (21.7)	31 (25.8)	
สถานที่พักอาศัยอยู่ใกล้เคียง				
- ชุมชนแออัด	5 (8.3)	7 (11.7)	12 (10.0)	0.55
- ตลาด	15 (25.0)	14 (23.3)	29 (24.2)	
- วัด	15 (25.0)	15 (25.0)	30 (25.0)	
- โรงเรียน	19 (31.7)	17 (28.3)	36 (30.0)	
- โรงพยาบาล	6 (10.0)	7 (11.7)	13 (10.8)	
ผู้ขายยาเสพติด				
- เพื่อน	12 (20.0)	27 (45.0)	39 (32.5)	8.55*
- ผู้ขายรายใหญ่	42 (70.0)	29 (48.3)	71 (59.2.5)	
- ผู้ขายรายย่อย	6 (10.0)	4 (6.7)	10 (8.3)	
สถานที่ตั้งของแหล่งขาย				
- อยู่ในชุมชนเดียวกับที่พัก	31 (51.7)	17 (28.3)	48 (40.0)	6.80**
- อยู่นอกชุมชนแต่เดินทางได้สะดวก	29 (48.3)	43 (71.7)	72 (60.0)	
ระยะเวลาในการได้มาซึ่งยาเสพติด				
- ภายใน 1 – 10 นาที	34 (56.7)	24 (40.0)	58 (48.3)	5.01
- ภายใน 1/2 ชั่วโมง	20 (33.3)	22 (36.7)	42 (35.1)	
- ภายใน 1 ชั่วโมง ถึง 1 วัน	6 (10.0)	14 (23.3)	20 (16.6)	

*p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 18 แสดงให้เห็นว่า ทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 63.3 และ 73.3 ตามลำดับ และพบว่าชุมชนของทั้งสองกลุ่มไม่มีการใช้ยาเสพติด ร้อยละ 70.0 และ 78.3 ตามลำดับ ส่วนสถานที่พักอาศัย

ของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า อยู่ใกล้เคียงกับโรงเรียนมากที่สุดร้อยละ 31.7 กลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ใกล้โรงเรียน ร้อยละ 28.3 ใกล้วัด ร้อยละ 25.0 การได้มาซึ่งยาเสพติดพบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถซื้อยาเสพติดได้จากผู้ขายรายใหญ่โดยตรง ร้อยละ 70.0 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าสามารถซื้อยาเสพติดได้จาก ผู้ขายรายใหญ่ และเพื่อน ร้อยละ 48.3 และ 45.0 ตามลำดับ เวลาส่วนใหญ่ในการได้มาซึ่งยาเสพติดทั้งสองกลุ่มได้มาภายใน 10 นาทีเหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 56.7 และ 40.0 ตามลำดับ พิจารณาสถานที่ตั้งของแหล่งขายยาเสพติดพบว่า กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสถานที่ตั้งของแหล่งขายยาเสพติดอยู่ในชุมชนเดียวกับที่พักของผู้ป่วยเอง ร้อยละ 51.7 รองลงมาคือสถานที่ซึ่งอยู่นอกชุมชนแต่เดินทางได้สะดวกร้อยละ 48.3 ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า บริเวณที่ตั้งของแหล่งขายยาเสพติดอยู่นอกชุมชนแต่สามารถเดินทางไปได้สะดวก ร้อยละ 71.7

จากข้อมูลสภาพแวดล้อมของชุมชนและการได้มาซึ่งยาเสพติด ได้แก่ เขตของสถานที่พักอาศัย ลักษณะการใช้ยาเสพติดในชุมชน สถานที่ที่ที่พักอาศัยอยู่ใกล้เคียง ระยะเวลาในการได้มาซึ่งยาเสพติด ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ขายยาเสพติด และ สถานที่ตั้งของแหล่งขาย ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และ $p < 0.01$

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะถนอนยา

ตารางที่ 19 ตารางแสดงค่า t-test , p-value ของความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มซึมเศร้าและกลุ่มไม่ซึมเศร้ากับปัจจัยต่างๆ

ข้อมูลสภาพครอบครัว	ซึมเศร้า		ไม่ซึมเศร้า		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
<u>ข้อมูลส่วนบุคคล</u>						
- อายุของผู้ป่วย	19.95	5.87	19.65	5.29	-0.29	0.76
<u>ข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ</u>						
- รายได้ของผู้ป่วย	6015.0	3165.5	8946.15	10347.5	0.98	0.34
<u>ข้อมูลการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน</u>						
- อายุที่เริ่มใช้แอมเฟตามีน	16.91	5.54	17.91	4.92	1.04	0.29
- ระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน (เดือน)	32.51	24.93	16.88	15.35	-4.13	0.00*
- ปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ (เม็ด) / สัปดาห์	18.86	10.42	8.50	6.37	-6.56	0.00*
<u>ข้อมูลครอบครัว</u>						
- รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	16103.3	14,114.1	20,175.0	20,284.5	1.27	0.20
- รายได้เฉลี่ยของบิดา	14,078.9	16,248.7	16,800.0	19,343.0	0.50	0.50
- รายได้เฉลี่ยของมารดา	9,118.1	7,632.8	9,838.8	8,808.7	0.71	0.71
- อายุเฉลี่ยของบิดา	47.40	7.57	49.03	7.27	1.14	0.25
- อายุเฉลี่ยของมารดา	45.27	7.91	45.44	7.80	0.12	0.90
- จำนวนพี่น้อง	2.63	1.76	2.68	1.59	0.16	0.87
<u>ข้อมูลครอบครัวสำหรับผู้สมรส</u>						
- อายุสมรสครั้งแรก	20.72	3.28	21.0	3.01	0.19	0.84
- จำนวนบุตร	0.72	0.78	1.1	0.73	1.11	0.27
<u>ข้อมูลสภาพของผู้มีสถานภาพโสด</u>						
- จำนวนคูรักรที่เคยมี	1.10	1.24	1.32	1.62	0.75	0.45
- จำนวนคูรักรปัจจุบัน	1.00	0.00	1.10	0.33	1.11	0.16
<u>ข้อมูลการศึกษา</u>						
- ผลการศึกษา ก่อนใช้ยาเสพติด	2.02	0.67	2.05	0.53	0.24	0.80

*p<0.01

จากตารางที่ 19 แสดงให้เห็นว่า ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน/สัปดาห์ และระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวแสดงความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนยา

ตารางที่ 20 แสดงค่า Odd ratio และ 95%CI ของภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนยา

ปัจจัย	OR (95%CI)	p-value
ข้อมูลการใช้ยาเสพติด		
1. จำนวนแอมเฟตามีนที่ใช้	1.184 (1.107 – 1.266)	0.000*
2. ระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน	1.041 (1.018 – 1.065)	0.000*
ข้อมูลด้านการงานเศรษฐกิจ		
1. ความเพียงพอของรายได้		
- เพียงพอ	1.000	
- ไม่เพียงพอ	3.454 (1.630 – 7.3188)	0.001*
ข้อมูลของชุมชน		
1. สถานที่ตั้งของแหล่งขาย		
- อยู่นอกชุมชนแต่เดินทางได้สะดวก	1.000	
- อยู่ในชุมชนเดียวกับที่พัก	2.703 (1.269 – 5.758)	0.009*
คะแนนของอาการถอนพิษยา (สัปดาห์แรก)		
- ค่าคะแนนอาการถอนพิษยา	1.44 (1.265-1.649)	0.000*

*p<0.01

จากตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate Analysis) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าคือ ความไม่เพียงพอของรายได้ ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน (เม็ด/สัปดาห์) ระยะเวลาการใช้ยาเสพติด (เดือน) สถานที่ตั้งของแหล่งขาย และคะแนนของอาการถอนพิษยา (สัปดาห์แรก)

เนื่องจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวไม่สามารถควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน (Confounding Factor) ได้ทั้งหมดทำให้ผลของความสัมพันธ์อาจบิดเบือนไปได้ ดังนั้นจึงนำปัจจัยดังกล่าววิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก แบบ Forward

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการใช้แอมเฟตามีนกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
 ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการใช้แอมเฟตามีนกับปัจจัยด้านข้อมูลการงานเศรษฐกิจ, ข้อมูลของชุมชน

ปัจจัย	Mean (SD) Tab/ week	t	p-value
<u>ข้อมูลด้านการงานเศรษฐกิจ</u>			
1. ความเพียงพอของรายได้			
- เพียงพอ	10.69 (8.03)	-3.28	0.00**
- ไม่เพียงพอ	16.48 (10.98)		
<u>ข้อมูลของชุมชน</u>			
1. สถานที่ตั้งของแหล่งขาย			
- อยู่นอกชุมชนแต่เดินทางได้สะดวก	12.08 (8.99)	2.17	0.03*
- ในชุมชนเดียวกับที่พัก	16.08 (11.14)		

*p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 21 แสดงให้เห็นว่าสถานที่ตั้งของแหล่งขาย และความเพียงพอของรายได้ มีค่าเฉลี่ยของปริมาณการใช้แอมเฟตามีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01 และ p<0.05 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์และการค้นหาตัวพยากรณ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยาที่ได้จากการประเมินคะแนน HAM-D

ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์เชิงปริมาณของปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 (ระยะถอนยา)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์ของเพียสัน	P-value
ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน/สัปดาห์	0.44	0.00**
ระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน (ปี)	0.23	0.01*
อาการถอนยา	0.55	0.00**

*p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 22 แสดงให้เห็นว่า ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน/สัปดาห์ อาการถอนยาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 และระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน (ปี) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่หนึ่งของระยะถอนยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ.05 ตามลำดับ

แสดงการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณเพื่อค้นหาตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1

ตารางที่ 23 การวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างตัวพยากรณ์ข้อมูลการใช้ยาเสพติดกับภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
Regression	1	229.61	229.61	31.34	0.00*
Residual	118	864.38	7.32		
Total	119	1093.99			

* P<0.01

จากตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่า ปริมาณการใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะถอนพิษยา (สัปดาห์ที่ 1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถสร้างเป็นสมการพยากรณ์เชิงเส้นตรงได้ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณเพื่อค้นหาตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1

ปัจจัย	B	SE.B	β	t	P
ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน	0.13	0.25	0.45	5.59	0.00*

*p<0.01

a = SE= 2.70

R = 0.45 R² = 0.21

ตารางที่ 24 แสดงให้เห็นว่าปริมาณการใช้แอมเฟตามีนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์และเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะถอนยา (เฉพาะสัปดาห์ที่ 1) ได้ร้อยละ 45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยรวมของอาการถอนพิษยา (จาก AWQ) ที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1

ตารางที่ 25 แสดงค่าเฉลี่ยรวมของอาการถอนพิษยาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่หนึ่งของกลุ่มซึมเศร้า และกลุ่มไม่ซึมเศร้า

กลุ่ม	Mean(SD)	t	p-value
- ซึมเศร้า	14.75 (4.46)	-8.196	0.00**
- ไม่ซึมเศร้า	8.58 (3.75)		

**p<0.01

จากตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ยรวมของอาการถอนพิษยา (สัปดาห์ที่หนึ่ง) ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.01

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า (จาก HAM-D) ที่เกิดในสัปดาห์ที่ 1

ตารางที่ 26 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม	Mean(SD)	t	p-value
- ซึมเศร้า	8.80 (1.86)	-15.12	0.00**
- ไม่ซึมเศร้า	4.03 (1.65)		

**p<0.01

จากตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าในสัปดาห์ที่หนึ่ง ของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.01

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย (paired t-test) ของอาการนอนยา (จาก AWQ) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5 ของกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

อาการนอนพิษยา	Mean (SD)	t	p-value
- สัปดาห์ที่ 1	8.58 (3.75)	-6.99	0.00**
- สัปดาห์ที่ 5	2.53 (2.07)		

**p<0.01

จากตารางที่ 27 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยอาการนอนยาในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5 ของกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.01

การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติกเพื่อค้นหาตัวพยากรณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ
ซึ่มเศร้าในระยะเวลาอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีน

ตารางที่ 28 แสดงค่า Odd Ratio และ 95% CI ที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก

ปัจจัย	Crude OR	Adjusted OR (95%CI)
<u>ข้อมูลการใช้ยาเสพติด</u>		
1. ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน/สัปดาห์	1.184	1.161 (1.084–1.243)**
2. ระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน (เดือน)	1.041	1.025 (1.000–1.050)
<u>ข้อมูลด้านการงานเศรษฐกิจ</u>		
1. ความเพียงพอของรายได้	3.454	-
<u>ข้อมูลของชุมชน</u>		
2. สถานที่ตั้งของแหล่งขายยาเสพติด		
- อยู่นอกชุมชนแต่เดินทางสะดวก	1.00	-
- อยู่ในชุมชนเดียวกับที่พัก	2.703	

*p<0.001

จากตารางที่ 28 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึ่มเศร้าในระยะเวลาอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001 คือ ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน (เม็ด/สัปดาห์) โดยมี
อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ 1.161 (95%CI เท่ากับ 1.08-1.24)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยาของผู้เสพแอมเฟตามีน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการทำงานและสภาพเศรษฐกิจ ข้อมูลการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน และปัจจัยด้านสภาพสังคม ได้แก่ สภาพครอบครัว สภาพครอบครัวสำหรับผู้สมรส สภาพของผู้มีสถานภาพโสด ข้อมูลกลุ่มเพื่อน ข้อมูลการศึกษา ข้อมูลการกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน และการกระทำผิดกฎหมาย ชุมชนของผู้ป่วยและการได้มาซึ่งยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 120 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถามสภาพจิตสังคม สามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 60 คน พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 93.3 มีอายุเฉลี่ย 19.95 ปี(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.87) ช่วงอายุที่พบมาก คือ 18-25 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 83.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.0 อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 70.0 เข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจ ร้อยละ 56.7 เหตุผลที่มาโรงพยาบาลเพราะต้องการให้สังคมยอมรับ ร้อยละ 43.4 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 65.0 กลุ่มนี้เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 38.3 และกำลังศึกษาอยู่มัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนผู้ที่จบการศึกษาแล้วส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเช่นกัน ซึ่งทั้งสองกลุ่มรวมกันคิดเป็นร้อยละ 38.3 กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จึงไม่มีรายได้ ร้อยละ 73.3 และไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบบุคคลอื่น ร้อยละ 91.7 มักประสบกับปัญหารายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 66.7 สาเหตุเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ร้อยละ 82.5 เมื่อมีปัญหาเรื่องรายได้จึงมักพึ่งพาเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.7 และในจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือ ไม่พึ่งพาใครเลย ร้อยละ 35.5

ภาวะซึมเศร้าและอาการนอนยา

ค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า (จาก HAM-D) ในสัปดาห์ที่ 1 เท่ากับ 8.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.86)

อาการนอนยาที่ได้จากแบบสอบถามประเมินอาการนอนยา (AWQ) ในสัปดาห์ที่ 1 ที่พบในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 14.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.46) แบ่งออกเป็นกลุ่มโดยมีค่าเฉลี่ยดังนี้ คือ ความรู้สึกตื่น ร้อยละ 30.0 ความรู้สึกวิตกกังวล ร้อยละ 35.0 ความรู้สึกเศร้า ร้อยละ 20.1 และอาการระยะพื้น ร้อยละ 35.5 และค่าเฉลี่ยของอาการความรู้สึกตื่นเท่ากับ 2.32 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.81) ค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 4.07 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.15) ค่าเฉลี่ยของอาการระยะพื้นเท่ากับ 7.15 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.99) ค่าเฉลี่ยของความรู้สึกเศร้าเท่ากับ 1.23 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.04)

ข้อมูลการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

อายุส่วนใหญ่ที่เริ่มใช้ยาเสพติดอยู่ระหว่าง 13-17 ปี ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 16.91 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.54) ส่วนใหญ่ผู้ชักชวนให้ใช้ยาเสพติด ได้แก่ เพื่อน/ญาติ ร้อยละ 60.0 สถานที่ที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกคือ ในบริเวณโรงเรียน ร้อยละ 48.3 และที่บ้านของตนเอง ร้อยละ 28.4 วิธีที่นิยมใช้คือ การสูดดมควัน (เพียงวิธีเดียว) จำนวนที่ใช้เฉลี่ย คือ 18.86 เม็ด/สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.42) ระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย คือ 32.51 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24.93) ลักษณะของเม็ดยาส่วนใหญ่ที่ใช้ คือ สีส้มแก่ และสีส้มอ่อน ร้อยละ 48.3 และ 36.7 ตามลำดับ มีเครื่องหมายบนเม็ดยาเป็นรูป Wy และ WY ร้อยละ 51.6 และ 36.7 ตามลำดับ

ข้อมูลสภาพครอบครัว

ครอบครัวของกลุ่มนี้มีรายได้เฉลี่ย 13,545 บาท/เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6,693.88 บาท) บิดา/มารดาส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่และอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 78.3 ความสัมพันธ์ของครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันดี ร้อยละ 83.3 จำนวนพี่น้องมี 2 คนมากที่สุด ร้อยละ 40.0 โดย ผู้ป่วยเป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 45.0 ลักษณะการเลี้ยงดูของครอบครัวจากความคิดเห็นของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ครอบครัวเอาใจใส่และมีเหตุผลดี ร้อยละ 73.3 และผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจต่อการเลี้ยงดูของครอบครัวตนเองร้อยละ 80.0 ในด้านความรู้สึกของครอบครัวต่อพฤติกรรม การติดยาเสพติดของผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการต่อต้านจากครอบครัว ร้อยละ 96.7 ซึ่งเป็นการต่อต้านที่ไม่รุนแรง ร้อยละ 68.9 ด้านประวัติการใช้ยาเสพติดของบิดาส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาเสพติด ร้อยละ 65.0 สำหรับบิดาที่เคยใช้ยาเสพติดร้อยละ 35.1 ส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดประเภทบุหรืหรือสุรา ประวัติญาติพี่น้องที่ใช้ยาเสพติดพบว่า เคยใช้ยาเสพติด ร้อยละ 56.7

ข้อมูลสภาพครอบครัวสำหรับผู้สมรส

ผู้ที่สมรสแล้วในกลุ่มนี้พบว่า มีการสมรสเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 90.9 อายุเฉลี่ยของการสมรส คือ 20.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.2) ยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันและมีระยะเวลาการสมรสน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่ไม่มีบุตร ร้อยละ 45.5 ความสัมพันธ์ในครอบครัวราบรื่นดี ร้อยละ 90.9 ปัญหาในครอบครัวส่วนใหญ่มีเพียง 1 ปัญหา ได้แก่ ปัญหายาเสพติด ร้อยละ 55.6

ข้อมูลสภาพสำหรับผู้ที่มีสถานภาพโสด

ผู้ที่มีสถานภาพโสดส่วนใหญ่เคยมีคู่รัก ร้อยละ 61.2 จำนวนคู่รักที่เคยมีจำนวน 1 คน ร้อยละ 56.7 ปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่มีคู่รัก ร้อยละ 56.7 พิจารณาการใช้ยาเสพติดของคู่รักในอดีตพบว่า ร้อยละ 96.7 ไม่เคยใช้ยาเสพติด

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ร้อยละ 96.7 ความรู้ที่ได้รับมักได้รับการศึกษาที่โรงเรียนและค้นคว้าด้วยตนเอง ร้อยละ 70.7

ข้อมูลการกระทำผิด

กลุ่มนี้ไม่เคยกระทำความผิดกฎระเบียบของโรงเรียน ร้อยละ 53.3 ส่วนผู้ที่เคยกระทำความผิด ร้อยละ 46.7 มีจำนวนของการกระทำความผิด 1 ชนิด/คน ร้อยละ 67.9 และถูกลงโทษโดยการภาคทัณฑ์ ร้อยละ 78.6 สาเหตุจาก การกระทำความผิดกฎระเบียบของโรงเรียนและการเสพหรือตรวจพบสารเสพติด ร้อยละ 59.1 และ 40.9 ตามลำดับ และพบว่าไม่เคยกระทำความผิดกฎหมาย ร้อยละ 63.3

ข้อมูลกลุ่มเพื่อน

เพื่อนมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ร้อยละ 93.3 ใช้แอมเฟตามีนมากที่สุด ร้อยละ 69.1

ข้อมูลชุมชนและการได้มาซึ่งยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 63.3 มีโรงเรียนเป็นสถานที่ที่ใกล้เคียงมากที่สุด ร้อยละ 31.7 ในชุมชนที่อาศัยอยู่มีการใช้ยาเสพติด ร้อยละ 63.3 การได้มาซึ่งยาเสพติดส่วนใหญ่ซื้อได้จากผู้ขายรายใหญ่ ร้อยละ 70.0 สถานที่ที่ซื้อยาเสพติดอยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 51.7 การได้มาซึ่งยาเสพติดใช้ระยะเวลาภายใน 10 นาที ร้อยละ 56.7

กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 60 คน พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 90.0 มีอายุเฉลี่ย 19.65 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.29) ช่วงอายุที่พบมาก คือ 18-25 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 83.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.0 อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 71.7 เข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจ ร้อยละ 41.7 เหตุผลที่มาเพราะต้องการให้สังคม

ยอมรับ ร้อยละ 61.7 กลุ่มนี้อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 70.0 เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 65.0 กำลังศึกษาอยู่มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนผู้ที่จบการศึกษาแล้วส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายเช่นกัน ซึ่งรวมกันแล้วคิดเป็น ร้อยละ 31.6 และ 30.0 ตามลำดับ กลุ่มนี้จึงไม่มีรายได้ ร้อยละ 78.3 และไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น ร้อยละ 85.0 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 63.3

ภาวะซึมเศร้าและอาการนอนยา

ค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า (จาก HAM-D) ที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 เท่ากับ 4.03 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.65)

อาการนอนยาที่ได้จากแบบสอบถามประเมินอาการนอนยา (AWQ) ในสัปดาห์ที่ 1 ที่พบในกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 8.58 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.75) แบ่งเป็น ความรู้สึกตื่น ร้อยละ 18.3 ความรู้สึกวิตกกังวล ร้อยละ 30.0 ความรู้สึกเศร้า ร้อยละ 15.0 อาการระแยะพื้น ร้อยละ 51.7 มีค่าเฉลี่ยของอาการความรู้สึกตื่น 0.70 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.27) ค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวล 1.31 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.62) ค่าเฉลี่ยของอาการระแยะพื้น 6.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.36) ค่าเฉลี่ยของความรู้สึกเศร้า 0.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.72) และค่าเฉลี่ยอาการนอนยาในสัปดาห์ที่ 5 เท่ากับ 2.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.07)

ข้อมูลการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

อายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดระหว่าง 13-17 ปี และมีอายุเฉลี่ย 17.91 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.92) โดยมีเพื่อน/ญาติเป็นผู้ชักชวน ร้อยละ 55.0 อยากทดลอง ร้อยละ 45.0 สถานที่ที่ใช้ครั้งแรกคือ ในบริเวณโรงเรียน ร้อยละ 48.3 วิธีที่นิยมคือ การสูดดมควัน ร้อยละ 95.0 จำนวนที่ใช้เฉลี่ย 8.50 เม็ด/สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.37) ระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย 16.88 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.35) ลักษณะของเม็ดยาส่วนใหญ่ใช้สีส้มแก่ และสีส้มอ่อน ร้อยละ 46.7 และ 35.0 ตามลำดับ มีเครื่องหมายบนเม็ดยาเป็นรูป Wy และ WY ร้อยละ 48.3 และ 40.0 ตามลำดับ

ข้อมูลสภาพครอบครัว

ครอบครัวของกลุ่มนี้มีรายได้เฉลี่ย 14,064 บาท/เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7,529.71 บาท) บิดา/มารดายังมีชีวิตอยู่และอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 78.3 ครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดี ร้อยละ 95.0 จำนวนพี่น้องมี 2 คนมากที่สุด ร้อยละ 40.0 โดยผู้ป่วยเป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 53.3 ลักษณะการเลี้ยงดูของครอบครัวจากความรู้สึกของผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวเอาใจใส่และมีเหตุผลดี ร้อยละ 91.7 และรู้สึกพึงพอใจต่อการเลี้ยงดูของครอบครัวตนเอง ร้อยละ 93.3 ในด้านความรู้สึกของครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการติดยาเสพติดของผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการต่อต้านจากครอบครัว ร้อย

ละ 96.7 และเป็นการต่อต้านที่ไม่รุนแรง ร้อยละ 60.3 ประวัติการใช้จ่ายยาเสพติดของบิดาพบว่า ไม่เคยมีประวัติใช้จ่ายยาเสพติด ร้อยละ 51.7 สำหรับบิดาที่เคยใช้จ่ายยาเสพติด ร้อยละ 48.3 ส่วนใหญ่ใช้ - ยาเสพติดประเภทบุหรี่หรือสุรา และพบว่าญาติพี่น้องไม่เคยมีประวัติใช้จ่ายยาเสพติด ร้อยละ 58.3

ข้อมูลสภาพครอบครัวสำหรับผู้สมรส

สำหรับผู้สมรสแล้วพบว่า มีการสมรสเพียงครั้งเดียวเท่านั้น อายุเฉลี่ยของการสมรสเท่ากับ 21.0 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.0) ปัจจุบันยังคงอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 90.0 และมีระยะเวลาการสมรสน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีบุตร 1 คน ร้อยละ 50.0 ความสัมพันธ์ในครอบครัวราบรื่นดี ร้อยละ 90.0 ปัญหาในครอบครัวมีทั้งปัญหาหลักและปัญหารอง ร้อยละ 60.0 ปัญหาหลักที่พบได้แก่ ปัญหายาเสพติดและปัญหาหึงหวงซึ่งมีเป็นจำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 33.3 ส่วนปัญหารองคือ ปัญหายาเสพติด ร้อยละ 50.2

ข้อมูลสภาพสำหรับผู้ที่มีสถานภาพโสด

ผู้มีสถานภาพโสดเคยมีคูรักร้อยละ 54.0 เคยมีจำนวนคูรักร้อยละ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 40.7 และเคยมีคูรักร้อยละ 1 คน ร้อยละ 37.1 ปัจจุบันส่วนใหญ่ยังคงมีคูรักร้อยละ 63.0 จำนวนคูรักร้อยละ 1 คน ร้อยละ 88.2 ระยะเวลาที่พบกับคูรักร้อยละ 70.6 พิจารณาการใช้ยาเสพติดของคูรักร้อยละ 94.7 และ 93.3 ตามลำดับ

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดกลุ่มนี้ได้รับความรู้ ร้อยละ 90.0 โดยได้รับความรู้จากการศึกษาและศึกษาด้วยตนเอง ร้อยละ 57.4 และได้รับการศึกษา/การค้นคว้าด้วยตนเองร่วมกับการฝึกอบรมและการปฏิบัติ ร้อยละ 40.7

ข้อมูลการกระทำผิด

กลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน ร้อยละ 55.0 ผู้เคยกระทำผิด ร้อยละ 45.0 มีจำนวนของการกระทำผิด 1 ชนิด/คน ร้อยละ 85.2 การลงโทษที่ได้รับคือ การถูกภาคทัณฑ์ ร้อยละ 78.6 สาเหตุจากการกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน ร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยกระทำผิดกฎหมาย ร้อยละ 76.7

ข้อมูลกลุ่มเพื่อน

กลุ่มเพื่อนมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ร้อยละ 86.7 ส่วนใหญ่ใช้แอมเฟตามีน ร้อยละ 76.9

ข้อมูลชุมชนและการได้มาซึ่งยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 73.3 มีโรงเรียนเป็นสถานที่ที่ใกล้เคียงมากที่สุด ร้อยละ 28.3 ใกล้วัด ร้อยละ 25.0 ในชุมชนที่อาศัยอยู่มีการใช้จ่ายยาเสพติด ร้อยละ 78.3 กลุ่มนี้สามารถซื้อยาเสพติดได้จากผู้ชายรายใหญ่ ร้อยละ 48.3 ซื้อได้จากเพื่อน ร้อยละ 45.0 สถานที่ที่

ซึ่งอยู่นอกชุมชนของผู้ป่วยแต่เดินทางไปได้อย่างสะดวก ร้อยละ 71.7 ใช้ระยะเวลาในการเดินทางเพื่อชื้อยาเสพติด 10 นาที ถึง 1/2 ชั่วโมง ร้อยละ 76.7

ผลการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยต่างๆในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า (ในระยะถอนยา) ของผู้เสพแอมเฟตามีน

ผลการวิเคราะห์พบว่าข้อมูล ผู้นำส่งโรงพยาบาล อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด ปริมาณยาเสพติดที่ใช้/สัปดาห์ ลักษณะความสัมพันธ์ของครอบครัว การใช้จ่ายของบิดา ลักษณะการเลี้ยงดูของครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาการสมรส ความสัมพันธ์ของคู่สมรส ปัญหาหลักของครอบครัว ลักษณะการใช้จ่ายยาเสพติดใน - ชุมชน สถานที่ที่ตั้งของแหล่งขาย และผู้ขายยาเสพติด ของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆ ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีน (ในระยะถอนยา)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีนที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน (เดือน) และปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ (สัปดาห์)

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวเพื่อหาอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์และความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีน ในสองกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์พบว่า ความเพียงพอของรายได้ ปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ (สัปดาห์) -ระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน (เดือน) สถานที่ตั้งของแหล่งขาย ค่าคะแนนอาการถอนยาในสัปดาห์แรก ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนแอมเฟตามีนที่ใช้กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีน (ในระยะถอนยา)

จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนแอมเฟตามีนที่ใช้กับความเพียงพอของรายได้ , สถานที่ตั้งของแหล่งขายยาเสพติด ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และค้นหาตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 ในระยะถอนยา

1. ข้อมูลการใช้ยาเสพติด (ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน , ระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน) และอาการถอนยาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 - อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ปริมาณการใช้แอมเฟตามีนเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression)

จากการวิเคราะห์พบว่า ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ต่อสัปดาห์ (มีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ 1.161 , มีค่า 95%CI เท่ากับ 1.08-1.24) และระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีนต่อเดือน (มีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ 1.025 , มีค่า 95%CI เท่ากับ 1.00-1.05) ทั้งสองปัจจัยนี้มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ดังนี้ คือ

1. ปัจจัยที่สัมพันธ์และสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 1 (ในระยะถอนยา) คือ ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน/สัปดาห์

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์และสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนยา คือ ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน/สัปดาห์ และระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน (เดือน)

3. ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนยา คือ

3.1. ข้อมูลด้านการงานเศรษฐกิจ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้

3.2. ข้อมูลชุมชนกับการได้มาซึ่งยาเสพติด ได้แก่ สถานที่ตั้งของแหล่งขายยาเสพติด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผล

อาการนอนยา

การศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา (กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า) พบอาการที่แบ่งตามแบบประเมินอาการนอนยา (AWQ) ของมานิตย์ ศิริสุรภานนท์ และคณะ⁽⁹⁷⁾ ดังนี้

กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในสัปดาห์แรก ได้แก่ ความรู้สึกตื่น ร้อยละ 30.0 ความรู้สึกวิตกกังวล ร้อยละ 35.0 อาการระแยะพักฟื้น ร้อยละ 35.0 ความรู้สึกเศร้า ร้อยละ 15.0 ซึ่งค่าเฉลี่ยรวมของอาการในระยะนอนยาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 14.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.46) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีค่าเฉลี่ยรวมของอาการในระยะนอนยาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 เท่ากับ 8.58 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.75) พบว่ากลุ่มอาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น จึงสามารถสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้มานั้นอยู่ในระยะนอนยาจริง (ในสัปดาห์ที่ 1) และอาจกล่าวได้ว่าในระยะแรกภายในสัปดาห์ที่ 1 หลังหยุดเสพแอมเฟตามีนแล้วโอกาสที่จะพบอาการความรู้สึกตื่น ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอาการระแยะพักฟื้น ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าได้เหมือนกัน โดยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการนอนยามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นอาจสรุปได้ว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีอาการนอนยารุนแรงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อศึกษาอาการนอนยาในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าอาการนอนยาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5 มีความแตกต่างกันโดยค่าเฉลี่ยอาการนอนยาในสัปดาห์ที่ 1 มีค่ามากกว่าค่าเฉลี่ยอาการนอนยาในสัปดาห์ที่ 5 ซึ่งสอดคล้องกับบทความของ George⁽¹⁹⁾ ที่กล่าวถึงระยะนอนยาวว่ามี 3 ระยะ คือ ระยะแรกหลังหยุดยาทันทีผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับอ่อนเพลีย ต้องการพักผ่อนและรับประทานอาหารอย่างมาก ในระยะกลาง จิตใจเกิดความหดหู่ขาดความเบิกบานหมดความสนใจในสิ่งแวดล้อมซึ่งจะเกิดขึ้นหลังระยะแรกภายใน 12-96 ชั่วโมง อาการดังกล่าวนี้เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในสัปดาห์แรกคือ ความรู้สึกเศร้า กับอาการระแยะพักฟื้น โดยการศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกเศร้า ร้อยละ 15.0 อาการระแยะพักฟื้น ร้อยละ 35.0 นอกจากนี้ยังพบความรู้สึกตื่น ร้อยละ 30.0 ความรู้สึกวิตกกังวล ร้อยละ 35.0 เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของอาการนอนยาในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5 ของกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน (ในสัปดาห์ที่ 1 มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 8.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.75 ในสัปดาห์ที่ 5 มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.07) นอกจากนี้แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างกันของอาการนอนยาในสัปดาห์ที่ 1 แล้วยังแสดงให้เห็นว่าเมื่อหยุดเสพแอมเฟตามีนติดต่อกันแล้วอาการนอนยาจะลดลงด้วย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มศึกษา (กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า) จำนวนรวมกัน 120 คน พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 91.7 มากกว่าเพศหญิงซึ่งมี ร้อยละ 8.3 สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งสถิติเข้ารับการรักษาผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 88.88 ซึ่งมากกว่าเพศหญิงที่มีร้อยละ 11.12⁽¹⁹⁾ อาจเป็นเพราะว่าเพศชายมีนิสัยกล้าลอง กล้าเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง และในสังคมไทยเพศชายมีโอกาสเที่ยวเตร่คบเพื่อนฝูงนอกบ้านได้มากกว่าเพศหญิง จึงมีโอกาสทดลองและใช้สารเสพติดได้มากกว่า⁽³³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนนั้นเกิดจากบุคลิกภาพของผู้เสพเอง เช่น มีจิตใจที่อ่อนไหว ไม่มีความมั่นคงในอารมณ์และจิตใจ หรือบุคลิกพิ้งพาต่อต้านสังคม ก้าวร้าว การมีมโนภาพแห่งตนที่ไม่ดี^(84,98) อายุส่วนใหญ่ที่พบคือ มีอายุเฉลี่ย 19.80 ± 5.57 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 83.3 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ก สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ⁽⁸⁰⁾ ที่พบว่า กลุ่มผู้ใช้แอมเฟตามีนมีอายุต่ำกว่า 21 ปี มีจำนวนมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุอื่น และสอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2544 พบว่า ความชุกของกลุ่มผู้ป่วยอายุ 15-19 ปี สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุอื่น⁽³³⁾ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพฯ มากที่สุด ร้อยละ 70.8 อาจเป็นเพราะว่า โรงพยาบาลนี้อยู่ในจังหวัดปทุมธานีซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในสี่ของจังหวัดในเขตปริมณฑลที่อยู่ใกล้กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศและมีจำนวนประชากรหนาแน่นมาก นอกจากนี้ยังพบว่า สถิติผลการจับกุมคดียาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนประจำเดือน มกราคม - ธันวาคม 2542 พบว่ากรุงเทพฯ มีจำนวนผู้ต้องหาและจำนวนคดีจำแนกตามพื้นที่จำนวนสูงที่สุดจากการสรุปคดียาเสพติดยังพบอีกว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา ถึงปัจจุบันกรุงเทพฯ มีสถิติคดีสูงที่สุดอีกด้วย⁽¹⁵⁾ ส่วนสาเหตุของการเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่คือ ต้องการให้สังคมยอมรับ ร้อยละ 52.5 และอาจเป็นเหตุผลนี้เองผู้ป่วยจึงสมัครใจมารักษาด้วยตนเองมากขึ้น ร้อยละ 49.2

ปัจจัยที่สัมพันธ์และเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยาจากการศึกษามีดังนี้

ข้อมูลการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

กลุ่มตัวอย่างเริ่มใช้แอมเฟตามีนเมื่ออายุ 13-17 ปี ร้อยละ 55.0 สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริรักษ์ ศรีปัจพงษ์⁽⁹⁹⁾ พบว่า กลุ่มผู้ใช้แอมเฟตามีนครั้งแรกมีอายุระหว่าง 13-17 ปี และพบว่าอายุช่วงนี้เป็นช่วงที่เข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งวัยนี้มีนิสัยต้องการเรียนรู้ การทดลอง ประสบการณ์แปลกใหม่ ในขณะเดียวกันก็ต้องการความรัก การเป็นที่ยอมรับโดยเฉพาะต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนหรือกลุ่มเพื่อน ดังนั้นวัยนี้กลุ่มเพื่อนจึงมีอิทธิพลมาก จากการศึกษพบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีผู้ที่ชักชวนให้ใช้ยาเสพติดคือ กลุ่มเพื่อน ร้อยละ 57.5 จากงานวิจัยของ นางลักษณ โต้บันลือภพ⁽¹⁰⁰⁾ พบ

ว่า การตัดสินใจเสพแอมเฟตามีนของนักเรียนขึ้นอยู่กับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 50.0 และจากความเกรงใจไม่กล้าขัดใจเพื่อน ร้อยละ 65.0 Jenkins JE ⁽¹⁰¹⁾ พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน มีผลต่อการใช้สารเสพติด เด็กที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ติดยาเสพติดจะมีโอกาสใช้ยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ สอดคล้องกับบทความของอัมพร โอตระกูล ⁽³³⁾ ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจุบันมีผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่นมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เสพแอมเฟตามีนนั้นมีอัตราเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุน้อย คือ ต่ำกว่า 15 ปี และระหว่าง 16-25 ปี แต่จะลดลงในกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มในการแพร่ระบาดในสถานศึกษาค่อนข้างสูง ข้อมูลวิธีการใช้ยาเสพติดพบว่า วิธีการเสพ ลักษณะ และสีของเม็ดยาเสพติดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน คือ ทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการสูดดมควัน ร้อยละ 97.5 ลักษณะเม็ดยามีสัญลักษณ์ Wy, WY ร้อยละ 50.0 และ 38.3 ตามลำดับ สีที่นิยมใช้ได้แก่ สีส้มแก่ และส้มอ่อน ร้อยละ 47.5 และ 35.8 ตามลำดับ ซึ่งรายละเอียดของข้อมูลที่ได้นี้สอดคล้องกับรายงานของสำนักคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดปี พ.ศ. 2542 ⁽⁵⁶⁾ ที่พบว่า ลักษณะเม็ดยาแอมเฟตามีนส่วนใหญ่เป็น WY และ Wy สีที่พบได้แก่ สีส้มและสีเขียว สอดคล้องกับ ทูล เครือสิงห์ ⁽¹⁰²⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนของผู้ต้องโทษกักขังในสถานitäรวจ ภูธรอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีสูดดมควัน ลักษณะเม็ดยาที่พบมากที่สุดคือ WY สีของเม็ดยาส่วนใหญ่ที่ใช้ สีส้ม เหลือง และสีเขียว และสอดคล้องกับ นัทธิ จิตสว่าง, สมุนทิพย์ ใจเหล็ก ⁽⁵²⁾ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการใช้แบบสอบถามในกลุ่มนักโทษคดีเสพและจำหน่ายยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนและเฮโรอีน ณ ชันชสถานตามภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ 17 แห่ง พบว่า สีแอมเฟตามีนที่นิยมขายในกลุ่มผู้ค้าคือ สีส้ม โดยผู้ค้าซักถามผู้เสพ ผู้เสพให้เหตุผลว่าเป็นสีที่นิยมเพราะสีส้มออกฤทธิ์ติดต่อกันได้นานกว่าและมีกลิ่นหอมกว่าสีอื่นๆ ส่วนระยะเวลาในการใช้แอมเฟตามีนพบว่า กลุ่มศึกษา (กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า) มีความแตกต่างกันของระยะเวลาในการใช้แอมเฟตามีน โดยกลุ่มศึกษา มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการใช้แอมเฟตามีนเท่ากับ 32.51 เดือน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 24.93) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.88 เดือน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.35) นอกจากนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มศึกษามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 1.02 เท่าของกลุ่มควบคุม อาจเป็นได้ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาน้อยเกินไป ส่วนปริมาณการใช้แอมเฟตามีนพบว่า มีความสัมพันธ์และเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยของปริมาณการใช้แอมเฟตามีนเท่ากับ 18.86 เม็ด/สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.42) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.50 เม็ด/สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.37) โอกาสของกลุ่มควบคุมเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 1.161 เท่าของกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Brower และคณะ ⁽⁸⁵⁾ ที่ศึกษาระยะอาการในระยะถอนพิษยาจากแอมเฟตามีน หรือโคเคนพบว่า สามในสี่อาการที่พบมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 75.0 ความผิดปกติของการนอน ร้อยละ 71.0

และอ่อนเพลียไม่มีแรง ร้อยละ 69.0 สอดคล้องกับ Watson และคณะ⁽⁸⁶⁾ ศึกษาสภาวะอารมณ์ รูปแบบการนอน และMHPG ของผู้ป่วย 4 โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในระยะถนอนยาพบภาวะซึมเศร้าชั่วคราวที่สัมพันธ์กับการลดลงของ NE และจากการตรวจคลื่นสมองในขณะที่หลับมีการเพิ่มขึ้นของ REM sleep การศึกษาของSchneider และ Sisis⁽¹⁰³⁾ พบว่าการใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท และ ความซึมเศร้า และความรู้สึกทางกาย ร้อยละ 63.64 และ 56.84 ตามลำดับ ซึ่งความซึมเศร้าอาจเกิดจากการหยุดใช้แอมเฟตามีนก็ได้ และเมื่อหยุดใช้แอมเฟตามีนแล้วอาการซึมเศร้าจะขึ้นๆ ลงๆ โดยใช้เวลามากกว่า 6-9 เดือน Hall และคณะ⁽⁸⁶⁾ พบผู้ใช้แอมเฟตามีนมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 79.0 Bland และ คณะ⁽¹⁰⁴⁾ ศึกษาผู้ติดแอมเฟตามีนพบว่า บุคคลเหล่านี้มีบุคลิกภาพแบบอันธพาล (Antisocial personality disorder) มีภาวะซึมเศร้า (Depression) และภาวะตื่นตระหนก (Panic) ส่วน Paulson และคณะ⁽⁸⁸⁾ ศึกษาในระยะถนอนพิษยากับความเข้มข้นของโดพามีนในหนูโดยให้แอมเฟตามีนทางเส้นเลือด เมื่อเข้าสู่ระยะถนอนพิษยา พบว่า ระดับความเข้มข้นของโดพามีนและการเมตาบอไลต์ของโดพามีนลดลงใน ส่วนของ Dorsolateral caudate nucleus จนกระทั่งหลังวันที่ 28 ไปแล้วพบว่า โดพามีนกลับสู่ปกติ เนื่องจากยังไม่มีผู้ศึกษาในเรื่องของปริมาณหรือจำนวนแอมเฟตามีนกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะถนอนพิษยาจึงไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่าปริมาณเท่าใดที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างแน่นอนแต่จากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่ากลุ่มศึกษา(กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า) และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันของปริมาณหรือจำนวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยของปริมาณหรือจำนวนการใช้แอมเฟตามีนเท่ากับ 18.86 เม็ด/สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.42) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของปริมาณเท่ากับ 8.50 เม็ด/สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.37)

ปัจจัยอื่นๆที่อาจจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะถนอนยา

1. ข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ

พบว่าทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา (กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า) ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ซึ่งไม่มีรายได้ข้อมูลนี้ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนข้อมูลความเพียงพอของรายได้ ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของจำนวนแอมเฟตามีนที่ใช้กับข้อมูลความเพียงพอของรายได้พบว่า ผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีการใช้แอมเฟตามีนเฉลี่ย 10.69 เม็ด/สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.03) ส่วนผู้มีรายได้ไม่เพียงพอมีการใช้แอมเฟตามีนเฉลี่ย 16.48 เม็ด/สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.98) ค่าเฉลี่ยนี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุแบบลอจิสติกพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 จึงอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยความเพียงพอของรายได้ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของการเกิดภาวะซีมเศร้าในระยะถอนพิษยาของผู้เสพแอมเฟตามีน แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร้าเสพยาในขนาดที่สูงกว่า และต้องใช้จ่ายเงินในการซื้อยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนมากกว่า ทำให้รายได้ไม่เพียงพอ จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 51.7 ส่วนใหญ่รายได้ที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 51.7 และมีสาเหตุของรายได้ที่ไม่เพียงพอ คือการใช้จ่ายยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ร้อยละ 82.3 นอกจากนี้ ดวงใจ กษานติกุล⁽⁷⁸⁾ กล่าวว่า ความซีมเศร้าที่เกิดจากภาวะเศรษฐกิจขาดแคลนมีผลเป็นปัจจัยเร่งทำให้เกิดภาวะซีมเศร้า ขึ้นได้ และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่ารายได้ที่ไม่เพียงพอ นั้นเกิดจากการซื้อยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนมาใช้ ร้อยละ 82.3 พิจารณาข้อมูลเพิ่มเติมที่สนับสนุนสาเหตุของภาวะซีมเศร้าเกี่ยวกับข้อมูลบุคคลที่พึ่งพาได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่พึ่งพาใคร ร้อยละ 50.8 และพึ่งพาเพื่อน ร้อยละ 25.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท แสนสา⁽⁶⁴⁾ ที่พบว่า ผู้เสพแอมเฟตามีนมักไม่พึ่งพาผู้ใด เงินที่ได้รับมักได้จากการโกหกผู้ปกครองเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการกู้ยืมเพื่อนเมื่อรายได้ไม่เพียงพอของผู้เสพแอมเฟตามีนก็มักก่อให้เกิดความบาดหมางกันในกลุ่มเพื่อน เพราะสาเหตุดังกล่าวจึงอาจเป็นสาเหตุของภาวะซีมเศร้า และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วาสนา และคณะ⁽⁸²⁾ ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ใช้แอมเฟตามีนมักไม่พึ่งพาผู้ใด

2. ข้อมูลของชุมชนและการได้มาซึ่งยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

ทั้งสองกลุ่มมีสถานที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ในชุมชนไม่มีการใช้ยาเสพติด สถานที่พักอาศัยอยู่ใกล้เคียงกับ วัด และตลาดมากที่สุด ระยะเวลาในการได้มาซึ่งยาเสพติดประมาณ 10 นาที ถึง 1/2 ชั่วโมง บุคคลในกลุ่มตัวอย่างสามารถซื้อยาเสพติดได้มากมักเป็นผู้ค้ารายใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิรนาท แสนสา จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า นักเรียนมักไปซื้อยาเสพติดบริเวณแหล่งผลิตซึ่งเป็นผู้ค้าส่งและผู้ค้ารายใหญ่จึงเป็นแหล่งที่มีปริมาณยาบ้ามาก และราคาถูกสามารถซื้อได้จำนวนมากด้วย เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ทางสถิติ (วิเคราะห์ตัวแปรเดียว) พบว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบว่าบริเวณที่ตั้งของแหล่งขายของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณหรือจำนวนแอมเฟตามีนที่ใช้กับบริเวณที่ตั้งของแหล่งขายพบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยบริเวณแหล่งขายที่อยู่นอกชุมชน กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้แอมเฟตามีนได้เฉลี่ย 12.08 เม็ด/สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.99) ซึ่งปริมาณเฉลี่ยของแหล่งนี้น้อยกว่าบริเวณแหล่งขายที่อยู่ในชุมชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในชุมชนสามารถใช้แอมเฟตามีนได้เฉลี่ย 16.08 เม็ด/สัปดาห์ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.14) เมื่อ

วิเคราะห์สถิติถดถอยพหุแบบลอจิสติกพบว่า ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีนที่ระดับ .001 อาจสรุปได้ว่าข้อมูลบริเวณที่ตั้งของแหล่งขายนี้ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยาของผู้เสพแอมเฟตามีนซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ชุมชนที่อาศัยอยู่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสะดวกและจำนวนหรือปริมาณยาเสพติดที่สามารถซื้อได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะถอนยาได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ บังอร ดวงรัตน์⁽¹⁰⁵⁾ ซึ่งพบว่าโรงเรียนที่อยู่ในเขตสุขภาพมีโอกาสได้รับยาเสพติดแอมเฟตามีนมากกว่าโรงเรียนที่อยู่นอกเขตสุขภาพและพบว่าแหล่งที่ตั้งสัมพันธ์กับการป้องกันการใช้ยาเสพติดของนักเรียนได้ด้วย สอดคล้องกับ สุกัญญา เจียมประชา⁽¹⁰⁶⁾ พบว่า ปัญหาที่ทำให้นักเรียนเสพแอมเฟตามีนส่วนหนึ่งมาจากบริเวณที่พักอาศัยที่อยู่ใกล้ชุมชนแออัดซึ่งมีการซื้อขายแอมเฟตามีนกันอย่างแพร่หลาย Acuda⁽¹⁰⁷⁾ ได้ศึกษาระบาดวิทยาของการใช้ยาเสพติดของนักเรียนในเขตชุมชนเมืองและเขตชนบท พบว่า ปัญหาความชุกในการใช้ยาเสพติดของนักเรียน คือ โรงเรียนที่อยู่ในเขตเมือง Wong Cs⁽¹⁰⁸⁾ และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดโดยเปรียบเทียบจากเด็กนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา กับเด็กวัยรุ่นที่ถูกคุมประพฤติในฮ่องกง พบว่าความถี่ในการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับตัวแปรทางจิต-สังคม เช่น ความสะดวกในการได้มาซึ่งยาเสพติด การใช้ยาเสพติดของเพื่อน การยอมรับ การเสริมแรง และแรงกดดันจากเพื่อน และการถูกล่อลวงปลละละเลย

ข้อมูลอื่นๆ

ข้อมูลด้านการศึกษา

การศึกษาของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (รวมถึงการศึกษาของผู้ที่จบการศึกษาแล้วและผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ จากการศึกษารายการแพร่ระบาดของแอมเฟตามีนในปัจจุบันพบว่ากลุ่มผู้เสพแอมเฟตามีนส่วนมากมีระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ^(43,44) ซึ่งยังอยู่ในวัยรุ่น เกร็ดเฉลี่ยก่อนใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ระหว่าง 2.00-3.00 แสดงว่ามีระดับผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลางถึงดี แสดงว่า กลุ่มผู้เสพแอมเฟตามีนในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งการใช้ยาเสพติดแอมเฟตามีนเนื่องมาจากการถูกชักชวนของเพื่อน (ร้อยละ57.5) และเกิดจากความอยากรู้ ต้องการทดลองประสบการณ์ใหม่ๆ ด้านความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดส่วนใหญ่ได้รับมาจากการศึกษาและค้นคว้าด้วยตนเอง อาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันมีนโยบายป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมซึ่งได้กำหนดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ⁽¹⁷⁾ จึงมีการป้องกันและปราบปรามมากขึ้นโดยบรรจุไว้ในหลักสูตรของการศึกษา มีการจัดนิทรรศการให้ความรู้ต่างๆ มากขึ้นโอกาสของการศึกษาและค้นคว้าด้วยตนเองจึงมีมากขึ้นด้วย หรือผู้เสพยาใช้กลไกในการปฏิเสธความจริง (Denial) เพื่อเป็นเหตุผลที่ตนเองเริ่มเข้าไปเสพยาครั้งแรกๆ แต่เมื่อนำข้อมูลด้านการศึกษาของกลุ่มศึกษา (กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า) และกลุ่ม

ควบคุม (กลุ่มไม่ซึมเศร้า) มาวิเคราะห์สถิติ (วิเคราะห์ตัวแปรเดียว) พบว่า ข้อมูลนี้ของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถอนยา อีกด้วย

ข้อมูลการกระทำผิด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน ร้อยละ 54.2 และไม่เคยกระทำผิดกฎหมาย ร้อยละ 70 และพบอีกว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับผลการศึกษาดำเนินตั้งแต่ 2.00 ขึ้นไป ร้อยละ 61.1 จึงอาจสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความประพฤติดี ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ (วิเคราะห์ตัวแปรเดียว) จึงพบว่าข้อมูลการกระทำผิดของสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หรืออาจแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมแบบอันธพาล (Antisocial Behavior) ไม่มากนัก ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อมูลกลุ่มเพื่อน

เพื่อนของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ร้อยละ 93.3 และ 86.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ก สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ⁽⁸⁰⁾ พบว่า กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่เฝ้าระวังและเฝ้าระวังการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนมากที่สุด ร้อยละ 94.7 เมื่อนำข้อมูลนี้มาวิเคราะห์ทางสถิติ (วิเคราะห์ตัวแปรเดียว) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อมูลสภาพครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีฐานะดี (รายได้เฉลี่ย 13,545 บาท/เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6,693.88 บาท) บิดา-มารดามีชีวิตอยู่และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ความสัมพันธ์ของครอบครัวเอาใจใส่ต่อกันดีและเป็นครอบครัวที่ใช้เหตุผล การต่อต้านในเรื่องของพฤติกรรมติดยาเสพติดจึงเป็นลักษณะที่แจ่มชัดและบอกให้เลิก และพบว่าประวัติของบิดาและญาติส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ซึ่งอาจจะแสดงว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้เสพยาที่มีปัญหาในครอบครัวไม่มากนักจึงยอมมารับการรักษาที่โรงพยาบาลและน่าจะมีการพยากรณ์ที่ดี

ข้อมูลสภาพครอบครัวสำหรับผู้สมรส

ครอบครัวของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์กันดี ส่วนใหญ่ไม่มีบุตร อาจเป็นได้ว่าทำให้มีการดูแลเอาใจใส่กันได้มากขึ้น ปัญหาของครอบครัวที่พบจึงมีน้อย คือ มีเพียงปัญหา ยาเสพติดเพียงปัญหาเดียวเท่านั้น ด้วยเหตุนี้จึงน่าจะเป็นผลดีต่อการพยากรณ์โรค

อย่างไรก็ตามในงานศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยทางจิตและสังคมไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะซึมเศร้าในระยะถาวร ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า จำนวนประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ไม่มากพอ และการสุ่มเก็บตัวอย่างได้ประชากรที่มีลักษณะพื้นฐานหลากหลายจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ได้อย่างละเอียดมากขึ้น หรือเป็นเพราะปัจจัยทางจิต-สังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดสารแอมเฟตามีนแต่ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในช่วงถาวร

อุปสรรคในการวิจัย

1. ขณะเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับคำปรึกษาทั้งครอบครัวและรายบุคคล ดังนั้นจึงอาจมีผลต่อการวิจัยครั้งนี้ได้

2. การศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ที่สมัครใจเข้ารับการรักษาด้วยเหตุผลต่างๆ ผลการศึกษาที่ได้จึงไม่สามารถนำไปใช้กับประชากรทั้งประเทศที่ติดยาเสพติดและอาศัยอยู่ในชุมชนที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาได้

3. ในการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เท่านั้น เพื่อให้เป็นไปตามขั้นตอนการวิจัยและตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้จึงต้องอาศัยระยะเวลาานกว่าที่กำหนดไว้ตอนแรก

4. ในการศึกษาพบว่าครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวที่มีเหตุผล ความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาครั้งนี้ได้สำเร็จ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างนี้จึงเป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะซึ่งมีระบบสนับสนุนจากครอบครัวค่อนข้างดีที่ไม่เหมือนผู้ป่วยบางกลุ่มซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนจริงๆ ผลการวิจัยที่ได้จึงใช้ได้กับเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาผู้ป่วยโดยไม่มีการให้คำปรึกษาครอบครัว และรายบุคคล

2. ควรทำการศึกษาลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยเพื่อทราบว่า ลักษณะบุคลิกภาพใดที่อาจสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะถาวรของผู้เสพแอมเฟตามีน เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันต่อไป

3. ควรศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในระยะถาวรของผู้เสพแอมเฟตามีนกับประวัติโรคจิต , โรคประสาทที่พบในครอบครัวของบุคคลนั้นว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร

4. จากการศึกษาพบว่า ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน และระยะเวลาในการใช้แอมเฟตามีน มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้เสพแอมเฟตามีนในระยะถาวรดังนั้นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทุกคนควรมีการซักประวัติอย่างละเอียดและให้การรักษาทันทีที่มีภาวะซึมเศร้าและควรมีการติดตามผลหลังจากการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยภายใน 3 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา

5. จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะถาวรพิษยาได้แก่ ชุมชนกับการใช้ยาเสพติด ดังนั้นควรมีการป้องกันในเรื่องของยาเสพติดในชุมชนให้มากขึ้น

รายการอ้างอิง

1. บรรจง สืบสมาน. โรคติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง. ใน : เกษม ต้นติผลชีวะ บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536: 618-51.
2. สาธารณสุข. กระทรวง. แนวทางการแก้ไขยาบ้าในพื้นที่. คู่มือผู้บริหาร. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: วงศ์กมลโปรดักชั่น, 2544: 1-3.
3. สำนักงานปราบปรามยาเสพติด. โลกาภิวัตน์กับปัญหาสังคมและงานป้องกัน. สำเนาเอกสาร - ประกอบการปราบปรามยาเสพติด , กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2538.
4. คณะป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สำนักงาน. แผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด: พ.ศ. 2540-2544 ระดับภาค. เอกสารประกอบการปราบปรามยาเสพติด กรุงเทพมหานคร: คณะ - กรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2539.
5. มานี ปิยนันต์ และคณะ. การศึกษาการใช้แอมเฟตามีนในกลุ่มนักเรียนอาชีวะชาย. สารศิริราช 2539; 43: 224-6.
6. สุขภาพจิต. กรม. รายงานวิจัยผู้ป่วยโรคจิตรุนแรงกับอาชญากรรมรุนแรง.ใน. ประภาส อุครานันท์ และวีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
7. สมพงษ์ ตันติธวัชณ์. ภาวะพิษและผลข้างเคียงจากการใช้ยาบ้า. วารสารกรมการแพทย์ 2538; 20: 410-4.
8. วสุ จันทศักดิ์. ผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้าที่รับไว้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45: 17-30.
9. Martin C, Donghoe MC. Amphetamine – type stimulants. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization, 1997: 106.
10. สำนักพัฒนาป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. สำนักงาน ป.ป.ส. แนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, 2542.
11. สุชาติ เหล่าบริพัตร. หลายสิ่งที่ต้องสังวรก่อนตรวจปัสสาวะ. วารสารหมออนามัย 2542; 9: 41-6.
12. คณะป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. รายงานการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในประเทศไทยประจำปีงบประมาณ 2541. กรุงเทพมหานคร: ชมรมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2542.

13. คณะป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. รายงานการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในประเทศไทยประจำปีงบประมาณ 2542. กรุงเทพมหานคร: ชมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2543.
14. วิเชษฐ์ พุทธิวิริยากร. เมทแอมเฟตามีนบริสุทธิ์ 20 กรัม เท่ากับยาบ้ากี่เม็ด?. วารสาร ป.ป.ส. 2539; 14: 63 -8
15. คณะป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. รายงานการสรุปผลการป้องกันยาเสพติดทั่วประเทศปี 2542. เอกสารประกอบการปราบปรามยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: ระบบข้อมูลคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2543.
16. อ่าง ทศนาชลี. นโยบายความมั่นคงแห่งชาติที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด. สาขาสังคมจิตวิทยา: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2541.
17. สุขภาพจิต, กรม. แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2540-2544. กรุงเทพมหานคร: สยามอินเตอร์มาร์เก็ตติ้ง, 2540.
18. ฝ่ายส่งเสริมวิชาการและวิจัยกองวิชาการและวางแผน. แอมเฟตามีน. เอกสารเผยแพร่. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานป้องกันและป้องกันยาเสพติด, 2537.
19. ธีญญารักษ์, โรงพยาบาล. รายงานประจำปี 2543. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลธีญญารักษ์, 2544.
20. ธงชัย อุ่นเอกลาภ. เอกสารยาบ้า. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลธีญญารักษ์, 2541.
21. สุชาติ ตรีทิพย์คุณ. บทบาทของหมอนามัยกับงานแก้ไขยาเสพติดในชุมชน. วารสารหมอนามัย 2542; 9: 9-22.
22. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคติดยา. คู่มือสำหรับบุคคลากรทางการแพทย์. ภาควิชาจิตเวช - ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ตุลาคม 2540.
23. ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. กลไกการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด. วารสารสมาคมจิต - แพทย์ แห่งประเทศไทย 2541; 43: 150 -8.
24. Lovaglia MJ, Matano R. Predicting attrition from substance misuse treatment using the inventory of interpersonal problems. Int J Addict 1994; 29: 105-13.
25. Svanum S, McAdoo WG. Predicting rapid relapse following treatment for chemical dependence : a matched-subjects design. J Consult Clin Psychol 1989; 67: 222-6.

26. สุชาติ เลขาบริพัตร. วิกฤติและทางออกของปัญหาการระบาดของยาบ้า. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข-สุข, 2543.
27. Bernstein JE. Drug therapy in psychiatry. St Louis, Missouri: Mosby-Year Book, 1995.
28. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket handbook of psychiatric drug treatment. New York. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 146-156, 170-184.
29. ทวีศักดิ์ จันมณี. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร; พญาไทยการพิมพ์, มปป.
30. อรรถนพ วิสุทธิมรรค. พฤติกรรมการบริโภคสารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2541.
31. ธีระพล อรุณกสิกร, สถาพร ลิ้มมณี, กฤษณะ นุตจรัส, ไพฑูรย์ นาคจำ. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 พระราชบัญญัติ มาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: 21 เซ็นจูรี, มปป.
32. อานันท์ สุคนธาภิรมย์. การฟื้นฟูวิชาการด้านเภสัชกรรมคลินิก ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น, 2528.
33. อัมพร โอตระกุล. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี, 2540.
34. Woody EG, Cacciola J. Diagnosis and classification : DSM-IV and ICD -10. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. Substance abuse: a comprehensive textbook. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997 : 361-3.
35. ปราโมทย์ สุนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล. DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัสICD-10). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์, 2539.
36. วิโรจน์ สุ่มใหญ่. คลื่นลูกที่สามของยากระตุ้นประสาท.วารสารป.ป.ส. 2539; 12: 45-53.
37. Poshyacinda V, Srisurapanont M , Perngpam U. Amphetamine type stimulants epidemic in Thailand: A country Profile. Prepare for the WHO Meeting on Amphetamine , MDMA and Other Psychostimulants Phase II Thailand. 22-26 November 1999.
38. Model of intervention and care for psychostimulant user. In: Greg K , Niki V. Prevalence of Amphetamines. Australia: National Center of Education and Training on Addiction.1998.

39. อรรถนพ ลิขิตจิตถะ. เมื่อยาบ้าเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน. วารสารป.ป.ส. 2540; 14: 12-31.
40. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเพชรบุรี. แนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติด. คู่มือ. เพชรบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. 2542.
41. สำนักนโยบายและแผน. สถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด. สำเนาเอกสารประกอบรายงานการประชุม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. 2544.
42. เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ. การศึกษาสภาพปัญหาสารเสพติดในกลุ่มผู้ให้บริการในสถานเริงรมย์. ในผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดอุปสงค์ในการใช้ยาเสพติด พ.ศ. 2532-2539. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2539: 294-295.
43. วรงค์ บุญช่วย. สถานการณ์และการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาบ้าในประเทศไทย. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2539.
44. สมโภชน์ มนเทียรอาสน์. การแพร่ระบาดของยาบ้าในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา และการพัฒนานโยบายการป้องกันรักษา: วารสารกรมการแพทย์ 2540; 22: 143-151.
45. เกรียงไกร เจริญโท. ยาม้า. ขอนแก่น: ศูนย์การบำบัดรักษายาเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2539: 1-20.
46. ควบคุมวัตถุเสพติด. กอง. ยาม้า. เอกสารประกอบการประชุม คปสข 12, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2540.
47. กวี ชีวะเสรี. ยาบ้า. วารสารวิชาการแพทย์เขต11 2540 ; 11: 65-70.
48. อรรถนพ ลิขิตจิตถะ. การดำเนินคดีข้อหาขายยาบ้าปลอม. วารสารสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2539; 13: 55-61.
49. มานิตย์ อรุณากูร. ประวัติความเป็นมาของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท. ใน: กองประสานการ - ปฏิบัติการบำบัดผู้ติดยาเสพติด, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของยาม้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541: 8-14.
50. กิติ ฉายศิริกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. สารกระตุ้นประสาทยาบ้า. เชียงใหม่; โรงพยาบาลสวนปรุง, 2542.
51. นิติการและพิสูจน์หลักฐาน. กอง. รูปแบบยาบ้าชนิดต่างๆ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2542.

52. นัทธี จิตสว่าง, สมุนทิพย์ ใจเหล็ก. เส้นทางชีวิตของผู้ต้องขังในคดียาเสพติด. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร. กรมราชทัณฑ์และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2544.
53. ชนิตา พลานุเวช , สมชาย อิศระวาณิชย์ , เบญจภรณ์ รุ่งพิทักษ์ไชย , วิไล ชินเวชกิจวานิชย์ และ.วิภา ดำนังอรกุล. การวิเคราะห์ส่วนประกอบทางเคมีของยาบ้าในตลาดมืด. วารสาร -วิทยา ศาสตร์การแพทย์. 2540;11: 84-7.
54. ดิลก กุลดิเรกชัย. ยาม้า. วารสารแพทย์เขต 7 2537; 13: 33-6.
55. บพิตร กลางกัลยา. เภสัชวิทยาและพิษวิทยาของยากลุ่มแอมเฟตามีน: วารสารเภสัชวิทยา 2533;12: 93-100.
56. ส่วนการพัฒนาระบบข้อมูล. การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2540. เอกสารประกอบการปราบปรามยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2540.
57. Albertson TE, Derlet RW, Vanhoozen BE. Methamphetamine and the expanding complications of amphetamines. West J Med 1999; 170: 214-19.
58. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สรุปสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยจำแนกตัวยานเพื่อประกอบการจัดทำแบบแผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 5 ปี (พ.ศ. 2540 -2544). คู่มือ. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2539.
59. วิชาการต่างประเทศ. กอง. มหัตถภัยศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2542.
60. สุดสวาท ลิขิตวัฒนกุล. ยาน่ารู้ แอมเฟตามีน: วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก -โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2537; 11: 50-2.
61. สุชาติ ตริทิพย์ธิคุณ. กลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน. ใน: สมปอง ธนไพศาลกิจ, บรรณาธิการ. การอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ครอบครัวครั้งที่ 27. กรุงเทพมหานคร. วี.ซี.เซอริวิสเซนเตอร์, 2541: 101-16.
62. Thomar FO, Robert EE. Abnormal psychology. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.
63. Gossop S, Grant M. Preventing and controlling drug abuse. Geneva: World Health Organization, 1990.
64. นิรนาท แสนสา. กระบวนการเข้าสู่การใช้ยาบ้าของนักเรียนวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต. สาขาพัฒนาศึกษาศาสตร์: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 25432.

65. White MJ. Drug dependence. New Jersey: Prentice Hall, 1991.
66. อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง. ความผิดปกติเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด. เอกสารประกอบการศึกษา. กรุงเทพมหานคร. สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
67. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.
68. จักรกฤษ์ สุขยั้ง. Substance Use disorder. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณานิการ. จิตเวชศาสตร์รวมฉบับดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์การพิมพ์, 2540: 90-101.
69. สุชาติ ตริทิพย์คุณ. กลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน. ใน: กองประสานการปฏิบัติการบำบัดผู้ติดยาเสพติด, บรรณานิการ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคากระบาดของยาเสพติดด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541: 15-24.
70. King GR, Ellinwood EH. Amphetamines and other stimulants. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. Substance abuse a comprehensive textbook. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997 : 207-17.
71. Daniel G.A. Brain Pollution the impact of drugs and alcohol on the brain. Change your brain change your life. New York. Three Rivers Press, 1998 : 225-8.
72. Hedou G, Homberg J, Martin S, Wirth K, Feldon J, Heidbreder CA. Effect of amphetamine on extracellular acetylcholine and monoamine levels in subterritories of the rat medial prefrontal cortex. Eur J Pharmacol 2000; 390: 127-36.
73. Kuczenski R, Segal DS. Neurochemistry of amphetamine. In: Cho AK, Segal DS, editors. Amphetamine and its analogs. California: Academic Press, 1994: 81-104.
74. Dermut W, Miller IW, Brown RA. The efficacy of group psychotherapy for depression. Clin Psychol: Pract 2001; 8 : 98-116.
75. Diclemente CC. Treatment matching in substance abuse. In: Koocher GP, Norcross JC, editors. Psychologists' desk reference. New York. Oxford University Press, 1998: 311-315.
76. Daley DC, Salloum IM, Gorske T. Substance use disorders. Clinician's guides to mental illness. New York: McGraw-Hill, 2001: 10-90.

77. สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. พิมพ์ครั้งแรก. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ท้อฟเซ็ท, 2542.
78. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร: อักษรการพิมพ์, 2542.
79. จงรักษ์ กุลเศรษฐ์. การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาบ้าโรงพยาบาลธัญญารักษ์. วารสารกรมการแพทย์ 2541;23: 242-7.
80. ก. สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ. ปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่มาเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาล ธัญญารักษ์ด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2542.
81. กิติพงษ์ สานิตวรรณกุล , พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์ , สุรเชษฐ ผ่องธัญญา , วนิตา พุ่มไพศาลชัย. ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาที่ -โรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสวนปรุง 2542;15:12-29.
82. วาสนา วัฒนกำจร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักเรียน /นักศึกษาในจังหวัด -ราชบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43: 345-356.
83. อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์ , อุไรวรรณ แก่นจันทร์ , ลักษณะนา พงษ์ภุมมา , วลัยยา สุวรรณโชติ. ความภูมิใจแห่งตนและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ใช้ยาบ้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2544; 46: 3-11.
84. Hall W, Hando J, Darke S, Ross J. Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sydney, Australia. Addiction 1996 ;91: 81-7.
85. Brower KJ , Maddahian E , Blow FL , Beresford TP. A comparison of self - reported symptoms and DSM III-R criteria for cocaine withdrawal. Am J Drug Alcohol Abuse 1988; 14: 347-56.
86. Watson R , Hartmann E , Schildkraut J J. Amphetamine withdrawal: Affective state , - sleep patterns , and MHPG excretion. Am J Psychiatry 1972; 129: 263-9.
87. Einstein S. Diagnosis of drug dependence. Drug in relation to the drug user. New York: Pergamen Press, 1980: 15-6.
88. Paulson PE , Pamela E. Regional differences in the effects of amphetamine withdrawal on dopamine dynamics in the striatum. Neuropsychopharmacology 1996; 14: 325-37.

89. ทัสสนี นุชประยูร , เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติในวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541: 91-104.
90. สิริรักษณ์ ศรีปัญญาพงษ์. ปัญหาทางจิตของผู้ป่วยที่ติดเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์. (Pilot study) สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
91. Ghods H. Drug and addiction behavior: a guide to treatment. Oxford; Blackwell Scientific, 1995: 345-65.
92. Lewis JA , Dana RQ , Blevins GA. Substance abuse counseling: an individualized approach. California: Brooks/Cole Publishing, 1994: 244-60.
93. มาโนช หล่อตระกูล , ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539; 41: 235-46.
94. นันทิกา ทวิชาชาติ , อรรถพล สุคนธาภิรมย์ , สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย , พวงสร้อย วรรณกุล. โครงการวิจัยเรื่องการสร้างแบบทดสอบที่ใช้ในการคัดกรองโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
95. Srisurapanont M , Jarursuraisin N , Jittiwutikan J. Amphetamine withdrawal : reliability, validity and factor structure of measure. Aust N Zealand J Psychiatry 1999; 33: 89-93.
96. Guilford J.p. Fundamental Statistic in Psychology and Education. Japan: MCGraw-Hill Kogakusha, 1985.
97. Brooner RK , King VL , Kidorf M , Schmidt CW , Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abuse. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 71-80.
98. John M , Michelle B. Adolescence alcohol and drug abuse. Review of psychiatry vol.14. Washington DC: American Psychiatric Press, 1995: 151-70.
99. สิริรักษณ์ ศรีปัญญาพงษ์. ปัญหาทางจิตของผู้ป่วยที่ติดเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
100. นงลักษณ์ โต้บันลือภพ. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันการพึ่งแอมเฟตามีนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

101. Jenkins JE. The influence of peer affiliation and student activities on adolescent drug involvement. *Adolescence* 1996; 31: 297-306.
102. ทูล เครือสิงห์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้าของผู้ต้องโทษกักขัง ในสถานี่ตำรวจภูธรอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาไทยคดีศึกษา: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2541.
103. Russell JM, Newman SC, Bland RC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Drug abuse and dependence. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 376: 54-62.
104. Brown SA , Gleghorn A , Schuckit MA , Myers MG , Mott MA. Conduct disorder among adolescent alcohol and drug abusers. *J Stud Alcohol* 1996; 57: 314-24.
105. บังอร ดวงรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเสพติดยาบ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดการประถมศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา-มหาบัณฑิต. วิชาเอกสุขศึกษา: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2541.
106. สุกัญญา เจียมประชา. การศึกษารายกรณีการเสพยาบ้า ปัญหา สาเหตุ แนวทางป้องกันในการแก้ไข. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการแนะแนว: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2543.
107. Acuda SW, Eida AH. Epidemiological study of drug use in urban and rural secondary school in Zimbabwe. *Central Afr J Medicine* 1994; 40: 207-212.
- 108 . Wong CS, Tang CS, Schwarzer R. Psychosocial correlates of substance abuse: comparing high school student with incarcerated offender in Hong Kong. *J Drug Educ* 1997; 27: 147-72.

ภาคผนวก



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

ตารางแสดงคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่วัดได้จากผู้ป่วยแต่ละคน

คนที่	สังเกตการณ์	
	จิตแพทย์	ผู้วิจัย
1	20	18
2	6	8
3	9	9
4	15	11
5	12	13
6	18	19
7	13	12
8	10	11
9	10	9
10	14	16
11	14	16
12	6	7
13	12	11
14	18	19
15	13	12
16	16	16
17	7	7
18	7	7
19	9	9
20	7	9
21	12	11
22	15	15
23	8	8
24	12	13
25	13	15
26	16	16
27	12	9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คนที่	สังเกตการณ์	
	จิตแพทย์	ผู้วิจัย
28	9	10
29	8	7
30	6	5

ขั้นตอนที่ 1.

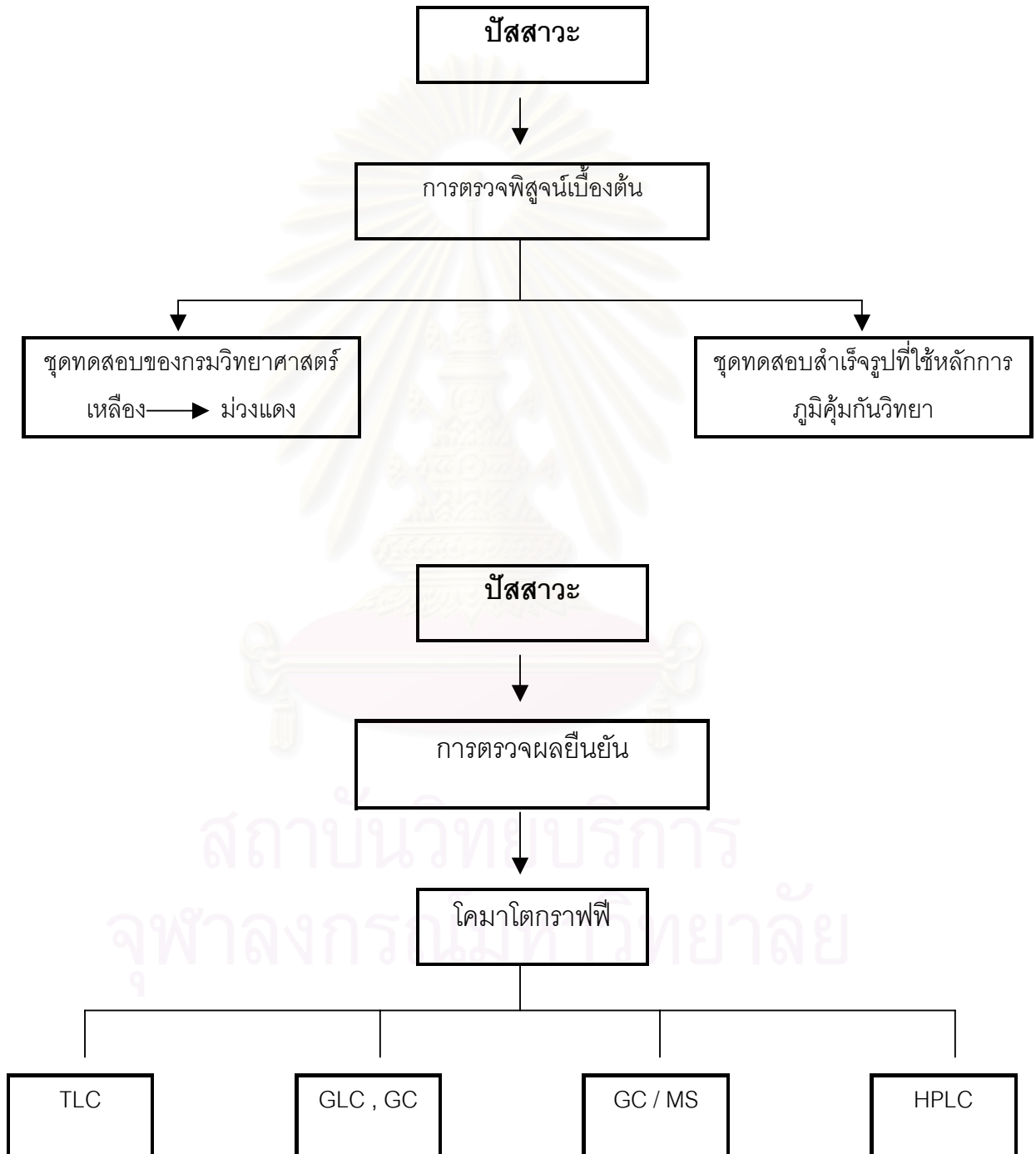
Tests of Between-Subjects Effects

Source	df	SS	MS	F	p-value
Subject	29	857.08	29.55	27.22	0.00
Method	1	1.667E-02	1.667E-02	0.01	0.902
Error	29	31.48	1.08		
Total	60	8939.00			

P<.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การตรวจปัสสาวะเพื่อค้นหาผู้เสพแอมเฟตามีน



TLC = Tin Layer Chromatography

GLC , GC = Gas Liquid

Chromatography

GC / MS = Gas Chromatography / Mass Spectrometry

HPLC = High Performance Liquid
-Chomatography

การตรวจพิสูจน์เบื้องต้น (Screening Test)

เป็นการตรวจพิสูจน์เพื่อคัดแยกตัวอย่างปัสสาวะที่ให้ผลบวก คือ มีความเป็นไปได้ว่าจะมีสารออกฤทธิ์ของยาบ้า คือ เมทแอมเฟตามีน / แอมเฟตามีน / อี-เฟดรีน ผสมอยู่ออกจากตัวอย่างปัสสาวะที่ไม่มียาบ้า ผลการตรวจในขั้นนี้ไม่สามารถยืนยันความถูกต้องว่ามีการเสพยาบ้าหรือไม่ จนกว่าจะผ่านการตรวจในขั้นยืนยันผล

การตรวจพิสูจน์เบื้องต้นส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจ ณ จุดตรวจ โดยใช้ชุดทดสอบสำเร็จรูปชุดทดสอบเบื้องต้นสำหรับการตรวจหายาบ้าในปัสสาวะ

1. ชุดทดสอบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หลักการ สารออกฤทธิ์ในยาบ้า จะทำปฏิกิริยากับน้ำยาตรวจสอบในสภาวะที่เหมาะสมแล้วเปลี่ยนสีของน้ำยาจากสีเหลืองเป็นสีม่วงแดงความสามารถในการตรวจวัดตรวจหายาบ้าในปัสสาวะได้ในขนาดความเข้มข้นตั้งแต่ 3 ไมโครกรัม / มิลลิลิตรขึ้นไป

การแปลผล ในการแปลผลต้องคำนึงอยู่เสมอว่า ผลบวกที่ได้จากการใช้ชุดทดสอบอาจเกิดจากยาอื่นที่ไม่ใช่ยาบ้าได้

- ผลบวกลวง ในปัสสาวะไม่มียาบ้าแต่ผลการตรวจเป็นบวกเนื่องจากปฏิกิริยาของน้ำยาตรวจสอบกับตัวยาอื่นๆ บางตัว
- ผลลบลวง ในปัสสาวะมียาบ้าแต่ตรวจไม่พบ เนื่องจากตัวยาหรือสารอื่นๆ รบกวนการเปลี่ยนสีของน้ำยาตรวจสอบ

ยาที่ให้ผลบวกลวง

1. กลุ่มยาแก้แพ้ แก้วัดคัดจมูก เช่น คลอเฟนิรามีน บรอมเฟนิรามีน เฟนิลโปรปานอลามีน
- เฟนิลเลเอเฟรีน ซูโดอีเฟดรีน
2. กลุ่มยาลดความอ้วน เช่น เฟนิเทอรัมีน เฟนิฟลูามีน
3. กลุ่มยาเสพติดประเภทมอร์ฟีน โคเคอิน เฮโรอินและยาบำบัดรักษาผู้ติดยา

ยาที่ให้ผลลบลวง

ยารักษาโรคไต ซึ่งมีผลให้ปัสสาวะที่ขับออกมาเป็นสีน้ำเงิน หรือสีส้มแดง ทำให้อ่านผลได้ไม่ชัดเจน

2. ชุดทดสอบสำเร็จรูปที่ใช้หลักการภูมิคุ้มกันวิทยา (Immunoassay) หลักการ ชุดทดสอบสำเร็จรูปที่มีจำหน่าย คือ Immuno-chromatographic Technique ผลการตรวจสามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงด้วยตาเปล่าได้

ความสามารถในการตรวจวัดแบ่งเป็นสองกลุ่มตามชนิดทดสอบที่มีจำหน่ายในปัจจุบัน

1. ให้ผลบวกเมื่อปัสสาวะมีปริมาณเมทแอมเฟตามีน ตั้งแต่ 500 นาโนกรัม / มิลลิลิตรขึ้นไป
2. ให้ผลบวกเมื่อปัสสาวะมีปริมาณเมทแอมเฟตามีนตั้งแต่ 1,000 นาโนกรัม / มิลลิลิตรขึ้นไป

สารที่ให้ผลบวกวงหรือรบกวนการทดสอบ เช่น ซูโดอีเฟดรีน รานิทิดีน (Ranitidine) โพรเคน (Procaine)

คลอโรควีน (Chloroquine)

3. การตรวจผลยืนยัน (Confirmation Test) เป็นการตรวจยืนยันว่าในตัวอย่างปัสสาวะที่ให้ผลบวกในขั้นตอนการตรวจพิสูจน์เบื้องต้นนั้น มีสารแอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน และอีเฟดรีนจริงหรือไม่

หลักและวิธีการ วิธีที่นิยมคือ โครมาโตกราฟี (Chromatography) ซึ่งเป็นการแยกสารผสมออกจากกันโดยอาศัยหลักการละลาย การดูดซับที่แตกต่างกันของสาร ทำให้การเคลื่อนที่ผ่านตัวดูดซับแตกต่างกันเป็นผลให้สามารถแยกสารผสมออกจากกันได้

ชนิดของโครมาโตกราฟี

1. Thin Layer Chromatography (TLC) เป็นวิธีการที่สะดวกเสียค่าใช้จ่ายน้อย
2. Gas liquid Chromatography (GLC , GC)
3. High Performance Liquid Chromatography (HPLC)
4. Gas Chromatography/mass Spectrometry (GC/MS) เป็นวิธีที่ดีที่สุดแต่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง ผู้ทำการตรวจวิเคราะห์ต้องมีความรู้ความชำนาญเป็นอย่างดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์ผู้ติดยาเสพติดเกี่ยวกับสภาพทางสังคม

1. เพศ
(0) ชาย (1) หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพ
(0) โสด (1) คู่ (2) หม้าย / หย่า
4. ศาสนา
(0) พุทธ (1) อิสลาม
5. การศึกษา
(0) กำลังศึกษา (1) จบการศึกษาแล้ว
6. ระดับการศึกษา
0 - ประถม 6 - อนุปริญญา
1 - มัธยมต้น
2 - มัธยมปลาย
3 - ปวช
4 - ปวส
5 - ป.ตรี
- 7) ผู้นำส่งโรงพยาบาลคือ
(0) มาด้วยตนเอง
(1) บิดามารดา หรือผู้ปกครองนำส่ง
(2) ญาตินำส่ง ระบุ
- (3) โรงเรียน
(4) ตำรวจ
(5) ศาล
(6) ผู้นำชุมชน & หัวหน้างาน
- 8) เหตุผลสำคัญที่คุณมารับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดในครั้งนี้
(0) สุขภาพไม่ดี
(1) ต้องการให้สังคมยอมรับ

- (2) ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง
- (3) ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด
- (4) กลัวถูกจับ
- 9) ปัจจุบันคุณอาศัยอยู่กับใคร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (0) อาศัยอยู่กับพ่อ และแม่ (4) พี่
- (1) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (5) เพื่อน
- (2) อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (6)ญาติ
- (3) อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่ และพ่อเลี้ยงหรือแม่เลี้ยง
- 10) คุณต้องรับผิดชอบดูแล หรือเลี้ยงดูผู้ใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (0) ไม่มีภาระรับผิดชอบผู้ใด
- (1) มีภาระรับผิดชอบ
- 11) ต้องรับผิดชอบรวมทั้งสิ้นจำนวน คน

ข้อมูลด้านการงานและเศรษฐกิจ

- 12) ลักษณะการประกอบอาชีพ
- (0) นักเรียน / นักศึกษา
- (1) ว่างาน
- (2) รับจ้าง
- (3) ค้าขาย
- (4) เกษตรกรรม
- (5) รับราชการ & รัฐวิสาหกิจ
- (6) อื่นๆ ระบุ
- 13) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอหรือไม่
- (0) เพียงพอ
- (1) ไม่เพียงพอ
- 14) ระบุสาเหตุ
- 1) เสพยาบ้า
- 2) เสพยาบ้า&เที่ยว
- 3) เสพยาบ้า& เล่นเกมส์หรือเรียน
- 15) เมื่อคุณมีปัญหาเรื่องเงินทอง คุณมักพึ่งพาใครหรือขอยืมจากบุคคลใดเป็นส่วนใหญ่
- (0) ไม่เคยพึ่งพาใคร
- (1) บิดามารดา

- (2) พี่น้อง
- (3) เพื่อน
- (4) อื่นๆ.....ญาติ.....

ข้อมูลการใช้ยาเสพติด

16) คุณใช้ยาเสพติดโดยวิธีใด

- (0) สูดดมไอระเหย (ใส่กระดาษฟรอยด์ลงไฟแล้วใช้หลอดดูดควัน)
- (1) กิน
- (2) สูดดมไอระเหย & กิน

17) จำนวนที่ใช้ เม็ด / สัปดาห์

จำนวนต่ำสุดที่ใช้ เม็ด / วัน ; จำนวนสูงสุดที่ใช้ เม็ด / วัน
เสพวันละ ครั้ง

18) จำนวนใช้เดือน

19) เครื่องหมายบนเม็ดยา

- | | |
|-------|-------|
| 1) WY | 4) R |
| 2) Wy | 5) M |
| 3) 99 | 6) พี |

20) สีของเม็ดยา

- 1) ส้มอ่อน
- 2) ส้มแก่
- 3) เขียว
- 4) น้ำตาล
- 5) กะปิ
- 6) แดง

21) ใครชักชวนคุณให้ใช้ยาเสพติด

- (0) ไม่มีผู้ใดชักชวน
- (1) เพื่อน
- (2) อื่นๆ ระบุ

22) คุณเริ่มใช้ยาบ้าครั้งแรกเมื่ออายุเท่าใด ปี

23) คุณเริ่มใช้ยาบ้าครั้งแรกที่ไหน

- (0) บ้าน
- (1) โรงเรียน
- (2) บ้านเพื่อน

- (3) ที่ทำงาน
- (4) อื่นๆ

ประวัติครอบครัว

24. ปัจจุบันนี้บิดายังมีชีวิตอยู่หรือไม่

- (0) มีชีวิตอยู่
- (1) เสียชีวิตแล้ว

25. ระบุอายุ ปี

26. บิดาของคุณประกอบอาชีพอะไร

- (0) รับราชการ
- (1) รัฐวิสาหกิจ
- (2) ค้าขาย
- (3) รับจ้าง
- (4) เกษตรกรรม
- (5) ประมง
- (6) พ่อบ้าน
- อื่นๆ ระบุ

27. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท

28. บิดาของคุณเคยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่

- (0) เคย
- (1) ไม่เคย

29. จากข้อ 28. หากเคยกรณาระบุชนิดของยาเสพติด

- (1) ยาบ้า
- (2) สุรา
- (3) บุหรี่
- (4) กัญชา
- (5) เฮโรอีน

30. ปัจจุบันนี้มารดายังมีชีวิตอยู่หรือไม่

- (0) มีชีวิตอยู่
- (1) เสียชีวิตแล้ว

31) ระบุอายุมารดาปี

32) มารดาของคุณประกอบอาชีพอะไร

- (0) แม่บ้าน
- (1) รับราชการ
- (2) รัฐวิสาหกิจ
- (3) รับจ้าง
- (4) ค้าขาย
- (5) เกษตรกรรม
- (6) อื่นๆ ระบุ

33. บิดามารดาของคุณยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันหรือไม่
- (0) ใช่
 - (1) ไม่
34. คุณมีพี่น้องจำนวน คน
35. คุณเป็นบุตรคนที่เท่าไรของครอบครัว
- (0) คนที่ 1
 - (1) คนที่ 2
 - (2) คนที่ 3
 - (3) คนที่ 4
 - (4) คนที่ 5
 - (5) อื่นๆ
36. ญาติพี่น้องที่เข้าเย้าเสียด
- (0) มี เช่น ลุง ป้า น้า อา หรือ ลูกลุงป้า น้า อา จำนวน คน
 - (1) ไม่มี
37. กรุณาระบุวิธีการเลี้ยงดูของบิดามารดาที่กระทำต่อตัวคุณ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (F1) รักและถนอมลูกทุกอย่าง
 - (F2) ยอมรับความสามารถมีการใช้เหตุผล และให้โอกาสในการตัดสินใจ
 - (F3) เข้มงวดใช้อำนาจบังคับและเจ้าระเบียบ
 - (F4) รักและเอาใจใส่มีกฎเกณฑ์ในการลงโทษตามสมควรเมื่อกระทำความผิด
 - (F5) ไม่ให้ความเอาใจใส่ปล่อยปละละเลย
38. คุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อวิธีการเลี้ยงดูที่บิดามารดากระทำต่อตัวคุณ
- (0) พึงพอใจ
 - (1) ไม่พึงพอใจ
39. ความสัมพันธ์ในครอบครัวของคุณมีลักษณะเป็นอย่างไร
- (0) อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น
 - (1) มีทะเลาะเบาะแว้งกันบ้างแต่ไม่รุนแรง
 - (2) มีการทะเลาะกันรุนแรงเป็นบางครั้ง
 - (3) มีการทะเลาะกันรุนแรงบ่อยๆ
40. บุคคลในครอบครัวรู้สึกอย่างไรต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของคุณ
- (0) ต่อด้าน
 - (1) ไม่ทราบ
 - (2) ไม่สนใจ

41. ชนิดของการต่อต้าน

- (1) ชี้แจง & ขอร้อง
- (2) เสียใจ หรือ ชี้แจง & บังคับ
- (3) เสียใจ & ขอร้อง
- (4) ลงโทษ : กำหนดบทลงโทษ

ประวัติการทำงาน (สำหรับผู้ที่แต่งงานแล้ว

41. คุณแต่งงาน (จดทะเบียนสมรส) ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ปี

42. คุณแต่งงานมาจำนวนกี่ครั้ง ครั้ง

43. สถานภาพการ

- (0) หย่า
- (1) อยู่ด้วยกัน

44. คุณแต่งงานกับคู่สมรสคนปัจจุบันมาแล้วจำนวนกี่ปี

- (0) น้อยกว่า 1 ปี ระบุ เดือน
- (1) 1 – 5 ปี
- (2) มากกว่า 5 – 10 ปี
- (3) มากกว่า 10 ปี ระบุปี

45. คุณมีบุตรแล้วหรือยัง

- (0) ไม่มี
- (1) มี 1 คน
- (2) มี 2 คน

46. ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวของคุณเป็นอย่างไร

- (0) อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น
- (1) มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง
- (2) มีการทะเลาะกันอย่างรุนแรงเป็นบางครั้ง
- (3) มีการทะเลาะกันอย่างรุนแรงบ่อยๆ

หากพบว่ามีปัญหาระหว่างคู่สมรสกรุณาระบุรายละเอียดของสภาพปัญหาดังกล่าว

47. สภาพปัญหาระหว่างคู่สมรส (0) มี

(1) ไม่มี

48. ปัญหาหลักที่พบบ่อยระหว่างคู่สมรส

- 0) ไม่มี
- 1) หึงหวง
- 2) ยาเสพติด
- 3) เศรษฐกิจ
- 4) บุคคลที่ 3 ญาติ , พี่น้อง

49. ปัญหารองที่พบระหว่างคู่สมรส

- 0) ไม่มี
- 1) หึงหวง
- 2) ยาเสพติด
- 3) เศรษฐกิจ
- 4) บุคคลที่ 3 ญาติ , พี่น้อง

(สำหรับผู้ที่ยังไม่แต่งงาน)

48. คุณเคยมีคู่รักหรือไม่

- (0) เคย
- (1) ไม่เคย

49. ระบุจำนวนคนรัก คน

50. ปัจจุบันคบหากับคู่รักคนใดอยู่บ้าง

- (0) เลิกกันแล้วหมดทุกคน
- (1) ยังคบหากันอยู่ 1 คน
- (2) คบอยู่ 2 คน

51. คุณมักใช้เวลาอยู่กับคู่รักมากน้อยเพียงใด

- (0) ทุกวัน
- (1) สัปดาห์ละครั้ง
- (2) เดือนละครั้ง
- (3) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- (4) อื่นๆ ระบุ

52. คู่รักในอดีตของคุณมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่

- (0) ไม่มี
- (1) มีใช้ยาบ้า

53. คู่รักปัจจุบันของคุณมีการใช้ยาเสพติดหรือไม่กรณีระบุชนิดของยาเสพติด

- (0) ไม่มี
- (1) ยาบ้า

ประวัติการศึกษา

ระดับผลการเรียนครั้งสุดท้ายก่อนที่คุณจะมีพฤติกรรมติดยาเสพติด

54. คุณเคยถูกภาคทัณฑ์หรือไม่

- (0) เคย
- (1) ไม่เคย

ระบุสาเหตุ

- 1) โดดเรียน
- 2) ตรวจพบแอมเฟตามีนหรือใช้
- 3) มาโรงเรียนสาย
- 4) ทะเลาะวิวาท
- 5) แอลกอฮอล์
- 6) นิโคติน

55. คุณเคยถูกสั่งพักการเรียนหรือไม่

- (0) เคย
- (1) ไม่เคย

ระบุสาเหตุ

- 1) โดดเรียน
- 2) ตรวจพบแอมเฟตามีนหรือใช้
- 3) ทะเลาะวิวาท

56. คุณเคยถูกไล่ออกจากโรงเรียนหรือไม่

- (0) เคย
- (1) ไม่เคย

ระบุสาเหตุ

- 1) โดดเรียน (ม.ส.)
- 2) ตรวจพบแอมเฟตามีนหรือใช้
- 3) ทะเลาะวิวาท

57. คุณเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาหรือไม่

- (0) ไม่เคย
- (1) สื่อโฆษณา
- (2) การอบรม
- (3) ทั้ง 0 & 1

ประวัติกลุ่มเพื่อน

58. คุณเคยอยู่ร่วมกับเพื่อนประเภทใดบ่อยที่สุด

- (0) ไม่เคยมีกลุ่มเพื่อนมักแยกตัวอยู่คนเดียว
- (1) กลุ่มเพื่อนที่ชักชวนหนีเรียน
- (2) กลุ่มเพื่อนที่ชักชวนเที่ยวกลางคืน
- (3) กลุ่มเพื่อนที่มักรวมกลุ่มก่อเรื่องวิวาท
- (4) กลุ่มเพื่อนที่ชักชวนเล่นการพนัน
- (5) อื่นๆระบุ เพื่อนเรียน
- (6) กลุ่มเพื่อนทำงาน
- (7) เพื่อนใช้ยาเสพติด

59. จากข้อ 58. กลุ่มเพื่อนดังกล่าวมีพฤติกรรมกระตือรือร้นหรือไม่

- (0) มี
- (1) ไม่มี

60. จากข้อ 59. หากตอบว่ามีกรุณาระบุชนิดของยาเสพติดดังกล่าว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) ยาบ้า
- (2) กัญชา
- (3) สารระเหย
- (4) สุรา
- (5) เฮโรอีน

ประวัติทางกฎหมาย

61. เคยถูกตำรวจจับหรือไม่

(0) เคย

(1) ไม่เคย

62. จากข้อ 61. หากตอบว่าเคยคุณถูกจับคดีอะไรบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(0) เสพยาเสพติด / ระบุโทษที่ได้รับ

(1) มียาเสพติดไว้ในครอบครอง / ระบุโทษที่ได้รับ

(2) ทำร้ายร่างกาย / ระบุโทษที่ได้รับ

(3) ขับขี่รถ...MC

(4) เล่นไฟ

สภาพแวดล้อมที่พักและอาศัย

63. สถานที่พักและอาศัยของท่านอยู่ในเขตใด

(0) ในเขตเทศบาล

(1) นอกเขตเทศบาล

64. บ้านของท่านอยู่ใกล้บริเวณใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(0) ชุมชนแออัด (สลัมแหล่งเสื่อมโทรม)

(1) สถาบันเชิงต่างๆ

(2) ตลาด

(3) วัด

(4) โรงเรียน

(5) โรงพยาบาล

(6) อื่นๆ สถานที่ตำรวจ , อบต

65. ชุมชนที่คุณพักอาศัยอยู่มีการใช้ยาเสพติดมากน้อยเพียงใด

(0) ไม่มีการใช้ยาเสพติด

(1) มีการใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่ม

(2) มีการใช้ยาเสพติดอย่างแพร่หลาย

66. คุณสามารถซื้อยาเสพติดได้จากบุคคลใด

(0) เพื่อนๆ ที่ติดยาด้วยกัน

(1) ผู้ขายยาเสพติดซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับบ้านคุณ

(2) สั่งโดยตรงจากตัวแทนจำหน่ายเป็นช่วงๆ

(3) ให้เด็กเป็นตัวแทนจำหน่ายในการซื้อขายยาเสพติด

(4) อื่นๆ ระบุ

- 67) คุณมักไปซื้อหยาเสฟติดได้จากแหล่งใด
- (0) ซื้อจากที่พักของผู้ขายยาเสฟติด
 - (1) ซื้อจากบริเวณโรงเรียน
 - (2) ซื้อจากวิน MC
 - (3) ที่ทำงาน
 - (4) บริเวณศูนย์การค้า ร้านอาหาร สถานีน้ำมัน
- 68) แหล่งขายยาเสฟติดอยู่ห่างจากที่พักของคุณเพียงใด
- (0) อยู่ในชุมชนเดียวกับที่พักของคุณ
 - (1)อยู่นอกชุมชนที่คุณอาศัยอยู่ แต่เดินทางไปซื้อได้ไม่ลำบาก
- 69) คุณต้องใช้เวลาในการได้มาซึ่งยาเสฟติดในการซื้อหยาเสฟติดแต่ละครั้งเป็นเวลานานเท่าไร
- (0) ภายใน 1 – 10 นาที
 - (1) ภายใน 1/2 ชั่วโมง
 - (2) ภายใน 1 ชั่วโมง
 - (3) มากกว่า 1 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 วัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ , สิ้นหวัง , หมดหนทาง , ไร้ค่า)

คะแนน

0. ไม่มี

1. จะบอกภาวะนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น

2. จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง

3. สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ ทางการแสดงสีหน้า , ท่าทาง , น้ำเสียงและมักร้องไห้

4. ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเอง และภาษากาย

2. ความรู้สึกผิด

0. ไม่มี

1. ตีเตียนตนเอง รู้สึกทำให้ผู้อื่นเสียใจ

2. รู้สึกผิด หรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต

3. ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ, มีอาการหลงผิดว่าตนผิด

4. ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประนาม และ/ หรือ เห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

3. การฆ่าตัวตาย

0. ไม่มี

1. รู้สึกชีวิตไร้ค่า

2. คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใดๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นได้กับตนเอง

3. มีความคิดหรือทำที่จะฆ่าตัวตาย

4. พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใดๆ ที่รุนแรง ให้คะแนน 4)

4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น

0. ไม่มีปัญหาเข้านอนแล้วหลับยาก

1. แจ้งว่านอนหลับยากบางครั้ง ได้แก่ นานกว่า 1/2 ชั่วโมง

2. แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน

5. การนอนไม่หลับในช่วงกลาง

0. ไม่มีปัญหา

1. ผู้ป่วยแจ้งว่ากระสับกระส่ายและนอนไม่หลับสนิทช่วงกลางคืน

2. ตื่นกลางดึก หากมีลูกจากที่นอน ให้คะแนน 2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)

6. การตื่นนอนเช้ากว่าปกติ

0. ไม่มีปัญหา

1. ตื่นแต่เช้ามีดี แต่นอนหลับต่อได้

2. นอนต่อไม่หลับอีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว

7. การงานและกิจกรรม

0. ไม่มีปัญหา

1. มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีสมรรถภาพ , อ่อนเปลี้ย , หรือหย่อนกำลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆ : การงาน หรือ งานอดิเรก
2. หหมดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ : งานอดิเรก หรืองานประจำ – ไม่ว่าจะทราบ โดยตรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือทางอ้อมจากการไม่กระตือรือร้น , ลังเลใจ และเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณต้องกระตุ้นให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)
3. เวลาที่ใช้จริงในการทำกิจกรรมลดลง หรือผลงานลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล , ให้คะแนน 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันในการทำกิจกรรม (งานของโรงพยาบาลหรืองานอดิเรก) ยกเว้นหน้าที่ประจำในโรงพยาบาล
2. หยุดทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หากอยู่ในโรงพยาบาล , ให้คะแนน 4 ถ้าผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล หรือถ้าผู้ป่วยทำหน้าที่ประจำวันไม่ได้หากไม่มีคนช่วย

8. อาการเขื่องซ้ำ (ความซ้ำของความคิดและการพูดจา : สมาธิบกพร่อง , การเคลื่อนไหวลดลง)

0. การพูดจาและความคิดปกติ

1. อาการเขื่องซ้ำ เล็กน้อยขณะสัมภาษณ์
2. มีอาการเขื่องซ้ำชัดเจนขณะสัมภาษณ์
3. สัมภาษณ์ได้อย่างลำบาก
4. อยู่นิ่งโดยสิ้นเชิง

9. อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ

0. ไม่มี

1. งุ่นง่าน อยู่ไม่สุข
2. เล่นมือ เล่นผม ฯลฯ
3. เดินไปมานิ่งไม่ติดที่
4. บีบมือ กัดเล็บ ดึงผม กัดริมฝีปาก

10. ความวิตกกังวลในจิตใจ

0. ไม่มีปัญหา

1. รู้สึกตึงเครียด และหงุดหงิด
2. กังวลเรื่องเล็กน้อย
3. การพูดจาหรือสีหน้ามีท่าที่ห้วนกลัว
4. การแสดงความกลัวโดยไม่ต้องการ

11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย

0. ไม่มี
1. เล็กน้อย
2. ปานกลาง
3. รุนแรง
4. เสื่อมสมรรถภาพ

อาการร่วมด้านสรีรวิทยาของความวิตกกังวล เช่น :

ระบบทางเดินอาหาร : ปากแห้ง ลมขึ้น อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ปวดเกร็งท้อง เรอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ใจสั่น ปวดศีรษะ

ระบบหายใจ : หายใจหอบเร็ว ถอนหายใจ ; บั๊สสาวะบ่อย ; เหงื่อออก

12. อาการทางกายระบบทางเดินอาหาร

0. ไม่มี
1. เบื่ออาหาร แต่รับประทานโดยผู้อื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น
 - รู้สึกหวนงในท้อง
2. รับประทานยากหากไม่มีคนคอยกระตุ้น
 - ขอหรือจำต้องได้ยาระบาย หรือยาเกี่ยวกับลำไส้ หรือยาสำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร

13. อาการทางกาย อาการทั่วไป

0. ไม่มี
1. ตึงแขนขา หลังหรือศีรษะ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หดแรงแและอ่อนเพลีย
2. มีอาการใดๆ ที่ชัดเจนให้คะแนน 2

14. อาการทางระบบสืบพันธุ์

0. ไม่มีอาการ อาการเช่น : หดความต้องการทางเพศ , ปัญหาประจำเดือน
1. เล็กน้อย
2. ปานกลาง

15. อาการคิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย

0. ไม่มี
1. หมกมุ่นในตนเอง (ด้านร่างกาย)
2. หมกมุ่นเรื่องสุขภาพ
3. แฉ้งถึงอาการต่างๆ บ่อย เรียกร้องความช่วยเหลือ ฯลฯ
4. มีอาการหลงผิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย

16. น้ำหนักลด เลือกข้อ ก. หรือ ข.

ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

0. ไม่มีน้ำหนักลด

1. อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

2. น้ำหนักลดชัดเจน (ตามที่ผู้ป่วยบอก)

3. ไม่ได้ประเมิน

ข. จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย เมื่อช่วงวัดน้ำหนักที่เปลี่ยนไปจริง

0. น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

1. น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

2. น้ำหนักลดมากกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

3. ไม่ได้ประเมิน

17. การยังเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง

0. ยอมรับว่ากำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย

1. ยอมรับความเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับ อากาศที่เลว ดินฟ้าอากาศการทำงานหนัก
ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2. ปฏิเสธความเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

รวมคะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุภัทรา เสนาบุญญฤทธิ์ เกิดวันที่ 20 เมษายน 2514 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี ในปีการศึกษา 2537 และเข้าศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2542



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย