

ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน
ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันธัญญารักษ์



นางสาว อาริรัตน์ แสงศิริ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

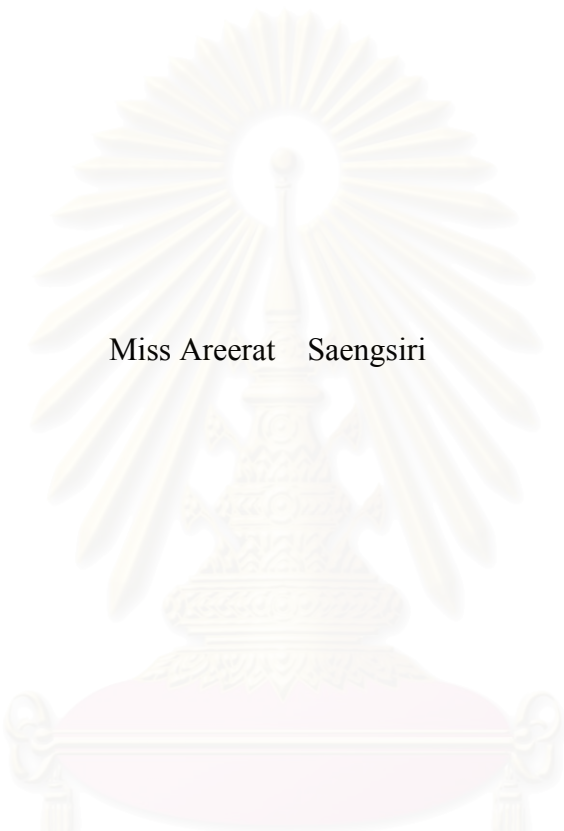
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2449-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN AMPHETAMINE
DEPENDENCE PATIENTS AT THANYARAK INSTITUTE



Miss Areerat Saengsiri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

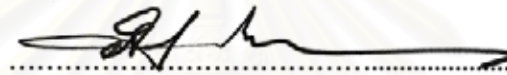
Chulalongkorn University

Academic Year 2005

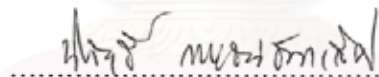
ISBN 974-14-2449-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยที่
ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษา
โดย นางสาวอารีรัตน์ แสงศิริ
สาขาวิชา สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์นายแพทย์อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง

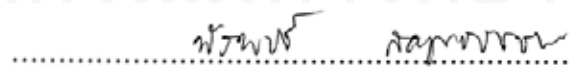
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณะบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์นายแพทย์อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง)


..... กรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์พีรพันธ์ ลีอนุวัชรวิชัย)

สถาบันแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อารีรัตน์ แสงศิริ : ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ (PREVALENCE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN AMPHETAMINE DEPENDENCE AT THANYARAK INSTITUTE)

อ. ที่ปรึกษา : อาจารย์นายแพทย์อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, 139หน้า. ISBN 974-14-2449-3.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันธัญญารักษ์ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมารับการบำบัดรักษาในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาซึ่งมีจำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์สถานะทางจิต- สังคม (Psycho-social interview form) และแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคสำหรับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV ค่าสถิติที่ใช้ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด Chi-square test (χ^2) Fisher's Exact test Independent Sample t-test และ Pearson Correlation

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คิดเป็นร้อยละ 10.0 พบในผู้ป่วยหญิงร้อยละ 16.7 และผู้ป่วยชายร้อยละ 3.3

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีความสัมพันธ์กับเพศ ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย และเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิตที่ผู้ป่วยเคยประสบใน 3 เหตุการณ์คือ ระบุว่าคนใกล้ชิดเจอเหตุร้ายต่างๆ ถูกข่มขืนกระทำชำเรา และถูกล่วงเกินทางเพศ จำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการใช้ปริมาณยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดในชีวิต ปริมาณยาที่ใช้ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนมาเข้ารับการบำบัดรักษา และปริมาณยาที่ใช้มากที่สุดในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนมาเข้ารับการบำบัดรักษา.

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์
สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2548

ลายมือชื่อนิสิต.....*อ.ว.ณ*.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*อ.ณ*.....

#4774812230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD : PREVALENCE / AMPHETAMINE DEPENDENCE PATIENTS/
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

AREERAT SAENGSIRO : PREVALENCE OF POSTTRAUMATIC STRESS
DISORDER IN AMPHETAMINE DEPENDENCE PATIENTS AT THANYARAK
INSTITUTE : THESIS ADVISOR : ATAPOL SUGHONDHABIROM , M.D.; 139 pp.
ISBN: 974-14-2449-3 .

This study was aimed to estimate the prevalence of posttraumatic stress disorder in amphetamine abusers who received treatment at Thanyarak Institute and to study factors associated with posttraumatic stress disorder. 120 qualified subjects were recruited for this study. The demographic data was collected using structured interview. Posttraumatic stress disorder were diagnosed based on DSM-IV criteria using structured interview. Percentage, mean, standard deviation, Mode, maximum and minimum were determined. Chi-square test, Fisher's Exact test, Pearson Correlation and Independent Sample T-test were used for statistical analysis.

This study found that the prevalence of posttraumatic stress disorder in amphetamine patients was 10.0% ,16.7% in Female and 3.3% in Male.

Factors associated with posttraumatic stress disorder were sex, family relationship, and type of traumatic events, where learning about first degree relation's traumatic events, being raped and sexual abused were associated with having PTSD. Total number of traumatic experiences were positively correlated with highest amount amphetamine ever used in lifetime and the amount of amphetamine used in six months prior to admission.

Department Psychiatry
Field of study Mental health
Academic year 2005

Student's signature.....*อรุณพร แสงศิริ*
Advisor's signature.....*Atapol Sughondhaborom*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา ช่วยเหลือและให้ความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ และตรวจแก้ไขจนวิทยานิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์นายแพทย์พีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของสถาบันวิจัยรณรงค์ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอบพระคุณผู้ปวยที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้เนื่องจากพระคุณของคุณพ่อคุณแม่และบุคคลในครอบครัวที่ทำให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา ขอบคุณเพื่อน ๆ สุขภาพจิต ตลอดจนเพื่อนสนิททุกท่านสำหรับกำลังใจ มิตรภาพ และความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งเสมอมา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการในวิจัย.....	6
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความหมายของยาเสพติด.....	10
การติดสารเสพติดและเกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดสารเสพติด	11
เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะการติดสารเสพติดตาม ICD-10.....	11
เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะการติดสารเสพติดตาม DSM-IV.....	12
ชนิดของยาบ้าหรือแอมเฟตามีน.....	13
ลักษณะคุณสมบัติและวิธีการใช้ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน.....	14
วิธีการเสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน.....	15
สาเหตุการเสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน.....	19
ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้เสพยาบ้า หรือแอมเฟตามีน.....	20
ปัญหาทางจิตกับการติดสารเสพติด.....	21
โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ.....	23
การวินิจฉัยโรค หลักการวินิจฉัยโรคใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV.....	24

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ.....	25
การศึกษาในประเทศไทย.....	25
การศึกษาในต่างประเทศ.....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
รูปแบบการวิจัย.....	33
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
ข้อมูลส่วนบุคคล.....	39
ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสังคม.....	42
ข้อมูลด้านเหตุการณ์สะเทือนขวัญ.....	69
ข้อมูลจากแบบประเมินวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จากการสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง (Diagnostic interview).....	76
การวิเคราะห์ข้อมูลกับปัจจัยต่างๆ.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	96
สรุปผลการวิจัย.....	96
อภิปรายผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	101
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก.....	109
ภาคผนวก ก. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	110
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	113
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	139

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สถิติการจับกุมคดีเกี่ยวกับยาเสพติดทั่วประเทศประจำปี พ.ศ.2544 - 2548 แสดงจำนวนคดี และผู้ต้องหา.....	1
ตารางที่ 2	จำนวนและอัตราร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดจำแนกตามยาเสพติดที่เสพ...	2
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	39
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วย...	42
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของลักษณะวิธีการใช้ยาเสพติดและสภาพการใช้ยาเสพติด ประเภทแอมเฟตามีน.....	45
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของการใช้ยาเสพติดและชนิดของยาเสพติดชนิดอื่นๆที่ใช้ ร่วมกับการเสพยาของผู้ป่วย.....	47
ตารางที่ 7	ค่าเฉลี่ยอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก, ใช้เป็นประจำและใช้มากที่สุดในชีวิต, ความถี่ และปริมาณการเสพยาเสพติดของผู้ป่วยและจำนวนเงินที่ต้องจ่าย ในการซื้อหายาเสพติด.....	48
ตารางที่ 8	ค่าเฉลี่ยความถี่และปริมาณในการเสพยาเสพติดของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา ประมาณ 6 เดือนก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา.....	49
ตารางที่ 9	ค่าเฉลี่ยของอายุ, รายได้ของบิดามารดา.....	50
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับลักษณะอาชีพของบิดามารดาของผู้ป่วยและรายได้ ครอบครัว.....	51
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของบิดาและมารดาของผู้ป่วย...	52
ตารางที่ 12	จำนวนร้อยละของลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย.....	53
ตารางที่ 13	จำนวนของพี่น้องในครอบครัวของผู้ป่วย (n = 120).....	54
ตารางที่ 14	จำนวนและร้อยละของประวัติการเสพยาเสพติดของบิดามารดาและพี่น้องของ ผู้ป่วย.....	55
ตารางที่ 15	จำนวนและร้อยละของชนิดยาเสพติดที่บิดามารดาของผู้ป่วยเคยเสพ.....	56
ตารางที่ 16	จำนวนและร้อยละของประวัติโรคจิต-ประสาทในกลุ่มญาติพี่น้อง.....	57
ตารางที่ 17	จำนวนครั้งของประวัติการแต่งงานของผู้ป่วย.....	58
ตารางที่ 18	จำนวนและร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ และประวัติของกลุ่มสมรส.....	59
ตารางที่ 19	จำนวนและร้อยละของประวัติสำหรับผู้มีสถานภาพโสด.....	61
ตารางที่ 20	จำนวนและร้อยละของประวัติการศึกษาของผู้ป่วย.....	62
ตารางที่ 21	จำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่างๆของผู้ป่วย.....	63

ตารางที่ 22	จำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มเพื่อน.....	64
ตารางที่ 23	จำนวนและร้อยละลักษณะของชุมชน.....	66
ตารางที่ 24	จำนวนและร้อยละของวิธีการได้มาซึ่งยาเสพติด.....	67
ตารางที่ 25	จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์สะเทือนขวัญทางด้านภัยพิบัติและเหตุการณ์สะเทือนขวัญทั่วไปในชีวิตที่ผู้ป่วยเคยประสบในช่วงชีวิตที่ผ่านมา.....	69
ตารางที่ 26	จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิตด้านอาชญากรรมที่ผู้ป่วยเคยประสบในช่วงชีวิตที่ผ่านมา.....	70
70 ตารางที่ 27	จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิตด้านร่างกายและด้านเพศที่ผู้ป่วยเคยประสบในช่วงชีวิตที่ผ่านมา.....	71
ตารางที่ 28	จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับเพศ ที่เคยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญในด้านต่างๆ.....	72
ตารางที่ 29	จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับเพศ ที่เคยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญในด้านต่างๆ.....	74
ตารางที่ 30	จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากการใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญตามเกณฑ์ของ DSM-IV.....	76
ตารางที่ 31	ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน.....	78
ตารางที่ 32	ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆ.....	81
ตารางที่ 33	ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับการถูกระทำและทารุณกรรมทางเพศ (sextrauma).....	86
ตารางที่ 34	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์สะเทือนขวัญและปัจจัยต่างๆโดยใช้สถิติ Pearson Correlation (n = 120).....	88
ตารางที่ 35	ค่า t- test ของความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่ประสบกับปัจจัยต่างๆ.....	89
ตารางที่ 36	ค่า t- test ของความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งของการถูกระทำและถูกทารุณกรรมทางเพศ (sextrauma) กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD).....	93

ตารางที่ 37 ค่า t- test ของความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์สะเทือน
 ขวัญ (Total traumatic experience) กับ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
 (PTSD)..... 94

ตารางที่ 38 ค่า t- test ของความสัมพันธ์ระหว่างอายุครั้งแรกที่ประสบเหตุการณ์สะเทือน
 ขวัญ (Traumatic events) กับ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (
 PTSD)..... 95



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ภาพที่ 2	แผนภูมิรูปภาพวงกลมแสดงจำนวนความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ.....	77



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Ratuonale)

ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งของประเทศนอกจากจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญแล้ว ยังคงเป็นปัญหาด้านอื่นๆอีก ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และอีกหลายประการ จากสถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบัน เป็นที่ทราบกันเป็นอย่างดีว่า มีความรุนแรงมากขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะนับตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2539 เป็นต้นมาที่ทวีความรุนแรงขึ้นทุกขณะ จากข้อมูลข่าวสารที่ปรากฏตามสื่อมวลชน จะเห็นการระบาดของยาเสพติด คดีสะเทือนขวัญที่เกี่ยวข้อง และข่าวการจับกุมยาเสพติด มีปรากฏให้เห็นเป็นประจำ ปัญหาสารเสพติดและผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นนั้น มีความเกี่ยวพันกันและยากที่จะแยกออกจากกันอย่างชัดเจน ดังนั้นปัญหาสารเสพติดจึงเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและแก้ไขได้ยาก รัฐบาลทุกสมัย มีนโยบายแก้ปัญหาสารเสพติดมาตลอด แต่ปัญหาก็ไม่ลดน้อยลง จนกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง จำนวนผู้ติดสารเสพติดเพิ่มขึ้นทุกปี แนวโน้มการแพร่ระบาดของสารเสพติดเพิ่มมากขึ้น และได้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะเห็นได้จากสถิติการจับกุมคดีเกี่ยวกับยาเสพติดทั่วประเทศ รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น (1)

ตารางที่ 1 แสดงสถิติการจับกุมคดีเกี่ยวกับยาเสพติดทั่วประเทศประจำปี พ.ศ.2544 - 2548
แสดงจำนวนคดี และผู้ต้องหา (2)

ปี พ.ศ.	จำนวนคดี	จำนวนผู้ต้องหา
2544	207,447	220,525
2545	208,817	220,106
2546	102,334	108,315
2547	55,157	60,393
2548	18,143	20,102

ที่มาของข้อมูล : ฝ่ายระบบข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

จากสถานการณ์และความรุนแรงของยาเสพติดนั้น จากสถิติผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดที่มารับการรักษาที่สถาบันราชกุมารเวช และศูนย์บำบัดรักษาเสพติดในส่วนภูมิภาค พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นมากเรื่อยๆตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 เป็นต้นมา (3) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาบ้าของกรมสุขภาพจิตปี2545 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นมากเช่นกัน จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า มีปริมาณผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากที่มีอาการทางกาย และสภาพปัญหาทางจิตใจ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดต่างๆ ซึ่งมีการกระจายอยู่ทั่วประเทศ นับว่าเป็นภาระหนัก ที่จะต้องดูแล และให้การพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้

จากข้อมูลสถิติของสถาบันราชกุมารเวช พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษา มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และจำนวนผู้ป่วยก็มีมากกว่าผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ (4)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและอัตราร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด จำแนกตามยาเสพติดที่เสพ

ปีงบประมาณ ยาเสพติดที่เสพ	2544	%	2545	%	2546	%	2547	%	2548	%
เฮโรอีน	1,582	11.63	1,296	12.33	805	14.11	201	4.52	97	1.32
ฝิ่น	85	0.62	64	0.61	77	1.35	13	0.29	12	0.16
กัญชา	83	0.61	105	1.00	110	1.93	175	3.94	192	2.62
กระท่อม	40	0.29	48	0.46	43	0.75	63	1.42	62	0.85
ยากล่อม ประสาท	8	0.06	5	0.05	7	0.12	6	0.13	4	0.05
ยาบ้า	10,617	78.04	7,713	73.36	3,144	55.11	1,949	43.84	3,084	42.04
ยานอนหลับ	4	0.03	0	0.00	6	0.11	3	0.07	25	0.34
สุรา	774	5.69	932	8.86	1,055	18.49	1,693	38.08	1,689	23.03
สารระเหย	213	1.57	213	2.03	326	5.71	210	4.72	186	2.54
บุหรี่	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1,795	24.47
อื่นๆ	155	1.14	89	0.85	112	1.96	117	2.63	114	1.55
ไม่ระบุ	44	0.32	49	0.47	20	0.35	16	0.36	75	1.02
รวม	13,605	100	10,154	100	5,705	100	4,446	100	7,335	100

เหตุผลสำคัญอย่างหนึ่งที่จำนวนผู้ติดสารเสพติดมิได้ลดลง กลับทวีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเนื่องจาก การที่ผู้ป่วยเก่ามิได้ลดลงในขณะที่ผู้ป่วยใหม่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากรายงานสถิติของสถาบันราชภัฏศรีภูมิ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 13.77 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2548 (4) ผู้ติดสารเสพติดเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่ หรือการให้การบำบัดรักษา เพื่อให้กลับคืนสู่สังคม และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ดังนั้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาจึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง การบำบัดรักษาไม่ได้เป็นเพียงการลดจำนวนผู้ติดสารเสพติดลงเท่านั้น แต่ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาเสพติดอีกด้วย ปัจจัยที่ทำให้ผู้เสพติดไม่สามารถเลิกสารเสพติดได้คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ทางจิตใจ และทางสังคม

ปัจจัยทางชีวภาพ เกิดจากพิษของสารเสพติด อาการจากการขาดยา ประวัติครอบครัว ความรุนแรงของการติดสารเสพติด การสูญเสียระบบประสาทและชีวเคมีในสมอง ผู้ติดสารเสพติดไม่สามารถทนความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายได้ ก็ต้องกลับไปเสพติดซ้ำ

ปัจจัยทางจิตใจ เกิดจากความไม่เข้มแข็งในจิตใจ ความผิดปกติทางจิต และปัญหาทางจิตของผู้ติดสารเสพติดเอง McLellan และคณะ (5) พบว่าผลการรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรง ไม่ได้ทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก Svanum และ McAdoo (6) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความล้มเหลวในการรักษาอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยติดสารเสพติด โดยผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้สูง จะมีความล้มเหลวในการรักษาสูงขึ้นด้วย

ปัจจัยทางสังคม ผู้ติดสารเสพติดส่วนมากเมื่อได้รับการบำบัดแล้ว มักกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ทำให้ได้รับสิ่งเร้าเดิม จนเกิดอาการอยากได้ หรือการเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิต โดยเฉพาะด้านลบ เช่น การย้ายบ้าน การเปลี่ยนงาน การหย่าร้าง ปัญหาเรื่องการเงิน ก็ทำให้เพิ่มโอกาสในการเสพติดซ้ำได้ จากปัจจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางจิตใจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการเลิกสารเสพติด Ross, Glass และ Germanson (7) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตใจในผู้ติดสารเสพติด พบว่า ร้อยละ 78 ของผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดชนิดอื่นๆ และผู้ป่วยร้อยละ 65 ได้รับการวินิจฉัยว่า มีความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆด้วยในปัจจุบัน ความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดร่วมกับการติดสารเสพติดมากที่สุดคือ ความผิดปกติเกี่ยวกับอารมณ์ (Affective Disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) และบุคลิกภาพแบบอันธพาล (Antisocial Personality Disorder)

ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ คือผู้ที่ป่วยทางอารมณ์หรือจิตใจ ซึ่งอาจมีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า คิดมาก เครียด และนอนไม่หลับ เมื่อไม่สามารถแก้ความคับข้องใจ หรือความไม่สบายใจของตนเองได้ ก็หันไปพึ่งสารเสพติด เพื่อระงับอาการที่ตนมีอยู่ เมื่อใช้บ่อยๆเข้าก็ทำให้ติดสารเสพติดได้ บางรายมีการใช้สารเสพติดโดยหลงผิด หรือด้วยการรับรู้ที่ผิดปกติจากอาการของโรค (8)

ดังเช่นผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจบางคน อาจใช้แอมเฟตามีนเพื่อกลบเกลื่อนอาการซึมเศร้า หรือวิตกกังวลของตน เมื่อคิดจะหยุดใช้ ก็ไม่สามารถหาทางออกด้วยวิธีอื่นได้ ทำให้ต้องใช้ยาอย่างเรื้อรังจนเป็นการเสพติดไป (9)

จากการศึกษาความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือความผิดปกติ ความเครียดหลังการบาดเจ็บ (Post traumatic stress disorder , PTSD) ที่เกิดกับการเสพติดในอเมริกา สูงมาก ในการศึกษาของสหรัฐอเมริกา โครงการ NCS (National Comorbidity Survey) พบชายประมาณร้อยละ 30-50 และหญิง ร้อยละ 25-30 ที่มี PTSD จะเกิดการเสพติด ในผู้เสพติดที่มาขอรับ การบำบัด ความชุกของ PTSD อยู่ระหว่างร้อยละ 36 และ 50 และความชุกปัจจุบันอยู่ระหว่าง 25 และ 42 จากการศึกษาพบว่า การบำบัดอาการ PTSD ที่ดี จะทำให้การเสพยาและสารเสพติดลดลง ในผู้ป่วยบางราย การบรรเทาอาการ PTSD จะเพิ่มโอกาสฟื้นฟูจากการเสพติดได้ (10)

เมื่อทบทวนวรรณกรรมเรื่อง PTSD ในประเทศไทยทั้งหมด จะเห็นว่า เป็นโรคที่ยังขาด ข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับ PTSD โดยตรงอีกเป็นจำนวนมาก การศึกษาทั้งหมดล้วนแต่เป็นการศึกษา เมื่อเกิดภัยพิบัติจากธรรมชาติ หรือหายนะภัยอย่างรุนแรง ที่มีผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมาก ทั้งสิ้น ทั้งๆที่ PTSD เองนั้นเกิดได้กับปัจเจกบุคคลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น เช่นถูก ข่มขืน อุบัติเหตุรถคว่ำ อยู่ในเหตุการณ์ร้ายต่างๆ ฯลฯ จะได้ตระหนัก ไว้ตั้งแต่ต้นว่า ผู้ป่วยรายนั้น เสี่ยงที่จะเกิด PTSD ในอนาคตหรือไม่ การได้ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเสียแต่เนิ่นๆ จะช่วยป้องกัน หรือให้การจัดการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยเห็นว่าเรื่อง PTSD ยังไม่มีการศึกษาใดในประเทศไทย (11) แม้กระทั่งฐานข้อมูลทาง คลินิกของโรค PTSD ในประเทศไทย ก็ยังไม่มี จนไม่ทราบว่าการ PTSD ในคนไทยเหมือนหรือ ต่างกับประเทศอื่นอย่างไรหรือไม่ เช่นอาการ Flashback, dissociation จะพบได้มากน้อยเพียงใด แม้กระทั่งการศึกษาทางระบาดวิทยาในชุมชนของไทย ก็ยังไม่มีข้อมูลโรค PTSD (12) เมื่อมีข้อมูล ของโรค PTSD ในคนไทยได้ครอบคลุมแล้ว คงช่วยให้การวางแผนป้องกัน และรักษาโรคนี้น่าดำเนินไป ได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของปัญหาทางจิต ในกลุ่มของโรคเครียดภายหลัง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic stress disorder , PTSD) ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตปัญหาหนึ่งที่ น่าสนใจในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีอัตราป่วยที่สูงขึ้นมาก เพื่อให้เกิด ความเข้าใจถึงพฤติกรรม อาการต่างๆ และปัจจัยของโรค เพื่อนำไปสู่แนวทางการบำบัดที่ดียิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันปัญหาเสพติดอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

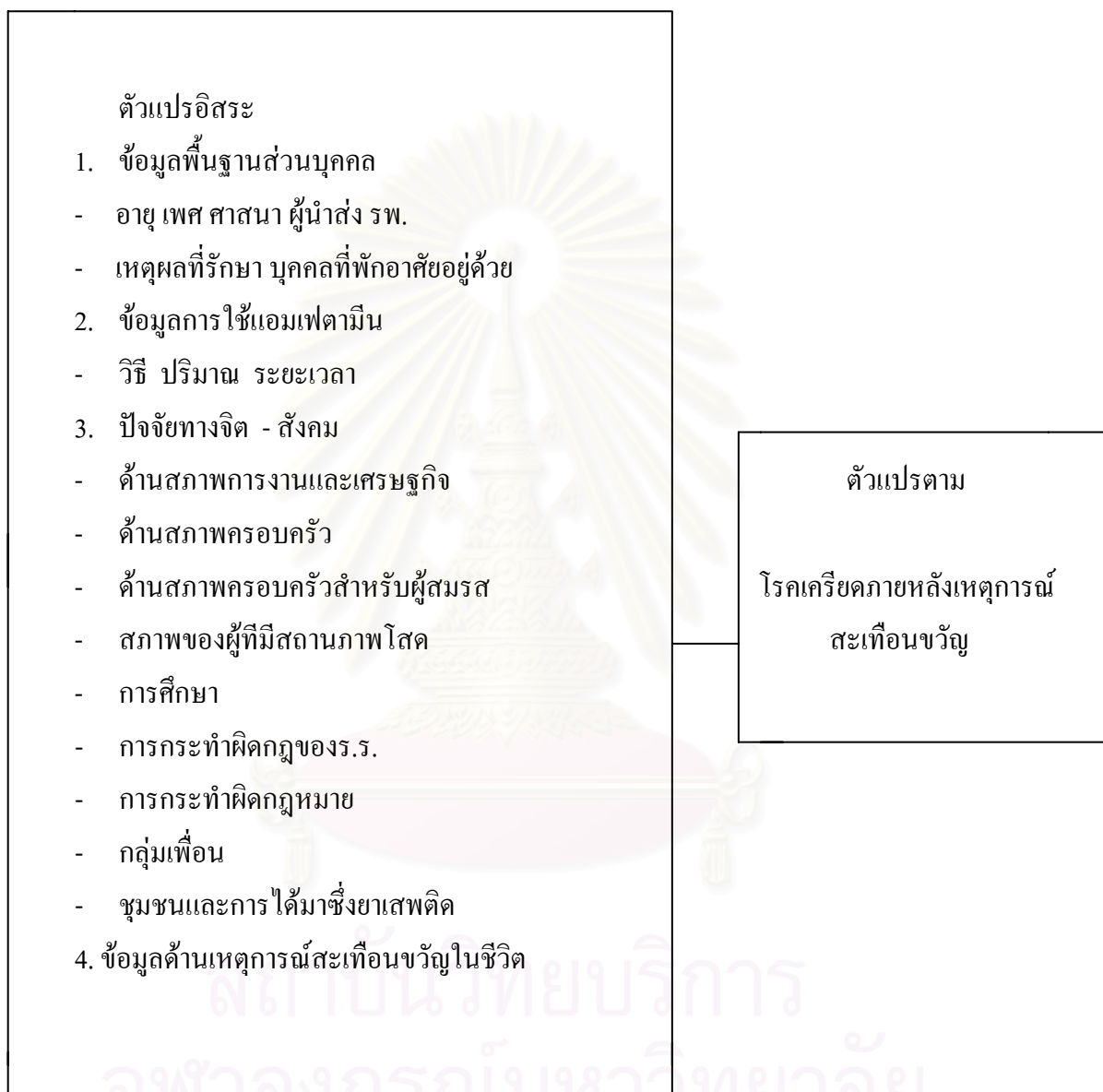
วัตถุประสงค์หลัก เพื่อหาความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันราชัญรักษ์

วัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน

คำถามการวิจัย (Research question)

1. ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันราชัญรักษ์ เป็นเท่าใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน
3. ผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน ที่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) จะมีปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด เหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต ประวัติครอบครัว และลักษณะทางด้านประชากร มีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน แต่ไม่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันราชกุมารเวช โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure interview) โดยมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรอิสระ (Independence Variable) คือ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา รูปแบบการใช้ยาเสพติด ปัจจัยทางจิตสังคม และเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต

ตัวแปรตาม (Dependence Variable) โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

1. เป็นการศึกษาช่วงระยะเวลาสั้นๆ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) ไม่สามารถบอกได้ว่า มีผลต่อการรักษาหรือไม่ และเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว ไม่มีการสำรวจระยะยาวที่จะแสดงพลวัตรของปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของปัญหา ในช่วงต่างๆของวงจรชีวิตการเสพติด
2. ผู้ป่วยอาจมีอาการลืมเรื่องราวในอดีต ขณะตอบแบบสอบถามได้ (Recall bias)
3. เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ติดแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันราชกุมารเวช เท่านั้น ซึ่งอัตราความชุกของ PTSD ในผู้ป่วย อาจแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจากสถานบำบัดรักษาอื่นได้
4. เนื่องจากการศึกษาวิจัยทำในระยะเวลาที่จำกัด และทำการศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่เดียวเท่านั้น จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนคนทั้งประเทศได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

แอมเฟตามีน: หรือ ยาบ้า จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์จิตประสาทประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่พบอาจอยู่ในรูปเดี่ยวหรือยาผสม ซึ่งยาเดี่ยวอาจเป็นยาเม็ดที่เป็นสารออกฤทธิ์เพียงชนิดเดียวเช่น แอมเฟตามีน หรือเมทแอมเฟตามีนผสมคาเฟอีน หรือ อีพิดริม เป็นต้น เม็ดยามีลักษณะของอักษรบนเม็ดยา และมีสีแตกต่างกัน ส่วนมากเป็นสีส้ม เม็ดกลมแบน ซึ่งยาประเภทนี้มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางโดยตรง เมื่อเสพแล้วมีผลทำให้ผู้เสพรู้สึกสบาย ตื่นเต้น และเชื่อมั่นในตนเองชั่วระยะหนึ่ง

ผู้ป่วยที่ติดแอมเฟตามีน หมายถึง ผู้ป่วยที่ใช้แอมเฟตามีน ในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมาน อย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา โดยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยการติดสารเสพติด (Substance dependence) ของ ICD 10

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic stress disorder, PTSD) หมายถึง ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นภายหลังจากเผชิญความเครียด ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงมาก เช่น สงคราม ภัยธรรมชาติ วินาศภัย ภาวะจราจล ถูกจับเป็นตัวประกันหรือถูกจับไปเรียกค่าไถ่ ถูกประทุษร้ายทางร่างกาย เป็นต้น ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยประกอบไปด้วย มีความกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหมดหนทาง หรือความหวาดผวา มีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนี้อยู่ตลอดเวลา มีการฝันถึง พยายามหลีกเลี่ยงที่จะคิดถึง หลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้อง มีอาการนานกว่า 1 เดือน อาการรบกวนบทบาทหน้าที่ประจำวัน

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยในสถาบันจิตเวช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. ทำให้ทราบ และตระหนักถึงภาวะ ของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ว่ามีจำนวนมากน้อยเท่าไรในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน ก่อให้เกิดการตื่นตัวในการมองเห็น ความสำคัญของปัญหา (PTSD) ที่พบ ที่อาจเพิ่มมากขึ้นได้ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขต่อไป
2. ทำให้ทราบลักษณะข้อมูลทางด้านประชากร สภาพสังคมทั่วไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน ที่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ(PTSD) และผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่ไม่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (None PTSD)ร่วมด้วย
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ผู้รักษาได้ใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัย และรักษาผู้ติดยาเสพติด ได้ตรงกับสภาพปัญหามากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพแอมเฟตามีน
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรที่มสุขภาพ ในการประยุกต์เป็นแนวทางป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน ได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
5. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่ต้องการศึกษา และค้นคว้าวิจัย ในกรณีที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 2

บททบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literature)

การทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมในการศึกษาครั้งนี้ได้เสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความหมายของยาเสพติด
2. การติดสารเสพติด และเกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดสารเสพติด
3. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษชนิดยาบ้าหรือแอมเฟตามีน
4. ปัญหาทางจิตกับการติดสารเสพติด
5. ความหมาย และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
6. งานวิจัยเกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ความหมายของยาเสพติด

ยาเสพติดให้โทษ (Narcotics) มีรากศัพท์มาจากคำว่า “narcoses” แปลว่าภาวะง่วงซึม

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ยาเสพติดให้โทษหมายความว่า สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่า โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยาที่มีความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา สุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง รวมตลอดถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่ได้หมายถึงยาสามัญประจำบ้าน บางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดผสมอยู่ด้วย (11)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ให้คำนิยามของยาเสพติดไว้ว่า หมายถึง ยาหรือสารที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพ ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้เสพและยังก่อความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย นอกจากนี้ยาเสพติดให้โทษยังมีคุณสมบัติพิเศษอีก 3 ประการ คือ (8)

1. ก่อให้เกิดความต้องการอย่างแรงกล้าทั้งร่างกายและจิตใจที่จะหายามาเสพให้ได้ต่อเนื่องกันเป็นระยะๆ และจะต้องเสาะแสวงหายามาเสพให้ได้ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดๆ
2. ผู้เสพจะต้องทนในสภาพอยู่ได้บังคับให้ต้องเสพ ถือเป็นทาสของยาเสพติดนั้นตลอดไปหยุดไม่ได้
3. ผู้เสพต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อยๆจนเป็นอันตรายแก่ร่างกายและจิตใจ

การติดสารเสพติด และเกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดสารเสพติด

ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534

การติดยาเสพติด (Drug Addiction) หมายความว่า เสพยาเสพติดเป็นประจำติดต่อกัน และตกอยู่ในสภาพจำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นว่านั้น ได้ตามหลักวิชาการ (11)

การติดสารเสพติด (Substance Dependence) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดเป็นเวลานาน ติดต่อกันจนก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ลักษณะที่สำคัญของการติดสารเสพติด 2 ประการ (12)

ก. การติดทางร่างกาย (Physiological dependence) ซึ่งแสดงออกได้ 2 ลักษณะ คือ

- มีอาการคือยา (tolerance) คือ ต้องใช้สารเสพติดในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลเท่าเดิม หรือสารเสพติดมีผลต่อผู้เสพน้อยลงอย่างชัดเจนแม้จะเสพในปริมาณเท่าเดิม

- มีอาการถอนยา (withdrawal) คือ มีอาการซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของสารเสพติดชนิดนั้น เกิดขึ้นภายหลังหยุดเสพหรือลดปริมาณการเสพสารเสพติดลง อาการที่พบมีทั้งอาการทางร่างกายและอาการทางด้านจิตใจ เช่น ผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีน เมื่อหยุดเสพเฮโรอีนจะมีอาการเหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ปวดท้องรุนแรง ถ่ายเป็นเลือด ชีพจรเต้นเร็ว เหนื่อยหอบ ไอ จาม หงุดหงิด ทูรนทูราย อาการที่เกิดขึ้นจะหายไปเมื่อเสพเฮโรอีน หรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายเฮโรอีน

เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะการติดสารเสพติดตาม ICD -10 (13)

การวินิจฉัยการติดสารเสพติดต้องพบอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการ

1. มีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะเสพสาร หรือเสพสารนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก
2. การควบคุมพฤติกรรมเสพทำได้ยากลำบากไม่ว่าจะเป็นการเริ่มเสพ การหยุดเสพหรือปริมาณสารที่เสพ
3. มีอาการขาดยา
4. มีอาการคือยา
5. ข้อนี้สามารถแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ
 - 1) ใช้เวลามากในการกระทำเพื่อให้ได้สารนั้นมาใช้ในการเสพหรือในการฟื้นจากฤทธิ์ของ สาร
 - 2) ละเลยจากสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเพลิดเพลินใจ
6. ยังคงมีการใช้สารนั้นอยู่แม้ว่าเกิดปัญหาร้ายแรงต่างๆตามมา

เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะการติดสารเสพติดตาม DSM-IV (14)

คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับมาตรฐานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ได้แบ่งลักษณะกลุ่มอาการที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด (Substance Use Disorder) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้คือ

1. การใช้ยาหรือสารต่างๆ ในแนวทางที่ไม่เหมาะสม (Substance Abuse) มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้คือ
 - 1.1 มีรูปแบบการใช้สารต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ซึ่งแสดงออก 1 อาการ หรือ (มากกว่า) ในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
 - ก. มีการใช้สารเป็นประจำจนทำให้ไม่สามารถทำงานสำคัญที่จำเป็นเช่น การศึกษาหรืองานบ้านได้ หรือผลจากการทำงานไม่ดีเนื่องจากการใช้สารอันได้แก่ ขาดงานจากการใช้สารถูกพักหรือให้ออกจากการศึกษา ละเลยการดูแลบุตรหรืองานบ้าน
 - ข. มีการใช้สารเป็นประจำในสถานการณ์ที่อาจจะเป็นอันตรายแก่ร่างกาย เช่น ขับรถยนต์หรือใช้เครื่องจักรขณะอยู่ในสภาพไม่พร้อมจากการใช้สาร
 - ค. มีปัญหาทางกฎหมายอันเกิดจากสารนั้นอยู่เป็นประจำเช่นถูกจับกุมเนื่องจากที่พฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สาร
 - ง. คงมีการใช้สาร แม้ก่อให้เกิด หรือกระตุ้นปัญหาสังคม หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขึ้นอยู่ตลอดหรือบ่อยๆ เช่นทะเลาะกับคู่สมรสเรื่องผลการใช้สารอย่างมาก หรือมีการทำร้ายร่างกายกัน
 - 1.2 อาการไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของการติดยาเสพติด (Substance Dependence)ในการใช้สารชนิดนี้
2. การติดยาเสพติด (Substance Dependence) จะมีรูปแบบของการใช้สารต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ หรือมากกว่าในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยมีอาการดังต่อไปนี้คือ
 - (1) มีการติดยาซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - ก. มีความต้องการใช้สารเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อก่อให้เกิด Intoxication(อาการพิษจากยา) หรือผลอื่นที่ต้องการ
 - ข. ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมาก หากคงการใช้สารนั้นในขนาดเท่าเดิม

- (2) มีอาการขาดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
- ก. มีอาการจำเพาะจากการหยุดสารนั้นซึ่งสารแต่ละชนิดจะก่อให้เกิดอาการขาดยา (Withdrawal) หรือผลอื่นที่ต้องการ
 - ข. การใช้สารนั้นหรือสารใกล้เคียงสามารถลดหรือจำกัดอาการขาดยาได้
- (3) มีการใช้สารนั้นในปริมาณมาก หรือเป็นระยะเวลาานกว่าที่ตั้งใจ
- (4) มีความต้องการสารอยู่ตลอด ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้สารได้
- (5) ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สารนั้นมา เช่นการตระเวนไปพบแพทย์หลายคน หรือเดินทางไกลๆ รวมทั้งใช้เวลาอย่างมากในการเสพสารเหล่านั้น หรือในการฟื้นจากฤทธิ์ของยา
- (6) ต้องลด หรืองดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจอันเนื่องจากการใช้สาร
- (7) ยังคงมีการใช้สารแม้ทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกาย หรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ยังคงใช้ Cocaine แม้ทราบว่า Cocaine ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือ ยังคงดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราทำให้แผลในกระเพาะอาหารเลวลง

ชนิดของยาบ้าหรือแอมเฟตามีน

คำว่า “แอมเฟตามีน “ ที่ใช้กันทั่วไป หมายถึง ยา 3 ชนิด คือ (15)

1. แอมเฟตามีน (Amphetamine) หรือ เบนซีดรีน (Benzedrine) หรือ แอล-แอมเฟตามีน (L-Amphetamine)
2. เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) หรือที่เรียกกันทั่วไปในอเมริกาว่า Meth, Seep, Crystal, และ Ice
3. เด็กซ์โตรแอมเฟตามีน (Dextroamphetamine) หรือเด็กซีดรีน (Dexedrine) หรือ ดี-แอมเฟตามีน (D-Amphetamine)

กองควบคุมวัตถุเสพติดสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้รายงานด้วยยาสำคัญที่ตรวจพบในแอมเฟตามีนดังนี้ (16)

Amphetamine

Methamphetamine

Ephredrine

1. Caffeine
2. Pemoline
3. Dextroamphetamine

4. Fenethyline

5. Theopheline

6. Penproporex

นอกจากนี้อาจจะได้รับสารอื่นปลอมปน เช่น Chlorpheniramine , Phenylpropanolamine , Acetaminophen และ Aspirin เป็นต้น ดังนั้นผู้เสพแอมเฟตามีนจึงมีโอกาที่จะได้รับสารชนิดต่างๆ ในสัดส่วนที่แตกต่างกัน (17)

จากการวิเคราะห์ส่วนประกอบทางเคมีของแอมเฟตามีนในตลาดมืดของประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นยาบ้าแท้ประเภท Methamphetamine ยาบ้าปลอมคือ Ephedrine และ Caffeine กลุ่มยาบ้าแท้สามารถจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

- ยาเดี่ยวที่มีเฉพาะ Methamphetamine , Amphetamine , Ephedrine , Fenproporex และ Caffeine
- รูปสูตรผสม ในเม็ดยามีสารออกฤทธิ์ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ส่วนใหญ่ที่พบในประเทศไทยมีส่วนผสมระหว่าง Methamphetamine และ Caffeine มากที่สุด ร้อยละ 73 รองลงมาเป็นส่วนผสมระหว่าง Caffeine , Ephedrine และ Methamphetamine พบร้อยละ 13.4 ส่วนผสมระหว่าง Ephedrine และ Caffeine พบร้อยละ 3.9 (18)

ลักษณะคุณสมบัติและวิธีการใช้ยาบ้า หรือแอมเฟตามีน

ลักษณะทั่วไป (19,20,21)

แอมเฟตามีนมีลักษณะเป็นผลึกผงสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขมเล็กน้อย ถ้าอยู่ในรูปของเกลือ จะละลายน้ำได้อย่างสมบูรณ์ แต่ละลายได้ไม่ดีในอีเทอร์ ถ้าอยู่ในรูปของเบสจะละลายได้ดีในอีเทอร์ และไม่ละลายในน้ำ

รูปร่าง เม็ดยากกลม และ แบน อาจนูนตรงกลางด้วยก็ได้

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

น้ำหนักเฉลี่ย 60-120 มิลลิกรัม

สีของเม็ดยา

- สีส้ม ผู้เสพนิยมเพราะให้ความแรง และออกฤทธิ์มากกว่า
- สีกะปิ กลิ่นหอม ละลายช้า
- สีแดงหรือสีชมพู ละลายเร็วมีกลิ่นต่างๆ เช่น กลิ่นมะม่วง

- สีเขียว เป็นยาแก้แพ้ เชื่อว่ามีคุณสมบัติดีกว่าสีอื่นๆ
- สีชอล์ก หอมน้อยกว่าสีอะครีลิก ละลายช้า
- สีม่วง ละลายช้ากว่าสีชอล์ก

บางครั้งสีอาจมีจุดประเล็ก ๆ เช่น ขาว น้ำตาล และดำในเม็ดยาคั่ว เป็นต้น

ลักษณะบนเม็ดยา

1. ประทับตราสัญลักษณ์ 99 ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นตัวอักษร M เรียกว่า “ ล้อแม็ก ” เม็ดจะเล็ก และหนา
 2. ประทับตราสัญลักษณ์ 99 ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นเส้นแบ่งครึ่ง หรือเป็นอักษร P
 3. ประทับตราสัญลักษณ์ M ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นเส้นแบ่งครึ่ง (เส้นผ่านศูนย์กลาง)
 4. ประทับตราอักษร WY ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นเส้นแบ่งครึ่ง (เส้นผ่านศูนย์กลาง) มีคูนตรงกลาง
 5. ประทับตราอักษร WY ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นเส้นแบ่งครึ่ง (เส้นผ่านศูนย์กลาง)
- ลักษณะการบรรจุตัวยา การแบ่งการบรรจุตัวยามักแตกต่างกัน เช่น
- ห่อแต่ละเม็ดด้วยกระดาษตะกั่ว กระดาษหนังสือพิมพ์ พลาสติก หรือซองบุหรี
 - บรรจุในหลอดคาแพ ปิดหัวท้ายด้วยความร้อน บรรจุ 1 เม็ดหรือมากกว่า เช่น ประมาณ 1-3 เม็ด
 - ใส่ในฝา หรือละลายในในเครื่องคั้มชูกำลังชนิดต่างๆ
 - ซุกซ่อนอยู่ในเนื้อทอฟฟี่ หรือลูกกวาด
 - บรรจุในถุง ของพลาสติกสีเหลือง ภาษานักค้าเรียกว่า “ม้าตัวเมีย” บรรจุในถุงพลาสติกสีแดง เรียกกันในหมู่นักค้าว่า “ม้าตัวผู้” ที่ซองอาจมีพิมพ์รูปลักษณะต่างๆ เช่น เปาบู๊นจิ้น สำหรับใช้กับไก่ ซุปเปอร์แมน ปลาฉลาม ตราควาง Methedrine Mariboro ฯลฯ
 - ถ้าเป็นการขายส่งมักจะบรรจุถุงละ 200 เม็ด (เรียก 1 คอก)

วิธีการเสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน วิธีการเสพมี 4 วิธี คือ (22,23)

1. รับประทานเป็นเม็ด หรือละลายในเครื่องคั้มชูกำลังประเภทเครื่องคั้มชูกำลัง ยาจะดูดซึมได้ดีและฤทธิ์ของยาอยู่ได้ 2-24 ชั่วโมง
2. สูบโดยใช้หลอดลูกกับบุหรี เรียกว่า “ จับหมู ”
3. ฉีดเข้าเส้นโดยผสมกับน้ำ และยาเสพติดตัวอื่นๆ เช่น เฮโรอีน หรือยากล่อมประสาท

4. สูบคควันระเหย คล้ายคลึงกับวิธีสูบบุหรี โดยการบดแล้วลนไฟ กระทำได้ 2 ลักษณะคือ
- 4.1 สูบลี้อผ่านน้ำ เพื่อลดการระคายเคือง
 - 4.2 ใส่กระดาษฟรอยด์ เรียกว่า “เรื่อ” แล้วลนไฟ ใช้หลอดกาแฟดูดควันที่ระเหยออกมา เรียกว่า “จับมังกร” นิยมในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา และเยาวชนนอกสถานศึกษา
- วิธีที่ 4 เป็นวิธีที่มีการดูดซึมได้เร็ว แอมเฟตามีนสามารถออกฤทธิ์ได้ภายใน 1-3 นาที ภายหลังเสพ และเป็นวิธีที่ผู้เสพแอมเฟตามีนนำมาใช้มากที่สุดในปัจจุบัน

วิธีการสูบบ้าหรือแอมเฟตามีน สามารถจำแนกตามขั้นตอนดังนี้ (24)

- 1) การแบ่งเม็ดแอมเฟตามีน การเสพแอมเฟตามีนแต่ละครั้งจะแบ่งเม็ดยาออกเป็น 4 ส่วน หรือ 4 ขา โดยใช้ไฟแช็กกดตรงเม็ดยา และอีกวิธีหนึ่งใช้เล็บหัวแม่มือกดลงบนเม็ดยา ซึ่งในกลุ่มผู้เสพจะรู้กันว่า ถ้าแอมเฟตามีนที่ดีกดแล้วจะแตกออกเป็น 4 ส่วน ไม่แตกละเอียดหรือแตกมากกว่า 4 ส่วน
 - 2) ใช้กระดาษตะกั่ว หรือกระดาษฟรอยด์ (ในซองบุหรี) พับเป็นรูปช้อน แล้วใช้กระดาษม้วนเป็นหลอด เพื่อเตรียมไว้สูบ/สูดควันจากการเผา
 - 3) เช่นเดียวกับวิธีที่ 2 แต่จะเพิ่มขวน้ำใส่น้ำ และท่อเหล็กขนาดเล็กรูปตัวยูคว่า เพื่อประกอบกับการสูบ/สูดผ่านน้ำ
 - 4) สูบ/สูดครั้งละขา โดยการลนไฟใส่กระดาษตะกั่วที่พับเป็นรูปช้อน เผาเม็ดยาแอมเฟตามีนจนเป็นควัน แล้วใช้หลอดกระดาษที่เตรียมไว้สูบ/สูดควันให้หมด ทั้งนี้จะใช้การสูบ/สูดธรรมดาหรือสูบ/สูดผ่านน้ำก็ได้ ระยะเวลาของการเสพ การเสพแอมเฟตามีนด้วยวิธีการสูบ/สูด โดยเผาเม็ดแอมเฟตามีนในกระดาษฟรอยด์ตะกั่วสามารถ ประมาณระยะเวลาโดยสรุปได้ดังนี้
5. 1/4 ของเม็ดจะใช้เวลาเผาผ่านฟรอยด์ตะกั่วประมาณ 25-30 วินาที
 6. 1/2 ของเม็ดจะใช้เวลาเผาผ่านฟรอยด์ตะกั่วประมาณ 30-40 วินาที

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา (13,22,25,26,31)

เภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetic)

Amphetamine หรือยาบ้า ฤทธิ์เป็นต่างอ่อน มีค่า pKa 9-10 ดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหารและผนัง mucosa ในปาก ผลทางคลินิกจะปรากฏใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงออกฤทธิ์สูงสุด หลังรับประทานแล้ว 1-3 ชั่วโมง ออกฤทธิ์ได้เร็วเมื่อให้ทางเส้นเลือด ยากระจายไปยังเนื้อเยื่อต่างๆอย่างรวดเร็ว สามารถจับกับโปรตีน ร้อยละ 20 พบได้ในน้ำสมองและไขสันหลัง ร้อยละ 80 ของระดับพลาสมา สะสมมากที่ม้าม ตับ ไต ร่างกายสามารถกำจัดแอมเฟตามีนออกทางไต ร้อยละ 17-73 ได้ 2 วิธีคือ Amphetamine จะถูกขับออกทางไตรูปเดิม และผ่านขบวนการเปลี่ยนแปลงรูป ซึ่งเป็นผลมาจากการ Metabolized ที่ตับ ปริมาณการขับถ่ายแอมเฟตามีนทางไตรูปเดิมนั้นขึ้นอยู่กับค่า pH ของปัสสาวะคือ ถ้าค่า pH ของปัสสาวะเป็นกรด (pH ต่ำกว่า 6.7) จะขับออกรูปเดิม ร้อยละ 67-73 แต่ถ้า pH ของปัสสาวะเป็นด่าง (pH สูงกว่า 6.7) จะขับออกรูปเดิมร้อยละ 17-43 ค่าครึ่งชีวิตของ Amphetamine ในเลือดขึ้นอยู่กับ pH ของปัสสาวะเช่นกัน โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 7-14 ชั่วโมง

การออกฤทธิ์ของยาบ้าหรือแอมเฟตามีน (27)

1. ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System Stimulants) มีฤทธิ์คล้ายคลึงกับ Adrenaline หรือ Epinephrine ซึ่งเป็นสารที่อยู่ในร่างกายมนุษย์ ผลคือ ลดความง่วงซึม ทำให้คลริกรื่น ร่าเริง เป็นสุข (Euphoria) หากใช้ในปริมาณที่มากเกินไป จะมีอาการกระวนกระวาย ประสาทแข็ง นอนไม่หลับ มึนงง เหงื่อออก ความจำไม่ดี หลงลืม อาจเกิดสภาวะตื่นกลัว (Panic) และสภาวะโรคจิต (Psychosis) คือมีอาการ หวาดระแวง ประสาทหลอน (Hallucination) คิดว่ามีคนมาทำร้ายตน พุดจาสับสน หลงผิด โกรธง่าย จิตใจหดหู่ ซึมเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และอาจฆ่าตัวตายได้
2. ฤทธิ์ต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ มีฤทธิ์กระตุ้นแรงอัตราการเต้นของหัวใจทำให้เกิดอาการใจสั่น ถ้าใช้ในขนาดสูงอาจทำให้การไหลเวียนของโลหิตล้มเหลว การเต้นของหัวใจผิดปกติ และเสียชีวิตได้ หรือบางรายอาจเสียชีวิตได้เนื่องจากเส้นโลหิตในสมองแตก
3. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินหายใจ มีฤทธิ์ทำให้อัตราการหายใจสูงขึ้น จังหวะการหายใจไม่ปกติ
4. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร มีฤทธิ์ทำให้ผู้เสพมีอาการเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว
5. ผลอื่นๆ เช่น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ ไร้สมรรถภาพชั่วคราว เพิ่มการหลั่งปัสสาวะ

ขนาดและวิธีการใช้ (27,17)

1. ขนาดต่ำและใช้เป็นครั้งคราว ส่วนมากมักใช้โดยการรับประทาน 5-20 มิลลิกรัม เพื่อลดอาการเหนื่อยล้า แก้ง่วง กระตุ้นอารมณ์ให้สดชื่น ทำงานได้นาน และทำให้พ้นจากอาการเมาค้าง การใช้เป็นครั้งคราวจะมีผลดีต่อร่างกายคือ ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหลอกลมกลสยตัว ม่านตาขยาย เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต
2. ใช้ขนาดต่ำติดต่อกัน การใช้ขนาด 5-50 มิลลิกรัมติดต่อกัน การใช้ลักษณะนี้หลังหยุดยาอาจต้องการนอนพักหลายวันเพื่อปรับสภาพร่างกาย หากขาดยาจะรู้สึก
3. หดหู่ ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวนรุนแรงจนทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้ ทำให้ต้องใชยานั้นตลอดไป และเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อต้องการนอนหลับจึงดื่มสุราหรือยานอนหลับ ทำให้มีโอกาสได้รับยาเกินขนาดโดยไม่ได้ตั้งใจ
4. การใช้ยาขนาดสูง มักฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดที่ใช้ 100-1,000 มิลลิกรัม เพื่อให้เกิดภาวะเป็นสุขขึ้นมาทันทีเรียกว่า Flash หรือ Rush จะมีฤทธิ์อยู่ได้นาน 2-3 ชั่วโมง บางรายใช้ตลอดวันในการเสพยา การได้รับยาขนาดสูงจึงทำให้เกิดอาการทางจิตเวช ได้แก่ อาการโรคจิตหลงผิด หวาดระแวง และประสาทหลอน ภาวะวิตกกังวลรุนแรง ผลต่อร่างกาย แอมเฟตามีนกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ความดันโลหิตสูง ไข้สูง ลมชัก หัวใจหยุดเต้น

ขนาดของแอมเฟตามีนที่ทำให้คนเสียชีวิตคือ 20-30 mg/kg (23)

ขั้นตอนของการติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (28)

เริ่มจากการทดลองใช้ยาเสพติด หรือใช้เพื่อเข้าสังคมเป็นครั้งคราว เมื่อฤทธิ์ของยาเสพติดเป็นที่พึงพอใจ ผู้เสพยาจะเห็นประโยชน์ของยาเสพติดที่อาจจะใช้เพื่อความสุข สนุกสนาน หรือคลายเครียด ขนาดของการใช้ยาเสพติดและอัตราการเสพยาจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการติดยา (Tolerance) และจะเข้าสู่ระยะการติดยาทางใจ (Psychological dependence) เมื่อเสพยาต่อไปเรื่อยๆ จะเริ่มเข้าสู่ช่วง ติดยาทางร่างกาย (Physical dependence) ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายขาดยาไม่ได้จะเกิด อาการขาดยา (Withdrawal symptoms) ขึ้นทันที ซึ่งทำให้ผู้เสพยาทรมานมาก

สาเหตุการเสพยาบ้าหรือแอมเฟตามีน

การติดยาแอมเฟตามีนก็มีสาเหตุคล้ายกับการติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่าประกอบด้วยปัจจัยซึ่งอาจมีผลต่อกันและกันเป็น Biopsychosocial etiologies (29)

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ประกอบด้วย

1.1 พันธุกรรม ยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดในครอบครัวผู้ที่ติดยาบ้าหรือแอมเฟตามีน แต่การศึกษาครอบครัวผู้ติโคเคน ดิดสุรา พบว่า มีปัจจัยทางพันธุกรรมเกี่ยวข้องด้วย

1.2 Neurochemical mechanism

ก. พบว่าเกี่ยวข้องกับ ระบบการตอบสนอง (reward system) ในสมองส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องคือ dopaminergic pathway ที่เริ่มจาก ventral tegmental area ไปยัง cerebral cortex และ limbic lobe โดยเฉพาะบริเวณ nucleus accumbens สมองอีกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติด คือบริเวณ locus ceruleus ซึ่งเป็นที่รวมของ noradrenergic

ข. Neurotransmitter พบว่า สารเสพติดที่ใช้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ ทำให้เพิ่มขึ้นหรือยับยั้งการหลั่งสารเคมีบางกลุ่มโดยมี receptor เฉพาะที่ออกฤทธิ์ ที่สำคัญในแอมเฟตามีนคือ dopamine receptor , serotonin receptor ฯลฯ

2. พื้นฐานทางอารมณ์หรือลักษณะบุคลิกภาพที่มีจากการเลี้ยงดู และใช้กลไกการปรับตัวของบุคคล ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดสารเสพติด คือ หุนหันพลันแล่น (impulsive) เป็นบุคคลที่ปรับตัวยาก มีลักษณะการพึ่งพาสูง (dependency need) ต่อด้านสังคม (antisocial) และมีการควบคุมอารมณ์ที่บกพร่อง

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เริ่มตั้งแต่ ปัญหาในครอบครัว เช่น ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ขาดความรักความเข้าใจ ฯลฯ สังคมในโรงเรียน หรือที่ทำงาน ค่านิยมของสังคมชุมชนต่างๆ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนาต่อการใช้สารเสพติด ความยากง่ายในการจัดหาสารเสพติด ราคาของสารเสพติด ความเข้มงวดของกฎหมาย และความรุนแรงของบทลงโทษ แรงกดดันทางสังคมที่มีต่อผู้เสพ เป็นต้น

4. ปัจจัยด้านการเรียนรู้และการมีเงื่อนไข (Learning and Conditioning) สารมีฤทธิ์ก่อให้เกิดอารมณ์กรีนเครงอย่างรวดเร็วเมื่อใช้โดยวิธีการสูบ/สูดควันเข้าปอด ลดความเครียดก่อให้เกิดความสุข เหล่านี้จึงทำให้เกิดแรงจูงใจให้พฤติกรรมการใช้ยาคงอยู่หรือเรียกว่า ก่อให้เกิดการติดทางร่างกาย (physiological dependence) ในบางรายการกลับมาใช้เนื่องจากมีเงื่อนไขกับสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ถูกชักชวนจากเพื่อน เป็นต้น

ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้เสพยาบ้า หรือแอมเฟตามีน

การเสพยาบ้าก่อให้เกิดภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจดังต่อไปนี้คือ (30,31)

1. ภาวะพึ่งยาบ้า (Amphetamine dependence) เกิดได้เร็วมากถ้าใช้ในรูปของการฉีด หรือสูบ
รูปแบบของการใช้พบได้ 2 แบบ คือ ใช้เป็นพักๆ (Episodic use) กับใช้เป็นประจำ ในรายที่
ใช้เป็นพักๆมักจะใช้วิธีฉีดช่วงละหลายๆ (Bing หรือ Speed runs) หลังจากนั้นจะหยุดไป
เนื่องจากภาวะเหนื่อยล้า หหมดแรง (Exhaustion) เกิดอาการโรคจิต หรือจากยาที่ใช้หมดลง ใน
รายที่ใช้ประจำมักเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่เดียวกันก็จะเกิดความรู้สึกไม่มีความสุข (
Dysphoria) ได้มากขึ้น พบว่า ผู้ที่ใช้สารนี้มักจะหยุดยาหรือเลิกใช้หลังจากใช้ได้นาน 8-10 ปี
ส่วนใหญ่เป็นเพราะผลข้างเคียงทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. อาการพิษจากยาบ้า (Intoxication) พบว่ามีอารมณ์ครื้นเครง (Euphoria) เครียด วิตกกังวล (
Anxiety reaction) ด้านร่างกายพบว่า มีอาการหัวใจเต้นเร็ว ม่านตาขยาย ท่าทางลุกลุกกลน
สับสน รวมทั้งมีความผิดปกติของความรู้สึกตัว และมีอาการชักเกร็งร่วมด้วย อาการที่สำคัญ
อีกอย่างหนึ่งคือ อาการโรคจิตเกิดขึ้นได้ แม้ว่าจะได้รับปริมาณยาในขนาดของการให้เพื่อ
รักษาอาการต่างๆ(Therapeutic Dose) รายที่ใช้มานานจะเกิดอาการไวต่อยา (Sensitization)
คือ แม้ใช้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดอาการได้ และผลยังคงอยู่ได้นาน แม้ว่าหยุดใช้สารนี้ไป
แล้วก็ตาม ลักษณะของอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นมักไม่มีอาการหลงลืม บุคคล เวลา หรือสถานที่
(Disorientation) โดยมีอาการเหมือนกับโรคจิตหวาดระแวง
3. อาการขาดยาบ้า (Withdrawal) มักพบได้ในรายที่ใช้ขนาดสูงและใช้เป็นประจำ ช่วงแรกจะ
เกิดอาการหลับมาก (Hypersomnia) มีการเกิด Rebound of REM sleep ทำให้ฝันได้บ่อยๆ ใน
ระยะ 2-3 วัน ต่อมาจะเกิดอาการซึม (Dysphoria) รุนแรง อาจเป็นโรคซึมเศร้า (Depression)
ได้ พบว่ามีอาการสูงสุดที่ 48-72 ชั่วโมง อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidality) นอกจากนี้ยัง
พบอาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่นอ่อนเพลีย เชื่องช้า หรือกระสับกระส่าย

อาการถอนยา (Withdrawal symptoms)

เมื่อผู้เสพแอมเฟตามีนหยุดเสพแอมเฟตามีนทันทีจะมีอาการถอนยาปรากฏดังต่อไปนี้ สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะด้วยกันคือ (32)

ระยะที่ 1 หยุดยาทันที (crash) ประมาณ 9 ชั่วโมง ถึง 4 วัน ระยะเริ่มแรกเมื่อหยุดยาจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจคือ อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย เริ่มซึมเศร้า วิตกกังวล และต้องการเสพสารอย่างมาก ช่วงกลางของระยะนี้ ความต้องการเสพลดลง มีความต้องการนอน แต่นอนไม่หลับ ช่วงสุดท้ายของระยะนี้จะมีอาการนอนมากเกินไปพร้อมกับกินมากเกินไป

ระยะที่ 2 ระยะถอนยา (withdrawal) หลังจากระยะ “crash” แล้วหยุดเสพแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่องจะเข้าสู่ในระยณะถอนยานี้ ในระยะนี้มีอาการตรงข้ามกับฤทธิ์ของแอมเฟตามีน คือ ไม่มีแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม มีอาการอ่อนเพลีย ขาดความสนใจ สิ่งแวดล้อม และ anhedonia อาการเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นในช่วง 12-96 ชั่วโมง หลังจากระยะแรก มีอาการอยากยา และมีแนวโน้มเกิดการติดซ้ำสูง แต่ถ้าหยุดเสพยาได้ 6-18 สัปดาห์ อาการ anhedonia และ dysphoria จะลดลงและอาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้โดยใช้เวลามากกว่า 6-9 เดือน

ระยะที่ 3 ระยะสงบ (extinction) ระยะนี้เป็นช่วงสงบ แต่อาจมีอาการอยากยาขึ้นอีก ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ได้รับการกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมหรือจากสาร โดยเฉพาะการอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมๆ และถ้าไม่มีการเชื่อมโยงถึงอาการที่เกิดจากฤทธิ์ของสารแล้วอาการอยากยาก็จะลดลงเมื่อเวลาผ่านไปนานๆ ผู้ป่วยจะมีอาการอยากยาลดลง โอกาสในการติดซ้ำก็ลดลงด้วย

ปัญหาทางจิตกับการติดสารเสพติด

ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ คือผู้ป่วยทางอารมณ์หรือจิตใจ ซึ่งอาจมีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า คิดมาก เครียด และนอนไม่หลับ เมื่อไม่สามารถแก้ความคับข้องใจ หรือความไม่สบายใจของตนเองได้ ก็หันไปพึ่งสารเสพติดเพื่อระงับอาการที่ตนมีอยู่ เมื่อใช้บ่อยๆเข้าก็ทำให้ติดสารเสพติดได้ บางรายมีการใช้สารเสพติดโดยหลงผิด หรือการรับรู้ที่ผิดปกติกจากอาการของโรค ดังเช่นผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจบางคน อาจใช้แอมเฟตามีน เพื่อกลบเกลื่อนอาการซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล เมื่อคิดจะหยุดใช้ก็ไม่สามารถหาทางออกด้วยวิธีอื่นได้ ทำให้ต้องใช้อย่างเรื้อรังจนเป็นการเสพติดไป (33)

วีระ ไชยศรีสุข ได้ให้ความหมายของปัญหาทางจิต คือ ความผิดปกติหรือความไม่สมดุลของความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมได้ (33)

ปัญหาทางจิต อาจหมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมต่างๆได้ ขาดการยอมรับผู้อื่น ขาดความเป็นตัวของตัวเอง เชนัญกับปัญหาต่างๆได้ไม่ดี ไม่สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่

การใช้สารเสพติดอาจเป็นผลจากการมีปัญหาทางจิต ในทางตรงกันข้ามการใช้สารเสพติดก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางจิตได้เช่นกัน ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะทราบได้ว่าอะไรเป็นเหตุ อะไรเป็นผล การเกิดร่วมของความผิดปกติทางจิตกับความผิดปกติในการเสพยาเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน และการเกิดร่วมอาจมีหลายทาง มีการตั้งสมมติฐานของสาเหตุการเกิดร่วมกันระหว่างความผิดปกติทางจิตเวช และการติดยาเสพติดไว้ 4 อย่าง (34)

ความผิดปกติทางจิตเวชเกิดขึ้นก่อนแล้วการใช้สารเสพติดจึงเกิดตามมา เริ่มจากการใช้สารเสพติดแล้วจึงเกิดพยาธิสภาพทางจิต (Psychopathological) ความผิดปกติทางจิตเวชเกิดพร้อมกับการใช้สารเสพติด หรือ มีปัจจัยหนึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดทั้งความผิดปกติทางจิตเวชและการใช้สารเสพติด ซึ่งผู้ป่วยทุกคนจะต้องเป็นไปตามสมมติฐานข้อใดข้อหนึ่ง หรือมากกว่าดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

คำว่าวินิจฉัยโรคคู่ (dual diagnosis) ในความผิดปกติการเสพยาได้ใช้กันทั่วไป หมายถึง การเกิดร่วมของความผิดปกติทางจิตกับความผิดปกติในการเสพยา ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติการเสพยา กับความผิดปกติทางจิตเป็นเรื่องซับซ้อน และการเกิดร่วมอาจแสดงออกมาหลายทางดังนี้ 1) ความผิดปกติทั้งสองเกิดร่วมกันโดยบังเอิญ 2) การเสพยาทำให้เกิดสภาพทางจิต หรือเพิ่มความรุนแรงของอาการทางจิต 3) ความผิดปกติทางจิตอาจเป็นสาเหตุหรือเพิ่มความรุนแรงของของความผิดปกติการเสพยา 4) ความผิดปกติทั้งสองอาจเกิดจากภาวะที่สาม และ 5) การเสพยาและอาการขาดยา อาจก่อให้เกิดอาการที่คล้ายความผิดปกติทางจิต ในแต่ละราย อาจเกิดความสัมพันธ์ซับซ้อนแบบใดก็ได้ ความซับซ้อนนี้อาจทำให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัย และการจัดสถานะการป่วยทั้งสอง (34)

ภาวะโรคร่วม (co-morbidity) ก็เป็นสิ่งที่พบเป็นปกติ (norm) ในโรค PTSD มากกว่า ซ็อกเว้น โดยประมาณกันว่าร้อยละ 80-85 ของผู้ป่วย PTSD ที่เรื้อรัง จะมีอาการเข้าได้กับการ วินิจฉัยโรคจิตเวชอื่นๆใน Axis I Maes M และคณะ (35) ศึกษาผู้ป่วยที่ถูกไฟไหม้ และประสบ อุบัติเหตุการจราจร ในอีก 7-9 เดือนภายหลังเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วย PTSD จะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเวชอื่นๆใน Axis I เพิ่มเติมคือ เป็นโรค major depression ร้อยละ 26.2 โรคกังวลทั่วไป (GAD) ร้อยละ 24.6 และโรคอะกราโฟเบีย ร้อยละ 21 ผู้ที่มี ภาวะโรคร่วมด้วยนี้ จะมีอาการรุนแรงกว่า การทำงานในสังคมแยกกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วม อย่างมีนัยสำคัญ ถือได้ว่าการมีภาวะโรคร่วมเป็นเครื่องชี้บ่ง (marker) ว่า ผู้ป่วย PTSD รายนั้นจะมี ปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงในอนาคตได้ (35)

การติดยาประเภทแอมเฟตามีนก่อให้เกิดปัญหาทางจิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เป็น เวลานานๆ จะทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตเวชต่างๆ เช่น ความผิดปกติทางอารมณ์ ความผิดปกติ ทางจิตอื่นๆ ปัญหาทางจิตเหล่านี้มีผลต่อการเลิกสารเสพติด จากการศึกษาความชุกของโรคเครียด ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post Traumatic Stress Disorder , PTSD) ที่เกิดร่วมกับการ เสพติด ในอเมริกาสูงมาก ในการศึกษา NCS ชายประมาณร้อยละ 30-35 และหญิงร้อยละ 25- 30 ที่มี PTSD จะเกิดการเสพติดในผู้เสพสารเสพติดที่มาขอรับการบำบัด ความชุกของ PTSD อยู่ ระหว่างร้อยละ 36 และ 50 และความชุกปัจจุบันอยู่ระหว่าง 25-42 และจากการศึกษาพบว่า การ บำบัดอาการ PTSD ที่ดี จะทำให้การเสพยาและยาเสพติดลดลง ในผู้ป่วยบางรายการบรรเทา อาการ PTSD จะเพิ่มโอกาสฟื้นฟูจากสารเสพติดได้ (36)

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic stress disorder , PTSD)

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post traumatic stress disorder) ลักษณะที่สำคัญของโรค นี้คือ ผู้ป่วยเกิดอาการจิตเวชเมื่อมีภัยอันตรายเกิดขึ้น เช่น น้ำท่วม ภูเขาถล่ม ไฟชนกัน หรือเหตุการณ์ก่อ การร้าย เป็นต้น อาการทางจิตเวชที่สำคัญคือ (1) หวนระลึกถึงเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ (2) ความสนใจใน สิ่งต่างๆรอบตัวหมดไป (3) มีความรู้สึกเหินห่างกับคนที่รู้จักแม้แต่บุคคลในครอบครัวญาติสนิท (4) มี อารมณ์ตื่นเต้นตกใจง่าย สมาธิเสีย นอนไม่หลับ

การวินิจฉัยโรค หลักการวินิจฉัยโรคใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder,4th edition) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน

- ก. มีภัยอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- ข. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อย่าง
1. ฝันร้ายถึงเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ
 2. หวนระลึกถึงเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ
 3. มีความรู้สึกไม่สบายใจอย่างรุนแรงเมื่อประสบเหตุการณ์คล้ายๆกัน
 4. มีความรู้สึกว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นอีกเมื่อประสบสถานการณ์คล้ายๆกัน
- ค. มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อย่าง
1. ความสนใจในสิ่งต่างๆลดน้อยหรือหมดไป
 2. มีความรู้สึกเห็นห่างต่อบุคคลที่เคยรู้จักคุ้นเคย
 3. มีอารมณ์ค่อนข้างซึมเฉยผิดไปจากเดิมมาก
 5. มี amnesia คือลืมเหตุการณ์บางช่วง
 6. พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะทำให้หวนระลึกถึงเหตุการณ์นั้น
 7. พยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- ง. มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง
1. นอนหลับยาก
 2. หงุดหงิดโกรธง่าย
 3. สมาธิเสีย
 4. ตื่นเต้นตกใจง่าย
 5. รู้สึกเครียด
 6. มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่นเหงื่อออกมาก ใจสั่น เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่คล้ายๆกัน
- จ. มีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

การดำเนินโรค

ส่วนมากอาการจะเกิดขึ้นทันทีภายหลังจากเกิดอันตราย แต่บางรายจะเกิดเหตุการณ์ ภายหลัง นานเป็นเดือนหรือเป็นปี โดยในช่วงที่ยังไม่มีเหตุการณ์ชัดเจน ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยง สถานการณ์ที่คล้ายๆกัน ผลของโรคต่อการดำเนินชีวิตอาจจะมีน้อยหรือมาก ถ้าผู้ป่วยมีความกลัวมาก ต่อสถานการณ์หรือกิจกรรมที่คล้ายเหตุการณ์นั้นก็จะมีการดำเนินชีวิตมาก ความรู้สึกเห็นท่าง อารมณ์ที่ซึมเฉยตลอดจนความสนใจในสิ่งต่างๆหมดไป จะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว และชีวิต สมรส เมื่อภัยพิบัติผ่านพ้นไป หรือนำผู้ป่วยออกจากสถานการณ์ที่อันตรายได้ ผู้ป่วยส่วนมากจะดี ขึ้นอย่างรวดเร็วและหายเป็นปกติ แต่ถ้าอันตรายมีอยู่เป็นระยะเวลาานาน อาการไม่สบายจะเป็นอยู่นาน เป็นเดือนหรืออาจเป็นปี ผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้าตามมาเนื่องจากความรู้สึกผิด ความละอาย อาจ คิดตำหนิตนเองเช่นผู้ป่วยที่เอาตัวรอดมาจากเหตุการณ์โดยละทิ้งบุตรภรรยาไว้ไม่อาจช่วยเหลือได้

(37)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ โรค PTSD

การศึกษาในประเทศไทย

อัมพร โอตระกูล และคณะ (38) ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ประสบภัย คือ

- ปัจจัยด้านอายุ ถ้าอายุมากขึ้นจะมีปฏิกิริยาแสดงมากขึ้น หนือผู้มีอายุมากจะมีปฏิกิริยา แสดงมากกว่าผู้มีอายุน้อย
- เพศหญิงมีปฏิกิริยาต่างๆทั้งทางจิตใจ อารมณ์ มากกว่าเพศชาย และปฏิกิริยาที่ แสดงออกแต่ละประเภทมากขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมแสดงออก
- ผู้มีญาติพี่น้องในหมู่บ้านจะมีปฏิกิริยามากกว่าผู้ไม่มี
- ผู้ที่อยู่ใกล้จุดวินาศภัยจะมีปฏิกิริยาต่างๆมากกว่าผู้ที่อยู่ไกลกว่า
- ผู้ที่สูญเสียญาติพี่น้อง หรือทรัพย์สินจะมีปฏิกิริยาต่างๆ มากกว่าผู้ไม่สูญเสีย

ส่วนการศึกษาของกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (39) ในเหตุการณ์ที่เกิดอุทกภัยใน 3 จังหวัดภาคใต้ เมื่อ พ.ศ. 2531 นั้นพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในครั้งนี้ คือกลุ่มที่มีความเครียดสูงมากนั้น เป็นหญิงมากกว่าชาย และพบในวัยกลางคนอายุ 45-65 ปี มีความเครียดสูงมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ ผู้ที่มีความเครียดสูงนั้นมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชมากที่สุด โดยครอบครัวมีบุตรจำนวน 3-5 คน พบมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และกลุ่มที่มีบุคคลในครอบครัวสูญเสียก็เป็นกลุ่มที่มีความเครียดสูงที่สุดด้วย

สำหรับการศึกษาของ สาวิตรี อัยฉะนงค์กรชัย และคณะ ในผู้ที่ประสบอุทกภัยในเขตอำเภอหาดใหญ่ เมื่อปี พ.ศ. 2543 (40) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีปัญหาความเครียด หรือปัญหาสุขภาพจิต (คะแนน GHQ มากกว่า หรือเท่ากับ 2) ที่ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของคะแนน IES (Impact of Event Scale) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมผลจากตัวแปรตัวอื่นใน multiple linear regress model ได้แก่ การได้รับรู้ว่าตนเองได้รับความสูญเสียอย่างรุนแรง การมีเศรษฐกิจตกต่ำ การไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดน้ำท่วม จำนวนวันที่ไม่มีไฟฟ้าใช้ และจำนวนรถที่จมน้ำ

การศึกษาในต่างประเทศ

พบว่าปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ที่ทำให้เกิด PTSD นั้นมีหลายปัจจัยด้วยกัน ดังที่ Sadock และ Sadock ได้สรุป ถึงปัจจัยเสี่ยง (risk factors) หรือ ปัจจัยชวนให้เกิดโรค (predisposing vulnerability factors) PTSD (41) คือ

- มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Traumatic event) เกิดขึ้นในวัยเด็ก
- มีแนวโน้ม (trait) ของบุคลิกภาพแปรปรวนชนิด borderline , paranoid , dependent , หรือ antisocial
- ขาดระบบการสนับสนุนจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนที่เหมาะสม
- เป็นเพศหญิง
- มีความโน้มเอียงทางพันธุกรรม (genetic vulnerability) ที่จะป่วยเป็นโรคทางจิตเวช
- เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ทำให้เครียดเมื่อเร็วๆนี้
- รับรู้ว่าเป็นการควบคุมจากภายนอก (external locus of control) หรือมีสาเหตุจากธรรมชาติมากกว่าจะเป็นการควบคุมภายใน หรือมีสาเหตุจากมนุษย์
- คัดค้านอย่างมากเมื่อเร็วๆนี้

Hollander และ Simeon (42) ได้สรุปถึงปัจจัยเสี่ยงของ PTSD คือ

- มีประวัติความคิดที่เก็ดยันตราย (trauma) หรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญมาก่อน
- มีประวัติคิดว่าเคยเป็น PTSD มาก่อน
- มีประวัติคิดของอาการซึมเศร้า หรือ โรคซึมเศร้า (depression) มาก่อน
- ได้รับการวินิจฉัยใน Axis II ร่วมด้วย (เป็นตัวทำนายว่าจะมีความเรื้อรังได้มากกว่า)
- มีประวัติครอบครัวเป็นโรควิตกกังวล (รวมทั้งมีพ่อ หรือแม่เคยเป็น PTSD)
- มีความผูกพันกับพ่อแม่ที่ไม่ดี หรือแตกแยก (disrupted parental attachments)
- มีความรุนแรงในการเผชิญกับภัยอันตราย หรือเหตุสะเทือนขวัญ (เป็นตัวทำนายถึงอาการเฉียบพลัน)

Maes (43) ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่มคือ ก่อนเผชิญเหตุการณ์ (pre exposure) , ขณะเผชิญเหตุการณ์ (peri exposure) และภายหลังเผชิญเหตุการณ์แล้ว (post exposure) และกล่าวว่าอาการจะเกิด PTSD ได้นั้นถูกกำหนดจากผลสะสม (cumulative effects) ของปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 กลุ่มเหล่านี้ หากแบ่งปัจจัยเสี่ยงเป็น 3 กลุ่มดังกล่าว แต่ละกลุ่มจะได้แก่ปัจจัยต่างๆดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงก่อนเผชิญเหตุการณ์ (pre-exposure risk factors) ได้แก่

- เพศหญิง
 - แนวโน้มของบุคลิกภาพ (personality trait) บางชนิด
 - มีประวัติคิดว่าเคยป่วยเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า
 - เคยประสบกับเหตุอันตราย หรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างรุนแรงในอดีตมาก่อน
- ซึ่งการเผชิญกับเหตุการณ์แบบนี้ซ้ำๆ พบว่า ทำให้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค PTSD เพิ่มสูงขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงขณะเผชิญเหตุการณ์ (peri-exposure risk factors) ได้แก่

- ระดับ (degree) ของการเผชิญกับเหตุสะเทือนขวัญนั้น ได้แก่ ความรุนแรง ระยะเวลา และการเผชิญซ้ำ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการเกิดโรค PTSD ความรุนแรงของอาการกลัวว่าตัวเองจะตาย หรือตัวเองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุ นั้นรวมทั้งประสบการณ์หวาดผวามากกลัว (horrific experience) ที่ได้เห็นผู้เคราะห์ร้ายตาย หรือบาดเจ็บอย่างรุนแรงไปต่อหน้าต่อตา ก็ล้วนแต่เป็นตัวทำนายถึงอาการวิथाในโรค PTSD ทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยของ McFarlane (44) ที่ไม่สนับสนุนว่าความรุนแรงของการเผชิญกับเหตุสะเทือนขวัญจะเป็นตัวทำนายที่สำคัญของ PTSD
- การบาดเจ็บต่อร่างกายที่ลุกลามออกไป (extent of physical injury) อาจเป็นตัวทำนาย PTSD เนื่องจากมีทั้งรายงานที่สนับสนุน และไม่สนับสนุน
- ปฏิกริยาของแต่ละบุคคลที่ตอบสนองทันทีเมื่อเกิดภัยอันตราย ก็อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง เนื่องจากมีงานวิจัยที่บ่งชี้ว่าภาวะตื่นตัวทางสรีรวิทยาที่เพิ่มขึ้น (elevated physiological arousal) ในขณะนั้น หรือหลังจากนั้นเพียงเล็กน้อยจะทำให้เกิด PTSD ตามมาได้ อาการ dissociation ที่เกิดขึ้นในระยะนี้ก็พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความเสี่ยงที่จะเกิดเป็น PTSD ตามมา

ปัจจัยเสี่ยงหลังเผชิญเหตุการณ์ (post - exposure risk factors) ได้แก่

- ความสนับสนุนทางสังคม (social support)
- ความเครียดอื่นๆในชีวิตที่มีเพิ่มเติม (additional life stress)

ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อกระบวนการหาย (recovery process) จากโรค โดยหากได้รับความสนับสนุนที่ดีจากทางสังคม (ครอบครัว เพื่อนฝูง) และไม่มี ความเครียดอื่นๆในชีวิตมาเพิ่มเติมแล้วก็จะช่วยให้หายได้เร็วขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เมื่อทบทวนวรรณกรรมเรื่องโรค PTSD ในประเทศไทยทั้งหมด จะเห็นว่าเป็นโรคที่ยังขาดข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับ PTSD โดยตรงอีกเป็นจำนวนมาก การศึกษาทั้งหมดล้วนแต่เป็นการศึกษาเมื่อเกิดภัยพิบัติจากธรรมชาติ หรือหาขณะภัยอย่างรุนแรงที่มีผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมากทั้งสิ้น ทั้งนี้ PTSD เองนั้นเกิดได้กับปัจเจกบุคคลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น เช่น ถูกข่มขืน อุบัติเหตุรถคว่ำ ฯลฯ

Sadock และ Sadock (45) สรุปว่าความชุกชั่วชีวิตของ PTSD ในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 8 ขณะที่ร้อยละ 5 -15 อาจมีอาการที่น้อยกว่า (subclinical form) แต่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งได้ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic events) มา จะมีความชุกชั่วชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 5 -75 สำหรับทหารผ่านศึกสงครามเวียดนาม พบว่าประมาณร้อยละ 30 เกิด PTSD ขณะที่ร้อยละ 25 มีอาการน้อยกว่านั้น (subclinical) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงกับเพศชายแล้ว พบว่าผู้หญิงจะมีความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 10 -12 ขณะที่ผู้ชายจะมีความชุกชั่วชีวิตเพียงร้อยละ 5 -6

Breslau (46) ได้ทบทวนข้อมูลทางระบาดวิทยาของ PTSD แล้วสรุปว่าความชุกชั่วชีวิตของ PTSD อยู่ที่ร้อยละ 5-10 ซึ่งประมาณกันว่าร้อยละ 15-25 ของคนที่เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นจะเกิด PTSD ขึ้น

Creamer และคณะ (47) ศึกษาในออสเตรเลียพบว่าความชุกในช่วง 12 เดือนของ PTSD อยู่ที่ร้อยละ 1.3 ขณะที่ Kessler และคณะ (48) รายงานการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาในโครงการ National Comorbidity Survey (NCS) พบความชุกในช่วง 12 เดือน เท่ากับร้อยละ 3.9 เดิมเชื่อว่าอัตราความชุกในช่วง 12 เดือน จะเป็นประมาณครึ่งหนึ่งของความชุกชั่วชีวิต เพราะผู้ป่วย PTSD หลายรายนั้น เมื่อระยะเวลาผ่านไป ก็มักหายได้เองโดยไม่ต้องรับการรักษาใดๆ ใดๆก็ตาม ความเชื่อดังกล่าวเริ่มเปลี่ยนไปแล้ว เมื่อพบว่า PTSD จะค่อยๆ (gradually) มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว อาการนั้นมักจะคงอยู่ไปอีกนาน (49)

Jones และคณะ (50) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มทหารเวียดนามประเทศอังกฤษเกี่ยวกับวัฒนธรรม เชื่อว่าลักษณะบางอย่างของ PTSD เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม (culture-bound) และเป็นตัวทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งมีรายงานการวิจัยที่เป็นตัวสนับสนุนดังเช่นการศึกษาของ Robin RW และคณะ (51) โดยพบว่า ในกลุ่มชาว American Indian ที่อยู่ในชุมชนทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา นั้นจะมีความชุกชั่วชีวิตของ PTSD พบสูงถึงร้อยละ 21.9 (54 คน จากทั้งหมด 247 คน) ซึ่งสูงกว่าประชากรอเมริกันทั่วไปมาก เช่นเดียวกับการศึกษาในเด็กวัยก่อนเข้าโรงเรียน (preschool) ชาวอินเดียนที่อพยพไปกับครอบครัวเข้าไปอยู่เป็นผู้ลี้ภัยในประเทศสวีเดน พบว่ามีความชุกของ PTSD ตั้งแต่ร้อยละ 21 ขึ้นไป (52)

Lisa M. และคณะ (53) ได้ศึกษาความชุกชั่วชีวิตของประสบการณ์ด้าน Trauma และอาการแสดงของภาวะ PTSD ที่ยังเป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดโคเคน จำนวน 122 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบ Traumatic History Questionnaire (THQ) มีทั้งหมด 23 รายการเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ Trauma ที่เคยเกิดขึ้นทั้งหมด ใช้ PTSD Checklist ในการประเมินกลุ่มอาการ PTSD ในผู้ป่วย คะแนนแบ่งเป็น 5 สเกลแบ่งตามระดับเหตุการณ์ Trauma ที่ประสบโดยอาศัยเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มอาการตาม DSM-III-R และใช้แบบประเมินความรุนแรงของการใช้สารเสพติด The Addiction Severity Index (ASI) รวมทั้งการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านประชากรและประวัติครอบครัวอื่นๆ ที่สำคัญ ผลการศึกษาพบผู้ป่วยจำนวนมาก มีประสบการณ์ด้าน Trauma มากในช่วงชีวิต (mean 5.7) พบว่าผู้ชายจะมีเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการเผชิญภัยพิบัติเกิดขึ้นในชีวิตมากกว่าผู้หญิง ส่วนผู้หญิงมีจะเหตุการณ์สะเทือนขวัญทางด้านการถูกทำร้ายร่างกายและการทารุณกรรมทางเพศได้มากกว่าผู้ชาย พบ 20.5% จากกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาว่ามีภาวะ PTSD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-III-R พบในผู้หญิงจำนวน 30.2% และอีก 15.2% ในผู้ชาย ผู้ป่วยที่ปัญหาทางจิตและผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ มีจำนวนความผิดปกติของโรคในกลุ่ม PTSD มากขึ้น และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ PTSD รวมด้วย จะมีปัญหาทางจิต (axis I) และปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ (axis II) ได้สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี PTSD

Sudie Back และคณะ (54) ได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ใช้สารเสพติด, ประวัติ Trauma และภาวะ PTSD รวมทั้งกลุ่มอาการทางด้านจิตเวชร่วมด้วย ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดโคเคนที่เข้ารับการรักษานาน 91 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ตามเกณฑ์ของ DSM-III-R พบมีความชุกของ PTSD จำนวน 42.9% ของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ PTSD ได้ในช่วงชีวิต (lifetime) การศึกษานี้ยังทำการเปรียบเทียบอัตราของการเกิดเหตุการณ์ Trauma พบว่าบุคคลที่มี PTSD จะมีเหตุการณ์ด้าน Trauma มากกว่าบุคคลที่ไม่มี PTSD เป็นการเปรียบเทียบระหว่างบุคคลที่มี PTSD และไม่มี PTSD โดยที่บุคคลที่มี PTSD จะพบกับเหตุการณ์ Trauma มากกว่าแล้ว ยังพบว่ามีอาการทางจิตได้มากกว่า อายุที่พบกับเหตุการณ์ Trauma ครั้งแรกจะพบเมื่ออายุน้อยกว่า พบการวินิจฉัยโรคใน Axis I และ Axis II มากกว่า จากผลการศึกษาทำให้เห็นถึงความสำคัญในการประเมินภาวะ Trauma และ PTSD ในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด ที่จะสามารถช่วยค้นหากลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาได้ และสามารถที่จะหาทางป้องกันรวมทั้งให้การรักษาเป็นพิเศษได้

Naomi Breslau และคณะ (55) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ แอลกอฮอล์หรือยาเสพติดอื่นๆ ที่มีประสบการณ์ทางด้าน Trauma ว่ามีอัตราการติดสารเสพติดเพิ่มขึ้นหรือไม่ ทำการศึกษาในผู้ใหญ่ผู้หญิงในรัฐมิชิแกนตอนใต้ ใช้การศึกษาแบบศึกษาไปข้างหน้า (prospective) เป็นระยะเวลา 10 ปี ตอนเริ่มสัมภาษณ์ ผู้ทำวิจัยจะทำการสอบถามข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วย เพื่อใช้ประมาณค่าเทียบความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มี PTSD และพบกับเหตุการณ์ Trauma และผู้ป่วยที่มี PTSD แต่ไม่เคยพบกับเหตุการณ์ Trauma เลย ใช้ Diagnostic Interview ตามแบบ National Institute of Mental Health for DSM-III-R ผลการศึกษา พบผู้ป่วยที่มี PTSD มีความเสี่ยงที่จะติดบุหรี่หรือสารเสพติดเพิ่มขึ้น แต่ในผู้ป่วยที่เคยพบเหตุการณ์ Trauma แต่ไม่มี PTSD โอกาสที่จะติดบุหรี่หรือสารเสพติดจะไม่ต่างกับผู้ป่วยที่ไม่เคยพบกับเหตุการณ์ Trauma เลย ผู้ป่วยที่พบกับเหตุการณ์ Trauma เพิ่มอัตราเสี่ยงในการติดสารเสพติดยกเว้นบุหรี่ ในทางกลับกัน PTSD อาจจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยติดบุหรี่หรือเหล้า หรืออาจจะทั้ง PTSD และเหตุการณ์ Trauma ร่วมกัน แต่ไม่ใช่พบกับเหตุการณ์ Trauma อย่างเดียวเท่านั้น การได้เผชิญกับเหตุการณ์ Trauma ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยจะติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด แต่ถ้าได้พบกับเหตุการณ์ Trauma และมี PTSD ก็จะสามารถทำนายได้ว่า ผู้ป่วยนั้นมีความเสี่ยงที่จะติดสารเสพติด โดยสรุปแล้ว PTSD และ Trauma อาจเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุร่วมกันที่ทำให้ผู้ป่วยติดบุหรี่และสารเสพติดอื่นๆ ได้

Martin Reynolds และคณะ (56) ได้ทำการศึกษาภาวะ PTSD ในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด ในประเทศอังกฤษ เป็นการศึกษา ณ.จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) ผู้วิจัยอาศัยข้อมูล จากเวชระเบียนผู้ป่วย และกาสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ประสบการณ์ Trauma ,PTSDและการติดยาของ ผู้ป่วย ผลการศึกษาพบ 94% เคยมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง หรือเคยมีประสบการณ์ด้าน Trauma ที่เข้าข่าย PTSD ด้วย 38.5%มี PTSD ในปัจจุบัน เคยเผชิญกับเหตุการณ์ Trauma ตาม เกณฑ์การวินิจฉัยของ PTSD อีก 59%พบความชุกชั่วชีวิต จากการศึกษาพบความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มี PTSD และไม่มี PTSD พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มี PTSD และพบกับ เหตุการณ์ Trauma จะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่างๆที่เผชิญในชีวิต ซึ่งจะสัมพันธ์กับประสบการณ์ ที่ได้เผชิญกับเหตุการณ์ Trauma ในอดีต แต่จะพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องอาการทางจิต จาก การศึกษานี้จุดที่สำคัญที่สุดนั้นไม่ได้มีความสำคัญอยู่ที่การค้นหาหรือประเมินภาวะ Trauma และ PTSD ในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดเท่านั้น ในทางกลับกันต้องมีการถามถึงปัญหาเรื่องสารเสพติดใน ผู้ป่วยที่มี PTSD ด้วย ถ้าไม่ทำการประเมิน ชักประวัติภาวะ PTSD ด้วยแล้ว ภาวะนี้จะถูกฝังตรึง กลืนกลายกลายเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตและโรคอื่นๆตามมาได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study)

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample selection)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์

ประชากรตัวอย่าง (Population sample) คือผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการบำบัดรักษามาแล้ว 15 วัน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ ตามหลักเกณฑ์การติดสารเสพติดของ ICD 10

ตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยในที่แพทย์รับไว้ให้การรักษา โดยใช้เกณฑ์การการวินิจฉัยการติดสารเสพติดตาม ICD 10 มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการบำบัดรักษามาแล้ว 15 วัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตอบข้อคำถามในการสัมภาษณ์ โดยเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมารับการรักษาในช่วงเวลาที่มีการเก็บข้อมูล

Inclusion Criteria (เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า) มีดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ดี โดยถือตามการประเมินจากแพทย์ หรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยช่วยประเมิน
3. สามารถฟัง และใช้ภาษาไทยได้อย่างเข้าใจและถูกต้องในการตอบคำถาม

Exclusion Criteria (เกณฑ์ในการคัดออก)

1. มีประวัติโรคจิต หรือประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตหรืออารมณ์รุนแรง ซึ่งข้อมูลได้จากประวัติ และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
2. ผู้ป่วยมีอาการถอนยาที่ยังรุนแรงอยู่ (Withdrawal)

วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยการใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane) (57,58)

โดยใช้สูตร

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากรทั้งหมดที่เป็นผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน = 1,949 คน

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.1

$$n = \frac{1,949}{1+1,949(0.1)^2}$$

$$= 95 \text{ คน}$$

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 30 % เป็นจำนวน 120 คน การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และได้เข้ามารับการบำบัดรักษาในสถาบันราชัญรักษ์ ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์แบบ Structure interview โดยแบ่งตามหัวข้อการเก็บข้อมูล คือ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ อายุ สถานภาพ ศาสนา ลักษณะการเสพยาเสพติด ใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งแปลและพัฒนาจากแบบสอบถาม European Substance Use Database (59)

ส่วนที่ 2 คือแบบสอบถามสถานะทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลด้านการงาน และเศรษฐกิจ ประวัติครอบครัว ประวัติการศึกษา ประวัติการศึกษา ประวัติการแต่งงาน ประวัติการอยู่ร่วมกับกลุ่มเพื่อน ประวัติเกี่ยวกับกฎหมาย รวมถึงสภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ สถานะทางจิตสังคมในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด (Psycho social and substance use history) จาก South Suburban Council on Alcoholism) (60)

- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลด้านเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต (53) ประกอบด้วยเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆในชีวิต มีทั้งหมด 14 เหตุการณ์ที่กำหนดไว้ และเหตุการณ์อื่นๆที่ผู้ป่วยเคยพบนอกเหนือจากเหตุการณ์ดังกล่าว
- ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการประเมินวินิจฉัยโรค PTSD ซึ่งเป็นแบบประเมิน Structure Assessment for Drug Dependence and Alcoholism (SSADDA) สามารถนำมาวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ DSM-IV ได้ ซึ่งเป็นแบบประเมินในส่วนของ PTSD เท่านั้น ข้อคำถามมี ทั้งหมด 29 ข้อ เป็น Diagnostic interview (ถ้าตอบข้อคำถามได้ถึงข้อที่ 25. ในแบบสัมภาษณ์ถือว่าเป็น Definition Diagnosis คือให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมี PTSD)

การตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์ในหัวข้อ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย ลักษณะการใช้ยาเสพติด และสภาพสังคม เมื่อสร้างแบบสอบถามทุกหัวข้อแล้ว จึงนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ ลักษณะของข้อคำถามและเนื้อหา แล้วนำไปทดลองสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด ประเภทแอมเฟตามีน ที่มารับการบำบัดรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์ จำนวน 10 คน หลังจากนั้นจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เสพยาเสพติด จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบหาความตรงในเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งคำนวณจากการหาดัชนีความเที่ยงโดยวิธีของโรวินลลี และ แฮมเบิลตัน (Rovinelli และ Hambleton) (61)

$$\text{โดยใช้สูตร} \quad IC = \frac{\epsilon R}{N}$$

$$IC = \text{ดัชนีความสอดคล้องของคำถาม}$$

$$\epsilon R = \text{ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ}$$

$$N = \text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญ}$$

$$\text{จากข้อคำถาม 70 ข้อ คำนวณตรงเชิงเนื้อหา รายข้อได้} = 0.5 - 1.00$$

$$\text{และค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวม} = 0.846$$

2. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค PTSD ซึ่งสามารถนำมาวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ DSM-IV ได้

การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. จัดทำหนังสือขอความร่วมมือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปถึง ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
2. ติดต่อขอความร่วมมือ จากผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการมาเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย
3. ประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วย ของสถาบันธัญญารักษ์ เพื่อขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูล
4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูล
5. ต้องมีการเตรียม และนัดเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยไว้ว่า จะไปเก็บข้อมูลในวัน และช่วงเวลาใด
6. ทำการแปลผลจากแบบประเมินวินิจฉัยโรค PTSD ของSSADD ตามเกณฑ์ DSM-IV
7. เก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้วิธีทางสถิติ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณจากการสัมภาษณ์แบบ Structure interview โดยใช้โปรแกรม SPSS PC ซึ่งใช้การวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่ามัธยฐาน (mode) และค่ากลางของข้อมูล (median)
2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) โดยใช้
 - 2.1 Independent Sample T-test ใช้เพื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะปัจจัยต่างๆที่แบ่งเป็น 2 กลุ่ม
 - 2.2 Fisher Exact test , Chi -square test (χ^2) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับปัจจัยด้านต่างๆของผู้ป่วย
 - 2.3 Pearson Correlation เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงปริมาณของปัจจัยต่างๆกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)กับปัจจัยด้านต่างๆของผู้ป่วย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์ โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไป
 - 1.2 ข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ
 - 1.3 ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสังคม
 - 2.1 ข้อมูลด้านสภาพครอบครัว
 - 2.2 ข้อมูลประวัติการศึกษา
 - 2.3 ประวัติการกระทำผิด
 - 2.4 ข้อมูลประวัติกลุ่มเพื่อน
 - 2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อม และที่พักอาศัย
 - 2.6 รูปแบบและการจัดหาได้มาซึ่งยาเสพติด
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลจากแบบประเมินวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จากการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Diagnostic interview)
- ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลกับปัจจัยต่างๆ
 - 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับปัจจัยด้านต่างๆของผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน
 - 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆ (Traumatic event)
 - 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับการถูกกระทำและทารุณกรรมทางเพศ (sextrauma)
 - 5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของเหตุการณ์สะเทือนขวัญและปัจจัยต่างๆของผู้ป่วย

- 5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Total Traumatic experience) กับปัจจัยต่างๆของผู้ป่วย
- 5.6 ความสัมพันธ์ของจำนวนครั้งของการถูกกระทำทารุณกรรมทางเพศ (sextrauma) กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)
- 5.7 ความสัมพันธ์ของจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Total traumatic experience) กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)
- 5.8 ความสัมพันธ์ของอายุครั้งแรกที่ผู้ป่วยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
χ^2	แทน	ค่า Chi – square test
Fisher ' s Exact	แทน	ค่า Fisher ' s Exact test
P – value	แทน	ค่าความน่าจะเป็นของสถิติที่ใช้ทดสอบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	50.0
หญิง	60	50.0
อายุ		
18-25 ปี	64	53.3
26-35 ปี	43	35.9
35 ปีขึ้นไป	13	10.8
Mean = 26.04	SD = 6.08	
Minimum = 18	Maximum = 46	
สถานภาพ		
โสด	78	65.0
คู่	32	26.7
หม้าย / หย่า	8	6.6
แยกกันอยู่	2	1.7
ศาสนา		
พุทธ	108	90.0
คริสต์	3	2.5
อิสลาม	9	7.5

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้นำส่ง		
มาด้วยตนเอง/สมัครใจ	13	10.8
บิดามารดาหรือผู้ปกครอง	16	13.4
ญาติคนอื่นๆ	13	10.8
ศาล	78	65.0
เหตุผลที่มารักษา		
สุขภาพไม่ดี	2	1.7
ต้องการให้สั่งกมยอมรับ	15	12.5
ทางบ้านขอร้อง	25	20.8
ศาลสั่ง/ควบคุมประพฤติส่ง	78	65.0
ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับบุคคลใด		
อยู่คนเดียว	7	5.8
อยู่กับพ่อแม่	38	31.7
อยู่กับคู่สมรส/แฟน	20	16.7
อยู่กับพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว	19	15.8
อยู่กับพ่อหรือแม่และพ่อเลี้ยงหรือแม่เลี้ยง	7	5.8
อยู่กับญาติ	22	18.4
อยู่กับเพื่อน	7	5.8

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบัน
ธัญญารักษ์ทั้งหมดจำนวน 120 คน เป็นเพศชาย 60 คน และเพศหญิง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ทั้ง
เพศชายและหญิงเท่ากัน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 18 -25 ปี ร้อยละ 53.3 อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย 26.04 ± 6.80

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นโสดร้อยละ 65.0 ศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือมากที่สุด คือ
ศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.0

ผู้นำผู้ป่วยมาบำบัดที่สถาบันส่วนใหญ่เป็นศาลตั้ง ส่งคุมประพฤติ 120 วัน จากต้องโทษคดี
ยาเสพติด ร้อยละ 65.0 รองลงมาคือ บิดามารดา หรือผู้ปกครองนำส่ง ร้อยละ 13.4

ปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในครั้งนี้คือ ศาลตั้งส่งคุมประพฤติ 120 วัน
ร้อยละ 65.0 เหตุผลรองลงไปคือ ทางบ้านขอร้องให้มารักษา ร้อยละ 20.8

การพักอาศัยในปัจจุบันของผู้ป่วยส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 31.7 รอง
ลงไป คืออาศัยอยู่กับญาติ เช่น ลุง , ป้า ,อา , ตา , ยาย ร้อยละ 18.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 ข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาระเลี้ยงดูบุคคลใด		
ไม่มีภาระ	58	48.3
มีภาระ	62	51.7
มีภาระรับผิดชอบใคร		
บุตร	12	19.4
คู่สมรส	2	3.2
พี่น้อง	8	12.9
บิดามารดา	22	35.5
ญาติและคนอื่นๆ	3	4.8
บุตร+คู่สมรส		
8		12.9
บิดามารดา+บุตร	3	4.8
บิดามารดา+คู่สมรส+พี่น้อง	4	6.5
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	10	8.3
ว่างงาน	18	15.0
รับจ้าง	74	61.7
ค้าขาย	13	10.8
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	2	1.7
กิจการส่วนตัว	3	2.5

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	13	10.9
5,000 - 10,000 บาท	57	47.5
มากกว่า 10,000 บาท	22	18.3
ไม่มีรายได้	28	23.3
Mean = 9,734.78 SD. = 6,079.13		
Minimum = 3,000.00 Maximum = 35,000.00		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	75	62.5
ไม่เพียงพอ	17	14.2
ไม่มีรายได้	28	23.3
สาเหตุความไม่เพียงพอของรายได้ (n = 17)		
ใช้ชื้อยาเสพติด	2	11.8
เป็นหนี้ / ค่าใช้จ่ายชีวิตประจำวันมาก	6	35.3
ใช้ชื้อยา และเป็นหนี้มาก	8	47.0
เลี้ยงดูครอบครัว	1	5.9
เมื่อมีปัญหาเรื่องเงินมักพึ่งพาหรือขอยืมจากบุคคลใด		
ไม่เคยพึ่งพาผู้ใด	17	14.2
บิดามารดา	39	32.5
พี่น้อง	13	10.8
เพื่อนๆ	33	27.5
ญาติ / คนรู้จัก	18	15.0

จากตารางที่ 4 พบว่าการมีภาระรับผิดชอบต่อผู้อื่นส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยมีภาระรับผิดชอบ
เลี้ยงดูบุคคลอื่น ร้อยละ 51.7 และไม่มีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุคคลใด ร้อยละ 48.3 บุคคลที่ต้อง
รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็น บิดามารดา ร้อยละ 35.5 และรองลงไปคือ ต้องเลี้ยง คุนุตร ร้อยละ
19.4

อาชีพการงานส่วนใหญ่ผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.7 รองลงไปคือ ผู้ป่วย
ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ/ว่างงาน ร้อยละ 15

สำหรับรายได้ผู้ป่วยให้ข้อมูลทั้งหมด 92 คนที่มีรายได้ และไม่มีรายได้ ร้อยละ 23.3 ส่วน
ใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาท / เดือน ร้อยละ 62.0 โดยคิดเป็นรายได้เฉลี่ย
 $9,734.78 \pm 6,079.138$ บาท / เดือน

สำหรับความเพียงพอของรายได้ดังกล่าวส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยบอกว่าเพียงพอ ร้อยละ 62.5
และไม่เพียงพอ ร้อยละ 14.2 ซึ่งสาเหตุของความไม่เพียงพอของรายได้เกิดจากการนำเงินไปซื้อ
หายาเสพติดและเป็นหนี้ คิดเป็นร้อยละ 47.0 และรองลงไปคือเป็นหนี้/ค่าใช้จ่ายชีวิตประจำ
วันมาก ร้อยละ 35.3

เวลาผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องเงินทองส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักขอยืมหรือพึ่งพาบิดามารดา คิดเป็น
ร้อยละ 32.5 รองลงไปคือ ยืมเพื่อน ร้อยละ 27.5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3 ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะวิธีการใช้ยาเสพติดและสภาพการใช้ยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีการใช้ยาเสพติด		
วิธีการสูดดมควัน	118	98.3
วิธีสูดดมควันและรับประทาน	2	1.7
สถานที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก		
บ้านตนเอง	13	10.8
บ้านเพื่อน	77	64.2
ที่ทำงาน	15	12.5
โรงเรียน	15	12.5
มักเสพยาเสพติดกับใคร		
เสพคนเดียว	32	26.7
เสพกับเพื่อน	80	66.7
เสพกับพี่น้อง	1	0.8
เสพกับคูรัก	7	5.8
ความถี่ในการใช้ยาเสพติด		
ทุกวัน – เกือบทุกวัน	70	58.3
อาทิตย์ละ 2 -3 วัน	43	35.8
อาทิตย์ละครั้ง	5	4.2
เดือนละ 2-3 ครั้ง	2	1.7

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะวิธีการใช้ยาเสพติดและสภาพการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยมีอาการเกิดพิษจากยา		
ไม่เคย	45	37.5
เคย	75	62.5
การเข้ารับการรักษาจากใช้สารเสพติดเกินขนาด		
ไม่เคย	113	94.2
เคย	7	5.8

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยที่เสพยาแอมเฟตามีน ใช้วิธีการเสพยาโดยการสูดควัน (นำยาบ้ามาใส่กระดาษฟรอยด์นำไปลนไฟ แล้วใช้หลอดสูดควัน) วิธีการนี้เป็นวิธีที่พบมากที่สุดพบร้อยละ 98.3 รองลงไปคือทั้งสูดควันและรับประทานทั้งสองอย่างคิดเป็นร้อยละ 1.7

สถานที่ที่ผู้ป่วยนิยมใช้ยาเสพติดครั้งแรกมากที่สุดคือ บ้านเพื่อน ร้อยละ 64.2 ส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยนิยมเสพยาเสพติดร่วมด้วยคือ กลุ่มเพื่อน ร้อยละ 66.7 รองลงไปคือเสพคนเดียวร้อยละ 26.7 นับว่ากลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ความถี่ในการใช้ยาเสพติด ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดทุกวัน - เกือบทุกวัน ร้อยละ 58.3 และรองลงไปคือ อาทิตย์ละ 2-3 วัน คิดเป็นร้อยละ 35.8

พบว่าผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน เคยมีอาการเกิดพิษจากยาถึงร้อยละ 62.5 และไม่มีอาการร้อยละ 37.5 อาการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยบอกมาคือ มีหายใจหอบเหนื่อย แน่น เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด บางรายเป็นลมหมดสติและชัก และผู้ป่วยที่เคยได้เข้ารับการรักษาจากการใช้ยาเกินขนาดมีร้อยละ 5.8 จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยประมาณ 1-2 ครั้ง

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของการใช้ยาเสพติดและชนิดของยาเสพติดชนิดอื่นๆที่ใช้ ร่วมกับการเสพยาของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ	53	44.2
ไม่เคยใช้ยาเสพติดชนิดอื่น	67	55.8
ยาเสพติดที่ใช้ร่วม (n = 53)		
บุหรี	4	7.5
สุรา	4	7.5
กัญชา	5	9.4
ยานอนหลับ	3	5.6
ไอซ์	18	34.0
ยาเค/ยาอี	8	15.0
ใช้สารเสพติดมากกว่า 1 อย่างร่วมกัน	11	21.0

จากตารางที่ 6 พบว่าการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่เคยใช้ยาเสพติดชนิดอื่น ร่วมด้วยจะเสพยาอย่างเดียวเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 55.8 และมีการใช้ยาเสพติดอื่นร่วม ด้วยร้อยละ 44.2 ส่วนยาเสพติดที่ผู้ป่วยนิยมใช้มากที่สุดคือ ไอซ์ ร้อยละ 34.0 รองลงมาคือใช้ สารเสพติดหลายๆอย่างร่วมกัน เช่นสุรา บุหรี กัญชา มากกว่า 1 อย่างร่วมกันคิดเป็นร้อยละ 21.0

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยอายุที่ช้ำยาเสพติดครั้งแรก , ใช้เป็นประจำและใช้มากที่สุดในชีวิต , ความถี่และปริมาณการเสพยาเสพติดของผู้ป่วย และจำนวนเงินที่ต้องจ่ายในการซื้อหายาเสพติด

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด	Minimum	Maximum	Mean	SD.
ช่วงอายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด (ปี)	8	41	18.73	6.04
ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดเป็นประจำ (ปี)	9	41	20.83	5.94
ช่วงอายุที่ใช้มากที่สุดในชีวิต (ปี)	14	46	22.61	6.13
ปริมาณยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดในชีวิต (เม็ด/วัน)	1	60	8.74	8.39
จำนวนเงินที่ซื้อสารเสพติดต่อสัปดาห์ (บาท)	300	15,000	2,320.45	2,200.78

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเริ่มทดลองใช้ยาเสพติดในช่วงอายุเฉลี่ย 18.73 ± 6.04 ปี อายุที่น้อยที่สุดที่เริ่มใช้ยาเสพติดคือ 8 ปี และช่วงอายุที่น้อยสุดที่เสพยาเสพติดเป็นประจำคืออายุ 9 ปี และมีช่วงอายุน้อยสุดที่ใช้ยาเสพติดมากที่สุดในชีวิตคือ อายุ 14 ปี ปริมาณที่ใช้มากที่สุดในชีวิตใช้มากที่สุดถึง 60 เม็ด/วัน

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยความถี่และปริมาณในการเสพยาเสพติดของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาประมาณ 6 เดือนก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด	Minimum	Maximum	Mean	SD.
ปริมาณยาบ้าที่ใช้มากที่สุด (เม็ด/วัน)	1	20	4.37	3.98
ความถี่ในการใช้ที่มากที่สุด (ครั้ง/วัน)	1	10	1.93	1.35

จากตารางที่ 8 จะเห็นได้ว่า ในช่วงระยะเวลาประมาณ 6 เดือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษา พบว่าผู้ป่วยมีความถี่ในการใช้ยาเสพติดโดยเฉลี่ยวันละ 1.93 ± 1.35 ครั้ง/วัน และปริมาณของยาเสพติดที่เสพในแต่ละครั้งโดยเฉลี่ย / วัน 4.37 ± 3.98 เม็ด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางสังคม

2.1 ข้อมูลด้านสภาพครอบครัว

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของอายุ รายได้ ของบิดามารดา และรายได้ของครอบครัวของผู้ป่วย

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยของอายุ , รายได้ของบิดามารดา

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้จ่าย	Minimum	Maximum	Mean	SD.
อายุของบิดา	31	75	53.71	8.73
รายได้ของบิดา	1,500	30,000	8,303.37	6,578.90
อายุของมารดา	31	80	50.63	9.05
รายได้ของมารดา	1,500	50,000	6,693.87	6,694.60

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าบิดามารดาของผู้ป่วยที่ยังคงมีชีวิตอยู่นั้น บิดามีอายุเฉลี่ย 53.71 ± 8.73 ปี มีรายได้เฉลี่ย $8,303.37 \pm 6,578.90$ บาท/เดือน ส่วนมารดามีอายุเฉลี่ย 50.63 ± 9.05 ปี มีรายได้เฉลี่ย $6,693.87 \pm 6,694.60$ บาท / เดือน

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับลักษณะอาชีพของบิดามารดาของผู้ป่วย และ รายได้ครอบครัว

ลักษณะของการประกอบอาชีพของบิดามารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพบิดา		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	2.5
รับราชการ	10	8.3
รัฐวิสาหกิจ	9	7.5
ค้าขาย	21	17.5
รับจ้าง	32	26.7
เกษตรกรรม	20	16.7
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	2	1.7
ไม่ทราบ	23	19.1
อาชีพมารดา		
แม่บ้าน	23	19.2
รับราชการ	1	0.8
รัฐวิสาหกิจ	3	2.5
รับจ้าง	34	28.3
เกษตรกรรม	16	13.3
ค้าขาย	37	30.9
ไม่ทราบ	6	5.0
รายได้ครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,000 (บาท / เดือน)	8	6.7
5,000- 10,000	31	25.8
10,001- 15,000	35	29.2
15,001- 20,000	25	20.8
มากกว่า 20,000	21	17.5

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า บิดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.7 ส่วนมารดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 30.9 รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ช่วง 10,001-15,000 บาท/เดือนคิดเป็นร้อยละ 29.2 ซึ่งประวัติในส่วนนี้ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาชีพของบิดามารดา เนื่องจากไม่ได้อยู่ด้วยกันตั้งแต่เกิด หรือไม่เคยรู้จักเห็นหน้าว่า บิดามารดาตนเป็นใคร และบิดาหรือมารดาเสียชีวิตแล้วตั้งแต่เด็ก จึงทำให้ไม่สามารถได้ข้อมูลจากผู้ปกครองทุกคน

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของบิดาและมารดาของผู้ป่วย

สภาพความเป็นอยู่ของบิดามารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บิดา		
มีชีวิตอยู่	91	75.8
เสียชีวิตแล้ว	24	20.0
ไม่ทราบ	5	4.2
มารดา		
มีชีวิตอยู่	106	88.3
เสียชีวิตแล้ว	12	10.0
ไม่ทราบ	2	1.7
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
มีชีวิตอยู่ร่วมกัน	47	39.2
ไม่อยู่ร่วมกัน	73	60.8
สาเหตุที่บิดามารดาไม่ได้อยู่ร่วมกัน		
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต / บิดามารดาเสียชีวิต	34	46.6
บิดามารดาหย่าร้าง/แยกทางกัน	39	53.4

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า บิดาและมารดาผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 75.8 และ 88.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่บิดาและมารดาของผู้ป่วยไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันร้อยละ 60.8 และในกลุ่มของผู้ป่วยที่บิดามารดาไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการหย่าร้าง/แยกทางกัน ร้อยละ 53.4 รองลงไปที่การที่บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งหรือบิดามารดาทั้งคู่เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 46.6

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนร้อยละของลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย

ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	51	42.5
มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	52	43.3
มีการทะเลาะรุนแรงบางครั้ง	15	12.6
มีการทะเลาะรุนแรงบ่อยๆ	1	0.8
ต่างคนต่างอยู่	1	0.8

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย มีการทะเลาะกันบ้าง โดยไม่รุนแรงร้อยละ 43.3 รองลงไปที่ อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่นร้อยละ 42.5 ซึ่งใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนของพี่น้องในครอบครัวของผู้ป่วย (n = 120)

ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว	Minimum	Maximum	Mode	Mean	SD.
จำนวนพี่น้องทั้งหมด	*0	8	1	2.15	1.41
จำนวนพี่น้องที่เป็นเพศหญิง	*0	4	1	1.05	0.90
จำนวนพี่น้องที่เป็นเพศชาย	*0	5	1	1.08	0.97
ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่	*0	3	1	0.85	0.95

*0 = เป็นบุตรคนเดียวไม่มีพี่น้อง

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ มีพี่น้องในครอบครัว 1 คน (ไม่นับรวมตัวผู้ป่วย) คิดเป็นเพศหญิงโดยเฉลี่ย 1.05 ± 0.90 คน และเป็นเพศชายโดยเฉลี่ย 1.08 ± 0.97 ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นบุตรคนแรกของครอบครัว

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการเสพยาเสพติดของบิดามารดาและพี่น้องของผู้ป่วย

ประวัติการเสพยาเสพติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บิดา		
เคยใช้ยาเสพติด	60	50.0
ไม่เคยใช้ยาเสพติด	37	30.8
ไม่ทราบ	23	19.2
มารดา		
เคยใช้ยาเสพติด	7	5.8
ไม่เคยใช้ยาเสพติด	108	90.0
ไม่ทราบ	5	4.2
พี่น้อง (n = 116)		
เคยใช้ยาเสพติด	39	33.6
ไม่เคยใช้ยาเสพติด	77	66.4

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่า มารดา และพี่น้องของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเสพยาเสพติดร้อยละ 90.0 และ 66.4 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มยกเว้นบิดาที่มีประวัติการเสพยาเสพติดมากที่สุดคือ บิดา คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงไปคือ พี่น้อง ร้อยละ 33.6 และมารดาเคยมีประวัติเสพยาเสพติดน้อยที่สุดร้อยละ 5.8

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของชนิดยาเสพติดที่บิดามารดาของผู้ป่วยเคยเสพ

ชนิดของยาเสพติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยาเสพติดที่บิดาเสพ (n = 60)		
ยาบ้า บุหรี่ และสุรา	4	6.7
บุหรี่และสุรา	56	93.3
ยาเสพติดที่มารดาเสพ (n = 7)		
ยาบ้า	1	14.3
สุรา, บุหรี่	6	85.7

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่าชนิดของยาเสพติดที่บิดาของผู้ป่วยเสพมากที่สุดคือ บุหรี่และสุรา ร้อยละ 93.3 รองลงไปคือ ยาบ้า บุหรี่ และสุรา ร้อยละ 6.7 ส่วนมารดาของผู้ป่วยเสพยาสุราและบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 85.7 รองลงไปคือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 14.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติโรคจิต-ประสาทในกลุ่มญาติพี่น้อง

ประวัติโรคจิต-ประสาท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ญาติเคยเป็นโรคจิต – ประสาท		
เคย	7	5.8
ไม่เคย	113	94.2
บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตประสาท		
บิดา	1	14.3
มารดา	1	14.3
ญาติฝ่ายบิดา	1	14.3
ญาติฝ่ายมารดา	3	42.8
พี่น้อง	1	14.3

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีญาติที่ป่วยเป็น โรคจิต-ประสาท คิดเป็นร้อยละ 94.2 สำหรับบุคคลที่พบว่าป่วยเป็น โรคจิต-ประสาทสูงสุดคือ ญาติฝ่ายมารดา ร้อยละ 42.8 ส่วน ในบิดา-มารดาและญาติฝ่ายบิดาพบเท่ากันร้อยละ 14.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนครั้งของประวัติการแต่งงานของผู้ป่วย

ประวัติการแต่งงาน	Minimum	Maximum	Mean	SD.
ผู้ป่วยแต่งงานเมื่ออายุ	14	28	20.16	3.817
แต่งงานมาแล้วจำนวน (ครั้ง)	1	4	1.53	0.767

จากตารางที่ 17 แสดงถึงช่วงวัยที่เริ่มแต่งงานของผู้ป่วย ซึ่งมีเกณฑ์อายุเฉลี่ย 20.16 ± 3.817 ปี และอัตราการการแต่งงานโดยเฉลี่ย 1.53 ± 0.767 ครั้ง

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ และประวัติของกลุ่มสมรส

ประวัติการแต่งงานของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการอยู่กินด้วยกัน (n = 42)		
น้อยกว่า 1 ปี	2	4.8
1- 5 ปี	27	64.2
มากกว่า 5 ปี แต่ไม่เกิน 10 ปี	7	16.7
มากกว่า 10 ปี	6	14.3
มีบุตรด้วยกัน		
ไม่มีบุตร	14	33.3
มีบุตร	28	66.7
จำนวนบุตร		
1-2 คน	23	82.1
1- 4 คน	5	17.9
ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส		
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	9	21.4
ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	13	31.1
ทะเลาะอย่างรุนแรงเป็นบางครั้ง	11	26.1
มีการทะเลาะอย่างรุนแรงบ่อยๆ	8	19.0
ต่างคนต่างอยู่	1	2.4
สภาพปัญหาที่พบได้บ่อยระหว่างคู่สมรส (n = 42)		
ปัญหาหาเสพติด	18	42.8
เศรษฐกิจ	12	28.6
หึงหวง	10	23.8
บุคคลที่ 3 /ญาติพี่น้อง	2	4.8
การใช้จ่ายเสพติดของกลุ่มสมรส (n = 42)		
คู่สมรสเคยใช้สารเสพติด	14	33.3
คู่สมรสไม่เคยใช้ยาเสพติด	28	66.7

ตารางที่ 18 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ของกลุ่มสมรส

ชนิดยาเสพติดที่ผู้สมรสใช้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของยาเสพติดที่ผู้สมรสเคยใช้ (n = 14)		
สุรา	6	42.9
ยาบ้า	2	14.3
บุหรี	1	7.1
กัญชา	1	7.1
สุรา บุหรีและยาบ้า	4	28.6

จากตารางที่ 18 แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่อยู่ด้วยกันส่วนใหญ่คือ 1 ถึง 5 ปีร้อยละ 64.2 ซึ่งผู้ป่วยมีบุตรด้วยกันกับคู่สมรส ร้อยละ 66.7 พบว่าส่วนใหญ่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสมักมีการทะเลาะกันบ้างเป็นบางครั้งแต่ไม่รุนแรง ร้อยละ 31.1 และมีการทะเลาะรุนแรงบางครั้งร้อยละ 26.1 สภาพปัญหาที่พบบ่อยระหว่างคู่สมรสคือ ปัญหาจากเรื่องยาเสพติดร้อยละ 40.6 รองลงมาคือปัญหาจากสภาพเศรษฐกิจฝืดเคืองร้อยละ 28.1

จากประวัติโดยส่วนใหญ่คู่สมรสไม่เคยมีประวัติการใช้ยาเสพติด ร้อยละ 66.7 ส่วนในกลุ่มที่มีประวัติการใช้ยาเสพติดมีร้อยละ 33.3 พบว่าในกลุ่มคู่สมรสของผู้ป่วยมีประวัติการใช้สุรา สูงสุดร้อยละ 42.9 รองลงไปใช้ยาบ้า บุหรีและสุราร่วมกันร้อยละ 28.6

ข้อมูลสภาพของผู้มีสถานภาพโสด

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติสำหรับผู้มีสถานภาพโสด

รายละเอียดผู้ป่วยที่ยังเป็นโสด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีคู่รัก (n = 78)		
มีคู่รัก	51	65.3
ไม่มีคู่รัก	27	34.7
จำนวนคู่รักที่เคยมี (n = 51)		
จำนวน 1 คน	48	94.1
จำนวน 2 คน	3	5.9
Minnimum = 1.00	Maximum = 2.00	
Mean = 1.06	S.D = 0.23	
คู่รักไม่มีพฤติกรรมติดยาเสพติด	17	33.3
คู่รักมีพฤติกรรมติดยาเสพติด	34	66.7
ชนิดของยาเสพติดที่คู่รักใช้		
เฮโรอีน , ยาบ้า , สุรา , บุหรี่	3	8.9
สุรา , บุหรี่ , ยาบ้า , กัญชา	6	17.6
ยาบ้า , สุรา , บุหรี่ , ไอซ์	25	73.5

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้ป่วยโสดส่วนใหญ่เคยมีคู่รักแล้วร้อยละ 65.3 ซึ่งจำนวนของคู่รักที่เคยมีมากที่สุดคือ 2 คน และน้อยที่สุดคือ 1 คน โดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีจำนวนของคู่รัก 1.06 ± 0.23 คน โดยส่วนใหญ่คู่รักของผู้ป่วยเคยมีประวัติใช้ยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 66.7 ในกลุ่มคู่รักที่ใช้ยาเสพติดพบว่าคู่รักของผู้ป่วยมีการใช้ยาบ้า , สุรา , บุหรี่และไอซ์ร่วมกันสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 73.5 รองลงไปใช้ สุรา , บุหรี่ , ยาบ้า และกัญชาร่วมกัน ร้อยละ 17.6

2.2 ข้อมูลประวัติการศึกษา

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการศึกษาของผู้ป่วย

ประวัติการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา (n=120)		
กำลังศึกษา	12	10.0
ไม่ได้ศึกษา	108	90.0
การศึกษาระดับชั้นสูงสุด		
ประถมศึกษา	35	29.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	35.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	33	27.5
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง / อนุปริญญา	8	6.7
ปริญญาตรี	1	0.8
เกรดเฉลี่ยก่อนใช้ยาเสพติด		
น้อยกว่า 1.00	1	0.8
1.01- 2.00	23	19.2
2.01- 3.00	81	67.5
มากกว่า 3.00	15	12.5

จากตารางที่ 20 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษา/จบการศึกษาแล้ว ร้อยละ 90 ระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.8 ส่วนเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 2.01 - 3.00 ร้อยละ 67.5

2.3 ข้อมูลการกระทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่างๆของผู้ป่วย

ข้อมูลการกระทำผิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยถูกภาคทัณฑ์	95	79.2
เคยถูกภาคทัณฑ์	25	20.8
สาเหตุที่ถูกภาคทัณฑ์ (n = 25)		
โดดเรียน	7	28.0
ตรวจพบ/ใช้สารเสพติด	1	4.0
ทะเลาะวิวาท	15	60.0
เรื่องชู้สาว	1	4.0
แต่งตัวผิดระเบียบ	1	4.0
ไม่เคยถูกพักการเรียน	109	90.8
เคยถูกพักการเรียน	11	9.2
สาเหตุของการถูกพักการเรียน (n = 11)		
โดดเรียน	3	27.3
ทะเลาะวิวาท	5	45.4
การเสพยาเสพติด	3	27.3
ไม่เคยถูกไล่ออกจากโรงเรียน	110	91.7
เคยถูกไล่ออกจากโรงเรียน	10	8.3

ตารางที่ 21 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่างๆของผู้ป่วย

ข้อมูลการกระทำผิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาเหตุที่ถูกไล่ออกจากโรงเรียน_ (n = 10)		
ทะเลาะวิวาท	5	50.0
โดดเรียน	3	30.0
การเสพยาเสพติด	1	10.0
ทำร้ายร่างกาย	1	10.0
ไม่เคยถูกจับ	41	34.2
เคยถูกจับ	79	65.8
คดีความที่ถูกจับ (n = 79)		
เสพยาเสพติด	50	63.3
มียาเสพติดไว้ในครอบครอง	27	34.2
ทำร้ายร่างกายผู้อื่น	2	2.5

จากตารางที่ 21 พบว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ไม่เคยถูกภาคทัณฑ์ร้อยละ 79.2 ในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยถูกภาคทัณฑ์ พบว่า ผู้ป่วยถูกภาคทัณฑ์จากสาเหตุการทะเลาะวิวาทสูงสุดร้อยละ 60.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยถูกสั่งพักการเรียนร้อยละ 90.8 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกสั่งพักการเรียนนั้น ผู้ป่วยเคยถูกสั่งพักการเรียนจากสาเหตุการทะเลาะวิวาทมากที่สุด ร้อยละ 45.4

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยถูกไล่ออกจากโรงเรียนร้อยละ 91.7 ส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ที่ถูกไล่ออกจากโรงเรียนพบว่า ผู้ป่วยถูกไล่ออกจากโรงเรียนด้วยสาเหตุทะเลาะวิวาทสูงสุด ร้อยละ 50.0

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยมีประวัติถูกจับด้วยการกระทำผิดจากคดีความต่างๆมากที่สุดร้อยละ 65.8 มีการกระทำผิดในคดีเสพยาเสพติดสูงสุดร้อยละ 63.3 รองลงมาคือ มียาเสพติดไว้ในครอบครอง ร้อยละ 34.2

2.4 ข้อมูลกลุ่มเพื่อน

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มเพื่อน

ประวัติกลุ่มเพื่อน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของกลุ่มเพื่อน		
พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด	117	97.5
ไม่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด	3	2.5
ชนิดของยาเสพติดที่เพื่อนเสพ (n = 117)		
เฮโรอีน , ยาบ้า , บุหรี่ , สุรา	1	0.9
ยาบ้า , สุรา และ บุหรี่	67	57.3
กัญชา , สุรา และ บุหรี่	10	8.5
สุรา และ บุหรี่	10	8.5
ยาบ้า, สุรา, บุหรี่ และ กัญชา	29	24.8

จากตารางที่ 22 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกลุ่มเพื่อนที่คบด้วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดสูงถึงร้อยละ 97.5 ชนิดของยาเสพติดที่นิยมสูงสุดในกลุ่มเพื่อนของผู้ป่วยคือ เสพยาบ้า , สุราและบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 57.3 และรองลงไปคือ เสพทั้งยาบ้า, สุรา บุหรี่ และกัญชา ร้อยละ 24.8

2.5 ข้อมูลของเกี่ยวกับสภาพชุมชนสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะของชุมชน

ลักษณะชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานที่พักอาศัยอยู่ใกล้เคียง		
ชุมชนแออัด	13	10.8
สถานบันเทิงต่างๆ	42	35.0
ตลาด	39	32.5
วัด	9	7.5
โรงเรียน	17	14.2

จากตารางที่ 23 พบว่า ส่วนใหญ่บ้านของผู้ป่วยใกล้เคียงกับสถานบันเทิงต่างๆมากที่สุด ร้อยละ 35.0 รองลงไปคือ ตลาดร้อยละ 32.5 และ โรงเรียน ร้อยละ 14.2

2.6 รูปแบบและการจัดหาได้มาซึ่งยาเสพติด

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการได้มาซึ่งยาเสพติด

วิธีการได้มาของยาเสพติด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สามารถซื้อยาเสพติดจากบุคคลใด		
เพื่อนๆที่ติดยาด้วยกัน	81	67.5
ผู้ขายยาเสพติดรายย่อย	23	19.2
สั่งโดยตรงจากตัวแทนจำหน่าย	13	10.8
ให้เด็กเป็นตัวกลางในการติดต่อซื้อขาย	2	1.7
ให้เพื่อนนำมาส่งให้ที่บ้าน	1	0.8
แหล่งขายยาเสพติด		
ที่พักของผู้ขายยา	89	74.2
สถานีบริการน้ำมัน	2	1.7
ร้านอาหาร	3	2.5
ศูนย์การค้า	10	8.3
ที่ทำงาน	5	4.2
ศูนย์การค้า ร้านอาหาร สถานีน้ำมัน	10	8.3
แหล่งขายยาเสพติดตั้งอยู่บริเวณ		
อยู่ในชุมชนเดียวกับที่พักอาศัย	55	45.8
อยู่นอกชุมชนที่ที่พักอาศัยแต่เดินทางไปซื้อได้ไม่ลำบาก	64	53.3
อยู่ต่างจังหวัดต้องเดินทางไกล	1	0.8
ระยะเวลาในการได้มาซึ่งยาเสพติดในการซื้อแต่ละครั้ง		
ภายใน 1 -10 นาที	54	45.0
ภายใน 30 นาที	44	36.7
ภายใน 1 ชั่วโมง	18	15.0
มากกว่า 1 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 วัน	3	2.5
มากกว่า 1 วัน แต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์	1	0.8

จากตารางที่ 24 พบว่าผู้ป่วยมักซื้อหายาเสพติดโดยตรงจากเพื่อนๆที่ติดยาด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 67.5 รองลงไปที่คือ ซื้อยาเสพติดจากเพื่อน ร้อยละ 19.2 โดยมีการเดินทางไปซื้อถึงที่พักของผู้ขายยาด้วยตนเองร้อยละ 74.2 แหล่งขายยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่นอกชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ซึ่งสามารถเดินทางไปซื้อยาเสพติดได้ไม่ลำบากร้อยละ 53.3 ในการซื้อหา ยาเสพติดแต่ละครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เวลาในการรอคอยไม่นานมากนัก ส่วนใหญ่ร้อยละ 45 ใช้เวลาภายใน 1-10 นาทีก็ได้รับยาเสพติด รองลงมาคือใช้เวลาภายใน 30 นาที เมื่อคิดถึง ระยะเวลาของการได้มาซึ่งยาเสพติดตั้งแต่ 1 นาที - 1 ชั่วโมง พบว่ามีสูงถึง ร้อยละ 96.7 ซึ่ง นับว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดหาเสพติดได้ง่าย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูล เหตุการณ์ด้านสะเทือนขวัญ

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของเหตุการณ์สะเทือนขวัญทางด้านภัยพิบัติและเหตุการณ์สะเทือนขวัญทั่วไปในชีวิตที่ผู้ป่วยเคยประสบในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

เหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(n = 120)		
ประสบกับอุบัติเหตุที่รุนแรงบนท้องถนน		
เคย	84	70.0
ไม่เคย	36	30.0
อยู่ในเหตุการณ์อุบัติเหตุที่อาจทำให้เสียชีวิต		
เคย	50	41.7
ไม่เคย	70	58.3
อยู่ในเหตุการณ์น้ำท่วม ไฟไหม้หรืออุบัติเหตุทางธรรมชาติ		
เคย	21	17.5
ไม่เคย	99	82.5
อยู่ในเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเองหรือผู้อื่นได้		
เคย	43	35.8
ไม่เคย	77	64.2
รับรู้ว่าคนใกล้ชิด เจอเหตุร้ายต่างๆ		
ไม่เคย	67	55.8
เคย	53	44.2

จากตารางที่ 25 พบว่า ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดสัดส่วนใหญ่จะเคยมีเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิตทางด้านภัยพิบัติ และเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆไปในชีวิต มากที่สุด คือเคยประสบกับอุบัติเหตุที่รุนแรงบนท้องถนนร้อยละ 70 รองลงไปคือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคนใกล้ชิด เจอเหตุร้ายต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 55.8

ตารางที่ 26 แสดงจำนวนและร้อยละของเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิตด้านอาชญากรรมที่ผู้ป่วยเคยประสบในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

เหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยถูกระบุร้ายจากการปล้นชิงทรัพย์		
เคย	4	3.3
ไม่เคย	116	96.7
เคยถูกขู่ด้วยอาวุธจับเป็นตัวประกัน		
เคย	12	10.0
ไม่เคย	108	90.0
ตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้อื่นถูกฆ่า หรือถูกทำร้ายอย่างรุนแรง		
เคย	28	23.3
ไม่เคย	92	76.7
เคยอยู่ในเหตุการณ์ที่เห็นผู้ร้ายบุกกรุกเข้าบ้าน		
เคย	4	3.3
ไม่เคย	116	96.7

จากตารางที่ 26 พบว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิตด้านอาชญากรรมที่ผู้ป่วยพบมากที่สุดคือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้อื่นถูกฆ่าหรือถูกทำร้ายอย่างรุนแรงร้อยละ 23.3 รองลงมาคือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยถูกขู่ด้วยอาวุธจับเป็นตัวประกัน ร้อยละ 10.0

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนและร้อยละของเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิตด้านร่างกายและด้านเพศที่ผู้ป่วยเคยประสบในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

เหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง		
เคย	35	29.2
ไม่เคย	85	70.8
ถูกทารุณกรรมอย่างรุนแรงตอนเป็นเด็ก		
เคย	2	1.7
ไม่เคย	118	98.3
ถูกทอดทิ้งตอนเป็นเด็ก		
เคย	11	9.2
ไม่เคย	109	90.8
ถูกข่มขืนกระทำชำเรา		
เคย	9	7.5
ไม่เคย	111	92.5
ถูกล่วงเกินทางเพศ		
เคย	18	15.0
ไม่เคย	102	85.0

จากตารางที่ 27 พบว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญด้านร่างกายและเพศที่ผู้ป่วยเคยพบมากที่สุดคือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง ร้อยละ 29.2 รองลงมาคือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยถูกข่มขืนกระทำชำเรา ร้อยละ 7.5

ตารางที่ 28 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับเพศ ที่เคยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญในด้านต่างๆ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต	เพศชาย คน (ร้อยละ)	เพศหญิง คน (ร้อยละ)
ด้านภัยพิบัติ (disaster) และเหตุการณ์สะเทือนขวัญทั่วไป (trauma)		
ประสบกับอุบัติเหตุที่รุนแรงบนท้องถนน	50 (83.3)	34 (56.7)
เคยอยู่ในเหตุการณ์อุบัติเหตุ ที่อาจทำให้เสียชีวิต	25 (41.7)	25 (42.4)
เคยอยู่ในเหตุการณ์ น้ำท่วม ไฟไหม้ หรืออุบัติเหตุทางธรรมชาติ	10 (16.7)	11 (18.3)
เคยอยู่ในเหตุการณ์การยิงกัน การวางระเบิด หรือเหตุการณ์ใดๆก็ตามที่ อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเองหรือผู้อื่น หรือเคย ร่วมรบในสงคราม หรือปฏิบัติภารกิจทางทหาร(ในแนวหน้า มีการปะทะกับข้าศึก)	32 (53.3)	11 (18.3)
เคยรับรู้ว่ามีคนใกล้ชิดเจอเหตุร้ายต่างๆ เช่น ถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต	30 (50.0)	37 (62.7)

ตารางที่ 28 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับเพศ ที่เคยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญในด้านต่างๆ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต	เพศชาย คน (ร้อยละ)	เพศหญิง คน (ร้อยละ)
เหตุการณ์ด้านอาชญากรรม (Crime)		
เคยถูกประทุษร้าย จากการปล้นชิงทรัพย์	1 (1.7)	3 (5.0)
เคยถูกขู่ด้วยอาวุธ ถูกจับเป็นตัวประกัน หรือถูกลักพาตัว	10 (16.7)	2 (3.3)
เคยตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้อื่นถูกฆ่า หรือ ถูกทำร้ายอย่างรุนแรง	18 (30.0)	10 (16.7)
เคยอยู่ในเหตุการณ์ที่เห็นผู้ร้ายบุกกรุกเข้าบ้าน	3 (5.0)	1 (1.7)
เหตุการณ์ด้านร่างกาย (physical)และด้านเพศ(sexual)		
เคยถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง	17 (28.3)	18 (30.0)
เคยถูกทารุณกรรมอย่างรุนแรงตอนเป็นเด็ก	0 (0)	2 (3.3)
เคยถูกทอดทิ้งตอนเป็นเด็ก	2 (3.3)	9 (15.0)
เคยถูกข่มขืนกระทำชำเรา	1 (1.7)	8 (13.3)
เคยถูกล่วงเกินทางเพศ	2 (3.3)	16 (26.7)

จากตารางที่ 28 พบว่าผู้ป่วยที่เสพสารเสพติดทั้งหมดที่เคยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญในด้านต่างๆ เมื่อแยกตามเพศจะเห็นว่า เพศชายจะพบเหตุการณ์ทางด้านภัยพิบัติ และ เหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆ ได้มากที่สุดร้อยละ 83.3 รองลงไปที่คือ เหตุการณ์ทางด้านอาชญากรรมร้อยละ 30 ส่วนเพศหญิงส่วนใหญ่แล้วจะพบกับเหตุการณ์ทางด้านร่างกายและเพศมากกว่าเพศชาย เหตุการณ์ที่พบมากที่สุดคือเหตุการณ์เคยถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือเหตุการณ์เคยถูกล่วงเกินทางเพศ และเหตุการณ์เคยถูกข่มขืนกระทำชำเรา ร้อยละ 26.7 และ 13.3 ตามลำดับ ซึ่งจะพบเหตุการณ์นี้ในเพศหญิงสูงกว่าชาย

ตารางที่ 29 แสดงค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเคยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญในแต่ละเหตุการณ์

เหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต	Minimum	Maximum	Mean	SD
1. ประสบกับอุบัติเหตุที่รุนแรงบนท้องถนน	1	10	2.00	1.57
2. เคยอยู่ในเหตุการณ์อุบัติเหตุที่อาจทำให้เสียชีวิต	1	4	1.34	0.76
3. เคยอยู่ในเหตุการณ์ น้ำท่วม ไฟไหม้ หรืออุบัติเหตุทางธรรมชาติ	1	3	1.29	0.64
4. เคยอยู่ในเหตุการณ์การยิงกัน การวางระเบิดหรือเหตุการณ์ใดๆก็ตามที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ตนเองหรือผู้อื่น	1	10	2.71	3.04

ตารางที่ 29 (ต่อ) แสดงค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเคยประสบกับเหตุการณ์สะท้อนขวัญ
ในแต่ละเหตุการณ์และจำนวนครั้งของเหตุการณ์ทั้งหมดทุกเหตุการณ์ที่เคยประสบ

เหตุการณ์สะท้อนขวัญในชีวิต	Minimum	Maximum	Mean	SD
5. เคยรับรู้ว่ามีคนใกล้ชิดเจอเหตุร้ายต่างๆ เช่น ถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต	1	5	1.52	0.96
6. เคยถูกประทุษร้าย จากการปล้นชิงทรัพย์	1	2	1.50	0.57
7. เคยถูกขู่ด้วยอาวุธ ถูกจับเป็นตัวประกัน หรือถูกลักพาตัว	1	2	1.27	0.46
8. เคยตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้อื่นถูกฆ่า หรือ ถูกทำร้ายอย่างรุนแรง	1	5	1.81	1.21
9. เคยอยู่ในเหตุการณ์ที่เห็นผู้ร้ายบุกกรุกเข้าบ้าน	1	1	1.00	0.00
10. เคยถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง	1	7	1.84	1.34
11. เคยถูกทารุณกรรมอย่างรุนแรงตอนเป็นเด็ก	1	1	1.00	0.00
12. เคยถูกทอดทิ้งตอนเป็นเด็ก	1	1	1.00	0.00
13. เคยถูกข่มขืนกระทำชำเรา	1	3	1.00	0.70
14. เคยถูกล่วงเกินทางเพศ	1	10	2.11	2.24
จำนวนครั้งเหตุการณ์สะท้อนขวัญรวมทั้งหมด ทุกเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยประสบ	1	38	5.41	5.10

จากตารางที่ 29 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดทุกคนล้วนแล้วแต่เคยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญในแต่ละด้านแต่ละเหตุการณ์ จำนวนครั้งโดยเฉลี่ยที่เคยพบอย่างน้อยที่สุด 1 ครั้ง และจำนวนครั้งโดยเฉลี่ยที่สูงที่สุดที่เคยประสบ 10 ครั้ง ซึ่งเหตุการณ์ที่พบคือเหตุการณ์ ที่เคยประสบอุบัติเหตุที่รุนแรงบนท้องถนน เคยอยู่ในเหตุการณ์การยิงกัน การวางระเบิดหรือเหตุการณ์ใดๆก็ตาม ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเองหรือผู้อื่น และเหตุการณ์เคยถูกล้วงเงินทางเพศ และจำนวนครั้งของเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้ป่วยเคยประสบทุกเหตุการณ์สูงสุดคือ 38 ครั้ง และต่ำสุดคือ 1 ครั้ง โดยเฉลี่ย 5.4 ครั้ง

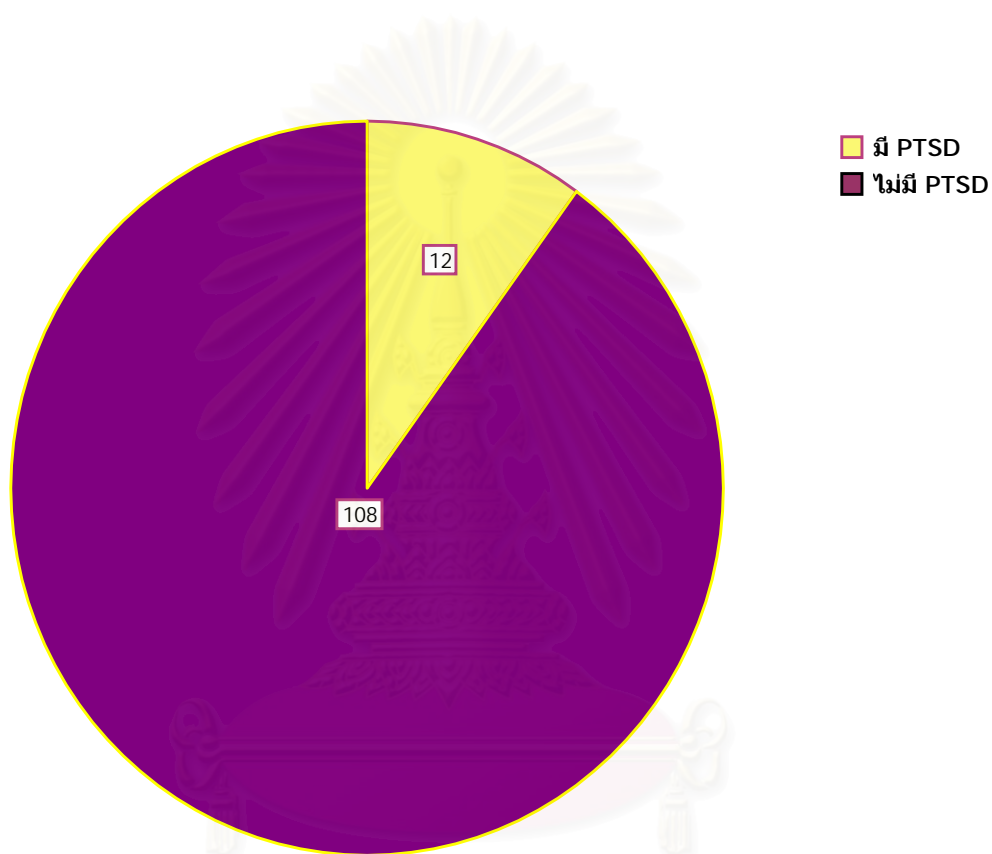
ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ตารางที่ 30 แสดงจำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากการใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างในการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญตามเกณฑ์ของ DSM-IV

เพศ / จำนวนคน (ร้อยละ)	มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ/ คน (ร้อยละ)	ไม่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ/ คน (ร้อยละ)
เพศชาย 60 (50)	2 (3.3)	58 (97.6)
เพศหญิง 60 (50)	10 (16.7)	50 (83.3)

จากตารางที่30 พบว่าผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดมีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และไม่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จำนวน 108 คน เพศหญิงพบโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 3.3 ตามลำดับ

รูปที่ 1. แผนภูมิวงกลมแสดงจำนวนผู้ป่วยแอมเฟตามีนที่มีและไม่มีโรคเครียด
ภายหลังเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 31 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับ ปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน

ปัจจัย	มี PTSD คน (%)	ไม่มี PTSD คน (%)
เพศ (n = 120)		
ชาย	2 (3.3)	58 (96.7)
หญิง	10 (16.7)	50 (83.3)
$\chi^2 = 4.537$ df = 1 p-value = 0.033 *		
อายุ (n=120)		
18 – 25	7 (10.9)	57(89.1)
26 – 35	5 (11.6)	38 (88.4)
35 ปีขึ้นไป	0 (0)	13(100)
$\chi^2 = 1.634$ df = 2 p-value = 0.442		
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	1 (10.0)	9 (90.0)
ว่างงาน	2 (11.1)	16 (88.9)
ค้าขาย	1 (7.7)	12 (92.3)
เกษตรกรรม	0 (0)	2 (100)
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	0 (0)	3 (100)
$\chi^2 = 0.711$ df = 5 p-value = 0.982		
การศึกษา		
กำลังศึกษา	1 (8.3)	11(91.7)
จบการศึกษาแล้ว	11 (10.2)	97(89.8)
$\chi^2 = 0.000$ df = 1 p-value = 1.000		
Fisher ' s Exact = 1.00		

ตารางที่ 31 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน

ปัจจัย	มี PTSD คน (%)	ไม่มี PTSD คน (%)
ระดับผลการเรียน		
ต่ำกว่า 1.00	0 (0)	1 (100.0)
ระหว่าง 1.01 - 2.00	3 (13.0)	20 (87.0)
ระหว่าง 2.01 - 3.00	8 (9.9)	73 (90.1)
ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป	1 (6.7)	14 (93.3)
	$\chi^2 = 0.534 \quad df = 1 \quad p\text{-value} = 0.911$	
	Fisher ' s Exact = 0.906	
รายได้ผู้ป่วย (บาท / เดือน)		
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 10,000	5(7.2)	64 (92.8)
ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป	4 (17.4)	19 (82.6)
	$\chi^2 = 1.026 \quad df = 1 \quad p\text{-value} = 0.311$	
	Fisher ' s Exact = 0.220	
รายได้ครอบครัว (บาท / เดือน)		
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 10,000	3 (8.1)	34 (91.9)
ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป	9 (11)	73 (89.0)
	$\chi^2 = 0.023 \quad df = 1 \quad p\text{-value} = 0.879$	
	Fisher ' s Exact = 0.752	
สถานภาพสมรส		
โสด	7 (9.0)	71 (91.0)
คู่	4 (12.5)	28 (87.5)
หม้าย / หย่า	1 (12.5)	7 (87.5)
แยกกันอยู่	0 (0)	2 (100)
	$\chi^2 = 0.591 \quad df = 3 \quad p\text{-value} = 0.898$	
	Fisher ' s Exact = 0.746	

ตารางที่ 31 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)
กับปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยที่คิดสารแอมเฟตามีน

ปัจจัย	มี PTSD	ไม่มี PTSD
	คน (%)	คน (%)
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	3 (5.9)	48 (94.1)
มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	4 (7.7)	48 (92.3)
มีการทะเลาะอย่างรุนแรงบางครั้ง	4 (26.7)	11 (73.3)
มีการทะเลาะอย่างรุนแรงบ่อยๆ	0 (0)	1 (100.0)
ต่างคนต่างอยู่	0 (0)	1 (100.0)
$\chi^2 = 15.009 \quad d f = 4 \quad P\text{-value} = 0.005^{***}$		
ความสัมพันธ์กับคู่สมรส		
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	3 (33.3)	6 (66.7)
มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	0 (0)	13 (100.0)
มีการทะเลาะอย่างรุนแรงบางครั้ง	2 (16.7)	10 (83.3)
มีการทะเลาะอย่างรุนแรงบ่อยๆ	1 (12.5)	7 (87.5)
ต่างคนต่างอยู่	0 (0)	1 (100.0)
$\chi^2 = 5.173 \quad d f = 4 \quad p\text{-value} = 0.270$		

*P < 0.05

**P < 0.01

***P < 0.001

จากตารางที่ 31 โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีความสัมพันธ์กับเพศและความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับ เหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญ	มี PTSD คน (%)	ไม่มี PTSD คน (%)
1. ประสบกับอุบัติเหตุที่รุนแรงบนท้องถนน		
ไม่เคย	6 (16.7)	30 (83.3)
เคย	6 (7.1)	78 (92.9)
	$\chi^2 = 1.592 \text{ df} = 1 \text{ p-value} = 0.111$	
	Fisher ' s Exact = 0.180	
2. อยู่ในเหตุการณ์อุบัติเหตุที่อาจทำให้เสียชีวิต		
ไม่เคย	4 (5.8)	65 (94.2)
เคย	7 (14.0)	43 (86.0)
	$\chi^2 = 1.450 \text{ df} = 1 \text{ p-value} = 0.228$	
	Fisher ' s Exact = 0.199	
3. อยู่ในเหตุการณ์น้ำท่วม ไฟไหม้หรืออุบัติเหตุทางธรรมชาติ		
ไม่เคย	10 (10.1)	89 (89.9)
เคย	2 (9.5)	19 (90.5)
	$\chi^2 = 0.000 \text{ df} = 1 \text{ p-value} = 1.000$	
	Fisher ' s Exact = 1.000	

ตารางที่ 32 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญ	มี PTSD	ไม่มี PTSD
	คน (%)	คน (%)
4. อยู่ในเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเอง หรือผู้อื่นได้		
ไม่เคย	10 (13.0)	67 (87.0)
เคย	2 (4.7)	41 (95.3)
	$\chi^2 = 1.305 \quad df = 1 \quad p\text{-value} = 0.253$	
	Fisher ' s Exact = 0.208	
5. รับรู้ว่ามีคนใกล้ชิด เจอเหตุร้ายต่างๆ		
ไม่เคย	1 (1.9)	51 (98.1)
เคย	11 (16.4)	56 (83.6)
	$\chi^2 = 5.280 \quad df = 1 \quad p\text{-value} = 0.022^*$	
	Fisher ' s Exact = 0.012*	
6. เคยถูกรบกวนรำยจากการปล้นชิงทรัพย์		
ไม่เคย	11 (9.5)	105 (90.5)
เคย	1 (25.0)	3 (75.0)
	$\chi^2 = 0.029 \quad df = 1 \quad p\text{-value} = 0.865$	
	Fisher ' s Exact = 0.348	

ตารางที่ 32 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญ	มี PTSD	ไม่มี PTSD
	คน (%)	คน (%)
7. เคยถูกขู่ด้วยอาวุธจับเป็นตัวประกัน		
ไม่เคย	9 (8.3)	99 (91.7)
เคย	3 (25.0)	9 (75.0)
	$\chi^2 = 1.739$ d f = 1 p-value = 0.187	
	Fisher ' s Exact = 0.100	
8. ตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้อื่นถูกฆ่า หรือถูกทำร้ายอย่างรุนแรง		
ไม่เคย	10 (10.9)	82 (89.1)
เคย	2 (7.1)	26 (92.9)
	$\chi^2 = 0.047$ d f = 1 p-value = 0.829	
	Fisher ' s Exact = 0.730	
9. เคยอยู่ในเหตุการณ์ที่เห็นผู้ร้ายบุกกรุกเข้าบ้าน		
ไม่เคย	12 (10.3)	104 (89.7)
เคย	0 (0)	4 (100.0)
	$\chi^2 = 0.460$ d f = 1 p-value = 0.498	
	Fisher ' s Exact = 1.000	

ตารางที่ 32 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญ	มี PTSD คน (%)	ไม่มี PTSD คน (%)
10. ถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง		
ไม่เคย	9 (10.6)	76 (89.4)
เคย	3 (8.6)	32 (91.4)
	$\chi^2 = 0.000$ d f = 1 p-value = 1.000	
	Fisher ' s Exact = 1.000	
11. ถูกทารุณกรรมอย่างรุนแรงตอนเป็นเด็ก		
ไม่เคย	12 (10.2)	106 (89.8)
เคย	0 (0)	2 (100.0)
	$\chi^2 = 0.000$ d f = 1 p-value = 1.000	
	Fisher ' s Exact = 1.000	
12. ถูกทอดทิ้งตอนเป็นเด็ก		
ไม่เคย	9 (8.3)	100 (91.7)
เคย	3 (27.3)	8 (72.7)
	$\chi^2 = 2.180$ d f = 1 p-value = 0.140	
	Fisher ' s Exact = 0.080	
13. ถูกข่มขืนกระทำชำเรา		
ไม่เคย	6 (5.4)	105 (94.6)
เคย	6 (66.7)	3 (33.3)
	$\chi^2 = 28.242$ d f = 1 p-value = 0.000***	
	Fisher ' s Exact = 0.000***	

ตารางที่ 32 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญ	มี PTSD คน (%)	ไม่มี PTSD คน (%)
14. ถูกล้วงเงินทางเพศ		
ไม่เคย	7 (6.9)	95 (93.1)
เคย	5 (27.8)	13 (72.2)
$\chi^2 = 5.294$ d f = 1 p-value = 0.006** Fisher ' s Exact = 0.018**		

*P < 0.05

**P < 0.01

***P < 0.001

จากตารางที่ 32. พบว่าโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่ผู้ป่วยเคยรับรู้ว่ามีคนใกล้ชิดเจอเหตุร้ายต่างๆ เคยถูกล้วงเงินทางเพศ และถูกข่มขืนกระทำชำเรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 , 0.01 และที่ระดับ 0.001 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 33 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) กับ การถูกกระทำและทารุณกรรมทางเพศ (sextrauma)

เหตุการณ์สะเทือนขวัญ	มี PTSD	ไม่มี PTSD
	คน (%)	คน (%)
ไม่เคยถูกกระทำทารุณกรรมทางเพศ	5 (5.1)	93 (94.9)
ถูกกระทำทารุณกรรมทางเพศ	7 (31.8)	15 (68.2)

$\chi^2 = 14.249$ df = 1 p-value = 0.000***
 Fisher ' s Exact = 0.001**

**P < 0.01

***P < 0.001

จากตารางที่ 33 พบว่าโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์เหตุการณ์สะเทือนขวัญมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ถูกกระทำและทารุณกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 34 ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์สะเทือนขวัญและปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติ Pearson Correlation (n = 120)

ข้อมูลทั่วไป	r	p - value
อายุ	0.17	0.854
อายุที่ช้ยาเสพติดครั้งแรก	- 0.014	0.883
อายุที่ช้ยาเสพติดเป็นประจำ	- 0.59	0.525
อายุที่ช้ยามากที่สุดในชีวิต	0.31	0.737
ปริมาณยาเสพติดที่ช้มากที่สุดในชีวิต	0.489	0.000 ***
ปริมาณยาเสพติดที่ช้ 6 เดือนก่อนมา -รับการบำบัดรักษา	0.455	0.000 ***
ปริมาณยาที่ช้มากสุดใน 6 เดือน ก่อนมารับบำบัดรักษา	0.468	0.000 ***
รายได้ของผู้ป่วย / เดือน	0.54	0.0612
จำนวนเงินที่ช้ชื้อยา	0.014	0.124
อายุที่แต่งงานครั้งแรก	- 0.268	0.083
จำนวนครั้งที่แต่งงาน	0.115	0.464

ตารางที่ 34 (ต่อ) ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์สะเทือนขวัญและปัจจัยต่างๆโดย ใช้สถิติ Pearson Correlation

ข้อมูลทั่วไป	r	p - value
รายได้บิดา	0.033	0.001
รายได้มารดา	-0.86	0.397
จำนวนพี่น้อง	0.29	0.753

*** P < 0.001

** P < 0.05

จากตารางที่ 34 พบว่าปริมาณยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดในชีวิต ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ในช่วง 6 เดือนและปริมาณยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดในช่วง 6 เดือนก่อนรับการบำบัดรักษามีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 35 ตารางแสดงค่า t-test ของความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งเหตุการณ์สะท้อน
ขวัญที่ประสบกับปัจจัยต่างๆ

ตัวแปร	Mean	SD	t	p - value
ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 120)				
เพศ				
ชาย	6.15	4.407	1.603	0.112
หญิง	4.67	5.65		
ลักษณะการใช้ยาเสพติด				
ใช้แอมเฟตามีนร่วมกับสารเสพติดอื่น				
ไม่ใช้ (n = 67)	4.57	3.09	- 1.976	0.052
ใช้ (n = 53)	6.51	6.272		
ประวัติครอบครัว				
การมีชีวิตอยู่ของบิดามารดา				
บิดามีชีวิตอยู่ (n = 91)	5.26	5.219	- 0.969	0.335
บิดาเสียชีวิตแล้ว (n = 24)	6.42	5.047		
พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของบิดา				
ไม่เคยใช้สารเสพติด (n = 37)	5.78	6.985	0.320	0.749
เคยใช้สารเสพติด (n = 24)	5.42	4.311		
การมีชีวิตอยู่ของมารดา				
มารดามีชีวิตอยู่ (n = 106)	5.55	5.356	0.827	0.410
มารดาเสียชีวิตแล้ว (n = 12)	4.25	2.454		
พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของมารดา				
ไม่เคยใช้สารเสพติด (n = 108)	5.56	5.333	0.767	0.444
เคยใช้สารเสพติด (n = 7)	4.00	1.291		

ตารางที่ 35 (ต่อ) ตารางแสดงค่า t-test ของความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้ง เหตุการณ์สะเทือน ขวัญที่ประสบกับปัจจัยต่างๆ

ตัวแปร	Mean	SD	t	p - value
การอยู่ร่วมกันของบิดามารดา				
บิดามารดาอยู่ร่วมกัน (n = 47)	5.72	6.293	0.541	0.589
บิดามารดาไม่ได้อยู่ร่วมกัน (n = 73)	5.21	4.200		
ประวัติการเสพยาเสพติดของพี่น้อง				
ไม่มีประวัติเสพยา (n = 80)	5.88	5.95	1.814	0.072
มีประวัติเสพยาเสพติด (n = 39)	4.46	2.522		
โรคจิตประสาทในครอบครัว				
ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็น (n = 113)	5.24	5.098	- 1.468	0.145
มีบุคคลในครอบครัวเป็น (n = 7)	8.14	4.706		
ข้อมูลสำหรับผู้สมรส				
การมีปัญหาแยกกันอยู่				
ไม่เคยแยกกันอยู่ (n = 14)	6.14	5.545	- 0.403	0.689
เคยแยกกันอยู่ (n = 29)	7.03	7.317		
การใช้สารเสพติดของคู่สมรส				
ไม่เคยใช้สารเสพติด (n = 28)	6.18	4.538	- 0.748	0.459
เคยใช้สารเสพติด (n = 15)	7.80	9.726		
การมีบุตร				
ไม่มีบุตร (n = 15)	7.20	9.748	0.321	0.750
มีบุตร (n = 28)	6.50	4.599		

ตารางที่ 35 (ต่อ) ตารางแสดงค่า t-test ของความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งเหตุการณ์
สะเทือน ขวัญที่ประสบกับปัจจัยต่างๆ

ตัวแปร	Mean	SD	t	p - value
ปัญหาระหว่างคู่สมรส				
ไม่มีปัญหา (n = 13)	4.54	4.136	- 1.431	0.160
มีปัญหา (n = 43)	7.70	7.452		
ข้อมูลการศึกษา				
การถูกภาคทัณฑ์				
ไม่เคยถูกภาคทัณฑ์ (n = 95)	5.06	5.175	1.451	0.149
เคยถูกภาคทัณฑ์ (n = 25)	6.72	4.686		
การถูกพักการเรียน				
ไม่เคยถูกพักการเรียน (n = 109)	5.25	5.090	- 1.086	0.280
เคยถูกพักการเรียน (n = 11)	7.00	5.196		
ประวัติกลุ่มเพื่อน				
ไม่มีเพื่อนที่ติดยาเสพติด (n = 3)	3.67	1.155	- 0.597	0.552
มีเพื่อนติดยาเสพติด (n = 117)	5.45	5.159		

ตารางที่ 35 (ต่อ) ตารางแสดงค่า t-test ของความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้ง เหตุการณ์สะเทือน ขวัญที่ประสบกับปัจจัยต่างๆ

ตัวแปร	Mean	SD	t	p - value
ประวัติทางกฎหมาย				
เคยถูกตำรวจจับ				
ไม่เคยถูกตำรวจจับ (n = 41)	4.29	4.070	- 1.740	0.084
เคยถูกตำรวจจับ (n = 79)	5.99	5.499		

**P < 0.01

จากตารางที่ 35 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางด้านเพศ ลักษณะการใช้ยาเสพติด ประวัติครอบครัว พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของบิดามารดา พี่น้อง คู่สมรส การมีบุตร สภาพปัญหา ระหว่างคู่สมรส ประวัติกลุ่มเพื่อน และประวัติการทำผิดกฎหมาย ไม่มีความแตกต่างกันในจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 36 ตารางแสดงค่า t-test ของความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งของการถูกระทำ และ ถูกทารุณกรรมทางเพศ (sextrauma) กับ โรคเครียดภายหลัง เหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)

ตัวแปร	Mean	SD	t	p - value
มี PTSD (n = 7)	3.29	3.946	1.219	0.237
ไม่มี PTSD (n = 15)	1.80	1.859		

จากตารางที่ 36 แสดงให้เห็นว่าจำนวนครั้งของการถูกระทำและทารุณกรรมทางเพศ (sextrauma) ไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยที่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และ ไม่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 37 ตารางแสดงค่า t- test ของความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ (Total traumatic experience) กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)

ตัวแปร	Mean	SD	t	p - value
มี PTSD (n = 12)	6.50	3.96	0.78	0.437
ไม่มี PTSD (n = 108)	5.29	5.21		

จากตารางที่ 37 แสดงให้เห็นว่าจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ไม่มี ความแตกต่างกันในผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 38 ตารางแสดงค่า t- test ของความสัมพันธ์ระหว่างอายุครั้งแรกที่ประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Traumatic events) กับ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)

ตัวแปร	Mean	SD	t	p - value
มี PTSD (n = 12)	14.17	2.91	- 1.735	0.085
ไม่มี PTSD (n = 108)	16.36	4.26		

จากตารางที่ 38 แสดงให้เห็นว่าอายุครั้งแรกที่ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ไม่มี ความแตกต่างกันในผู้ป่วยที่มีและไม่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Syudies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ(PTSD)ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันรัฐญารักษ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ทางจิตสังคม และการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ใช้สำหรับประเมินวินิจฉัยโรค ของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญตามเกณฑ์ของ DSM-IV ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล กับปัจจัยต่างๆ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน พบว่า ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดเคยมีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ตามDSM-IV คิดเป็นร้อยละ 10 และไม่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 90 เพศหญิงจะพบได้มากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 3.3 ตามลำดับ
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิตที่ผู้ป่วยเคยประสบ ใน 3 เหตุการณ์ คือ รับรู้ว่ามีคนใกล้ชิดเจอเจอเหตุร้ายต่างๆเช่น ถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บหรือเสียชีวิต และเหตุการณ์ถูกข่มขืนกระทำชำเราและเคยถูกล่วงเกินทางเพศ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้แก่ ปริมาณยาเสพติด (จำนวนเม็ดยาที่ใช้ / วัน) ที่ใช้มากที่สุดในชีวิต ปริมาณยาเสพติด (เม็ด/ วัน) ที่ใช้ภายในระยะเวลา 6 เดือนก่อนมารับการบำบัดรักษา และปริมาณยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดในระยะเวลา 6 เดือนก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา
4. ปัจจัยด้านเพศ ลักษณะการใช้ยาเสพติด ประวัติครอบครัว พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของบิดามารดา พี่น้อง คู่สมรส การมีบุตร สภาพปัญหาระหว่างคู่สมรส ประวัติกลุ่มเพื่อน และประวัติการทำผิดกฎหมาย ไม่มีความเกี่ยวข้องกันระหว่างจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Total traumatic experience)
- 5.

6. ปัจจัยด้านจำนวนครั้งของการถูกระงับทางเพศ (sextrauma) , อายุครั้งแรกที่ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Traumatic event) และจำนวนครั้งของการประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Total Traumatic experience) ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มที่มีกับไม่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) มีดังนี้

ความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์ จำนวน 120 คน พบว่าผู้ป่วยเคยมีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) เกิดขึ้นในช่วงชีวิตร้อยละ 10 ผู้ป่วยเพศหญิงพบที่มีความชุกมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 3.3 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Sadock และ Sadock (45) สรุปว่าความชุกชีวิตของ PTSD ในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 8 ขณะที่อีกร้อยละ 5 -15 อาจมีอาการที่น้อยกว่า (subclinical form) แต่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งได้ประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic events) มา จะมีความชุกชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 5 -75 สำหรับทหารผ่านศึกสงครามเวียดนาม พบว่าประมาณร้อยละ 30 เกิด PTSD ขณะที่อีกร้อยละ 25 มีอาการน้อยกว่านั้น (subclinical) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงกับเพศชายแล้ว พบว่าผู้หญิงจะมีความชุกชีวิตประมาณร้อยละ 10 -12 ขณะที่ผู้ชายจะมีความชุกชีวิตเพียงร้อยละ 5 -6 Breslau (46) ได้ทบทวนข้อมูลทางระบาดวิทยาของ PTSD แล้วสรุปว่าความชุกชีวิตของ PTSD อยู่ที่ร้อยละ 5-10 ซึ่งประมาณกันว่าร้อยละ 15-25 ของคนที่เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นจะเกิด PTSD ขึ้น

Creamer และคณะ (47) ศึกษาในออสเตรเลียพบว่าความชุกในช่วง 12 เดือนของ PTSD อยู่ที่ร้อยละ 1.3 ขณะที่ Kessler และคณะ (48) รายงานการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาในโครงการ National Comorbidity Survey (NCS) พบความชุกในช่วง 12 เดือน เท่ากับร้อยละ 3.9

Lisa M. และคณะ (53) ได้ศึกษาความชุกชีวิตของประสบการณ์ด้าน Trauma และอาการแสดงของภาวะ PTSD ที่ยังเป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดโคเคน จำนวน 122 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบผู้ป่วยจำนวนมาก มีประสบการณ์ด้าน Trauma มากในช่วงชีวิต โดยเฉลี่ยร้อยละ 5.7 พบในผู้หญิงจำนวน 30.2% และอีก 15.2% ในผู้ชาย

ปัจจัยด้านเพศ

เพศของผู้ป่วยกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพศหญิงจะมีปัญหามากกว่าเพศชายซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Ostrov, Offer และ Howard (60) ที่พบว่าเพศชายและหญิงมีอาการทางจิตเวชแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีความซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ซึ่งเพศชายจะแสดงความวิตกกังวลออกทางอาการต่างๆ เช่น การลักขโมย การใช้สารเสพติด เป็นต้น ส่วนในเพศหญิงจะแสดงความกังวลออกทางอาการต่างๆ เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เนื่องจากเพศเป็นสิ่งที่กำหนดบุคลิกภาพและบทบาทแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะเปิดโอกาสให้เพศหญิงเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามในสังคมไทยมักจะอบรมสั่งสอนเพศหญิงให้เคร่งครัดในระเบียบแบบแผน รักษาจารีตประเพณีมากกว่าเพศชาย จึงทำให้เพศหญิงไม่กล้าที่จะแสดงพฤติกรรมใดๆดังเช่นที่เพศชายสามารถทำได้ ทำให้มีปัญหาคับข้องใจและการปรับตัวเกิดความขัดแย้งอยู่ในใจ ต้องเก็บความเครียด ความวิตกกังวล และความก้าวร้าว จนเกิดเป็นความคับข้องใจ ส่วนเพศชายมีอิสระในการแสดงพฤติกรรมต่างๆ และการแสดงออกทางอารมณ์มากกว่า (61) บทบาททางเพศยังส่งผลต่อพัฒนาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีนักทฤษฎีกล่าวว่า บทบาทเพศหญิงจะมีลักษณะพึ่งพิง และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น รวมทั้งสังคมจะให้การยอมรับในการแสดงออกทางอารมณ์ของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (62) สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร โอตระกูลและคณะ (38) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยน้ำท่วม มีปัจจัยด้านเพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่าเพศหญิงจะมีปฏิริยาต่างๆทั้งทางจิตใจ อารมณ์มากกว่าเพศชาย และปฏิริยาที่แสดงออกแต่ละประเภทมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมแสดงออก สอดคล้องกับการศึกษาของกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในเหตุการณ์ที่เกิดอุทกภัยใน 3 จังหวัดภาคใต้ พ.ศ. 2531 (39) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในครั้งนี้คือ กลุ่มที่มีความเครียดสูงมากนั้นเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

สอดคล้องกับการศึกษาของ Sadock และ Maes (41,43) ได้พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น หนึ่งในปัจจัยนั้นคือ เพศ ซึ่งเพศหญิงจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lisa M. และคณะ (53) ศึกษาโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษามีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-III-R พบในผู้ป่วยหญิงจำนวน 30.2% และชาย 15.2%

ปัจจัยด้านเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆในชีวิต (Traumatic events)

เหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิตกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เหตุการณ์ที่มีความสัมพันธ์กันคือ เหตุการณ์สะเทือนขวัญด้านภัยพิบัติและเหตุการณ์อันตรายทั่วไป ในเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยรับรู้ว่าเป็นภัยอันตรายต่างๆ เช่นถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต เหตุการณ์ทางด้านเพศและการการทำร้ายร่างกายในเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยถูกข่มขืนกระทำชำเรา และเหตุการณ์ถูกล่วงเกินทางเพศ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Hollander และ Simeon (25) ที่สรุปถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญคือ มีประวัติที่เกิดอันตรายหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญมาก่อน ซึ่งสนับสนุนกับการศึกษาของ Maes (43) ซึ่งกล่าวว่าปัจจัยเสี่ยงก่อนเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้แก่ เคยประสบเหตุอันตรายหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างรุนแรงในอดีตมาก่อน ซึ่งการเผชิญแบบนี้ซ้ำๆทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sudie Back และคณะ (54) ได้ศึกษาพบว่าบุคคลที่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจะพบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากกว่าบุคคลที่ไม่มีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และพบว่ามีอาการทางจิตอื่นได้มากกว่าด้วย Lisa M และคณะ (53) ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดพบผู้ป่วยจำนวนมากที่เคยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากในช่วงชีวิต ผู้ป่วยชายจะมีเหตุการณ์สะเทือนขวัญทางด้านภัยพิบัติเกิดขึ้นในชีวิตมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง ส่วนผู้ป่วยหญิงจะมีเหตุการณ์สะเทือนขวัญทางด้านถูกทำร้ายร่างกายและการถูกทารุณกรรมทางเพศได้มากกว่าชาย และระดับการเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้แก่ ความรุนแรง ระยะเวลา และการเผชิญซ้ำ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติด

การใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ในด้านปริมาณยาเสพติดที่มากที่สุดในชีวิตและปริมาณการใช้ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนเข้ารับการรักษา พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมากกับจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Naomi Breslar (55) พบว่าผู้ป่วยที่พบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เพิ่มอัตราเสี่ยงในการติดสารเสพติด โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและการประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุร่วมกันที่ทำให้ผู้ป่วยติดบุหรี่และสารเสพติดอื่นๆได้มากยิ่งขึ้น

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว

ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันกับ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sadock และ Sadock (45) ได้สรุปถึงปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค (Predisposing Vulnerability factors) PTSD คือเป็นบุคคลที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนที่เหมาะสม และมีความสัมพันธ์ความผูกพันกับพ่อแม่ไม่ดีหรือแตกแยก (Disrupted parental attachments)

ปัจจัยด้านอื่นๆ

ปัจจัยทางด้านการกระทำผิด ข้อมูลประวัติกลุ่มเพื่อน ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย และรูปแบบการจัดหามาได้ซึ่งยาเสพติดเป็นปัจจัยทางสังคมที่ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญแต่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดสารแอมเฟตามีนได้

ข้อจำกัดในการแปลผล

การแปลผลการวิจัยในครั้งนี้จำเป็นต้องพิจารณาถึงข้อจำกัดดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการคำนวณและการแปลผลทางสถิติ
2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเพศชายและเพศหญิงอย่างละ 60 คน เท่ากัน ไม่ได้มีการเก็บตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่แท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยต้องการที่จะเปรียบเทียบความชุกระหว่างเพศของผู้ป่วย จึงอาจบอกได้ยากกว่าความชุกที่แท้จริงในเพศชายและหญิงเป็นเท่าใด แต่สามารถบอกได้ว่าความชุกของ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ในเพศหญิงและชายในสัดส่วนที่เท่ากันมีความชุกของ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) เป็นเท่าไร

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในส่วนของการศึกษา และอาชีพบิดามารดาของผู้ป่วย ไม่ สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา จึงทำให้ไม่ทราบข้อมูลในส่วนนี้

2. ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถจำเหตุการณ์บางอย่างในอดีตได้ ทำให้ไม่ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ต่อผู้ป่วย 1 คนใช้เวลานาน และในแต่ละวันผู้ป่วยทุกคนต้องเข้าร่วมโปรแกรม กิจกรรมกลุ่ม ทำให้ไม่สามารถทำการเก็บข้อมูลได้ตามจำนวนที่ตั้งไว้ในแต่ละวัน และระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการเก็บข้อมูลใช้เวลานานมากกว่าที่กำหนดไว้
4. การเก็บข้อมูลเป็นการใช้การสัมภาษณ์ทั้งหมด ซึ่งข้อคำถามในการสัมภาษณ์ในส่วนเหตุการณ์สะท้อนขวัญต่างๆในชีวิต เป็นข้อคำถามที่มีผลต่อความรู้สึกด้านจิตใจเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นต้องมีการฝึกเทคนิคการสัมภาษณ์ต่างๆจากอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะไปทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจริง
5. เนื่องจากข้อคำถามในส่วนเหตุการณ์สะท้อนขวัญเป็นข้อคำถามที่มีผลต่อจิตใจผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ก่อนที่จะสามารถทำการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยได้ต้องผ่านกระบวนการจริยธรรมของฝ่ายวิจัยของสถาบัน ศึกษารักษ์ก่อน โดยทางสถาบันให้มีการสอบป้องกัน โครงร่างวิทยานิพนธ์ก่อน เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และเสนอแนะแนวทาง กระบวนการที่จะไม่ให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาขึ้นหรือถ้าเกิดปัญหาขึ้นสามารถมีกระบวนการที่จะจัดการและช่วยเหลือคนไข้ได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานต่างๆทางสุขภาพจิต และจิตเวชศาสตร์ควรที่จะให้ความสำคัญและสนับสนุนงานวิจัยเรื่อง PTSD โดยควรสนับสนุนการศึกษาในทุกด้านของ PTSD ไม่ว่าจะเป็นระดับวิชา ทั้งในชุมชน ในผู้ที่ประสบภัยพิบัติอย่างรุนแรงและในผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายหรือเหตุการณ์สะท้อนขวัญต่างๆที่รุนแรงในชีวิต ว่ามีโอกาสเป็น PTSD มากน้อยเพียงใด ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย PTSD ในประเทศไทยว่าเหมือนหรือต่างจากประเทศอื่นอย่างไร ด้านปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันในคนไทยคืออะไรรวมทั้งแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นโรค PTSD ได้ เมื่อมีข้อมูลของโรค PTSD ในคนไทยได้ครอบคลุมแล้ว คงช่วยให้การวางแผนป้องกันและรักษาโรคนี้น่าดำเนินไปได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ในกระบวนการ ขั้นตอนการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยควรมีการซักประวัติ ประเมินภาวะที่ผู้ป่วยเคยได้รับอันตรายหรือเหตุการณ์สะท้อนขวัญมาก่อนว่ามีโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะท้อนขวัญ (PTSD)หรือไม่ ก็จะช่วยให้สามารถช่วยค้นหากลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาได้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การ

รักษาผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพปัญหา และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดจะช่วยในกระบวนการหายและการกลับไปติดซ้ำได้.

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างควรมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเพื่อจะได้ไม่มีข้อจำกัดในการแปลผลทางสถิติ
2. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาความชุกในประชากรควรมีการกำหนดตามสัดส่วนที่แท้จริงกลุ่มประชากรนั้น
3. ข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาพจิตสังคม มีมาก อาจจะมีการเลือกข้อคำถามที่สำคัญ ที่คิดว่ามีส่วนเกี่ยวข้อง กับการศึกษาที่ต้องการมาใช้เป็นข้อคำถาม
4. ปัจจัยด้านต่างๆของผู้ป่วยมีจำนวนมาก ควรเลือกปัจจัยที่น่าสนใจมาทำการศึกษาต่อ
5. อาจเปลี่ยนวิธีการวิจัยเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลและรายละเอียดทั้งทางด้านจิตสังคมที่อาจเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนมากที่สุด

สรุป

การศึกษาความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีน จากผลการศึกษาวิจัย แสดงให้เห็นว่าความชุกของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดมีจำนวนมากถึงร้อยละ 10 และจากผลการศึกษาทำให้เห็นความสำคัญในการประเมินภาวะเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด เพื่อที่จะสามารถช่วยค้นหากลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาได้ และสามารถที่จะหาทางป้องกันรวมทั้งให้การรักษาเป็นพิเศษได้ จากการศึกษาครั้งนี้จุดที่สำคัญนั้นไม่ได้มีความสำคัญอยู่ที่การค้นหาหรือประเมินภาวะโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดเท่านั้นต้องมีการถามถึงปัญหาเรื่องสารเสพติดในผู้ป่วยที่มี โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญด้วยเพื่อให้การรักษาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์เกิดประสิทธิภาพมากที่สุดในการให้การบำบัดรักษา

รายการอ้างอิง

- 1.บุญเรือง ไตรเรืองวรรัตน์. สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศและแนวทางแก้ไขปัญหา. ใน
วิโรจน์ วีรชัย ; บรรณาธิการ. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโรงพยาบาลรัฐญารักษ์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2544: 40-45.
- 2.คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด,สำนักงาน.สถิติการจับกุมยาเสพติดทั่วประเทศปี
พ.ศ. 2545 -2548. กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายระบบข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการ
3.ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์. สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิต. ใน : สุขภาพจิตไทย
พ.ศ.2545-2546. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: 45-49.
- 4.รัฐญารักษ์ ,สถาบัน. สถิติผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดปีงบประมาณ2544- 2548. ปทุมธานี:งาน
สารสนเทศกลุ่มงานวิชาการสถาบันรัฐญารักษ์, 2548.
- 5.McLllean AT,Luborsky L, Woody GE, O 'Brein CP, Druley KA .Predicting response to
alcohol and drug abuse treatment. **Arch Gen Psychiatry** .1983 ;40:620-5.
- 6.Svam S, McAdoo WG. Predicting rapid relapse following treatment for chemical dependence: a
matched-subject design. **J Consult Clin Psychol** 1989;67:222-6.
- 7.Ross HE, Glasser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorder in patients with
alcohol and other drug problem. **Arch Gen Psychiatry** 1988;1023-31.
- 8.อรรณพ วิสุทธิมรรค. พฤติกรรมการบริโภคสารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การ
ทหารผ่านศึก,2541.
- 9.สรายุทธ บุญชัยพาณิชย์พัฒนา. การเจ็บป่วยทางจิตกับยาเสพติดหรือการวินิจฉัยโรคคู่. ในวิโรจน์
วีรชัย; บรรณาธิการ. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ กรมการ
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.2544: 185-93.
- 10.อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร,ภักคนพิน กิตติรักษ์นนท์, วรณ จุฑา. ระบาดวิทยา
ของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย 2544; 46(4): 335-4.
- 11.ทวีศักดิ์ จันมณี. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: พญาไทการพิมพ์, มปป.
- 12.สุชาติ เลขานุการพัตร. วิฤตและทางออกของปัญหาการระบาดของยาบ้า. พิมพ์ครั้งที่2 นนทบุรี:
กองประสานงานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยา และสารเสพติดกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข, 2543.

13. Woody EG, Caccicola J. Diagnosis and classification: DSM-IV and ICD-10. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. **Substance abuse: a comprehensive textbooks**. Baltimore: William & Wilkin, 1997:361-3.
14. ปราโมทย์ สุนัขชัย, มาโนช หล่อตระกูล. **DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)**. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์, 2539.
15. เกรียงไกร เจริญโท. ยาม้า. ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2539:1-20.
16. อานันท์ สุนทรภักดิ์. การฟื้นฟูวิชาการด้านเภสัชกรรมคลินิกครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น, 2528.
17. กวี ชีวะเสรี. ยาม้า, **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11** 2540;11:65-70.
18. มานิชต์ อรุณากร. ประวัติความเป็นมาของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท. ใน: กองประสานการปฏิบัติการบำบัดผู้ติดยาเสพติด, บรรณาธิการ. **คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหามาระบาดของยาม้า ด้านการแพทย์และสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541: 8-14.
19. กิติ นายศิริกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. **สารกระตุ้นประสาทยาม้า**. เชียงใหม่; โรงพยาบาลสวนปรุง, 2542.
20. ชงชัย อุเนกกลาง. **เอกสารยาม้า**. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลชัยภูมิ, 2541.
21. นันทิ จิตสว่าง, สมุนทิพย์ใจเหล็ก. **เส้นทางชีวิตของผู้ต้องขังในคดียาเสพติด**. รายงานการวิจัย กรุงเทพมหานคร. กรมราชทัณฑ์ และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2544.
22. บพิตร กลางกัลยา. เภสัชวิทยา และพิษวิทยาของกลุ่มแอมเฟตามีน: **วารสารเภสัชวิทยา** 2533;12: 93-100.
23. ดิลก กุลดิเรกชัย. ยาม้า. **วารสารการแพทย์เขต 7** 2537; 13: 33-6.
24. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. **สรุปสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทย จำแนกตัวยาเพื่อประกอบการจัดทำแบบแผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 5 ปี (พ.ศ. 2540 - 2544)**. คู่มือกรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2539
25. สุชาติ ตรีทิพย์ธิคุณ. กลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน. ใน: สมปอง ธนไพศาลกิจ, บรรณาธิการ. **การอบรมระยะสั้นสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ครอบครัวครั้งที่ 27**.

- กรุงเทพมหานคร. วี ซี. เซอร์วิสเซนเตอร์,2541: 101-16.
- 26.สุดสวาท ลิจิตวัฒนกุล. ยาน้ำรู้ แอมเฟตามีน: วาสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก
โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2537;11: 50-2.
- 27.มานิตย์ อรุณาการ. ประวัติความเป็นมาของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท.ในกองประสานการ
ปฏิบัติการบำบัดผู้ติดยาเสพติด, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญห
การระบาดของยาบ้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541: 8-14.
- 28.นิรนาท แสนสา. กระบวนการเข้าสู่การใช้ยาบ้าของนักเรียนวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา
การศึกษาศุภบัณฑิต. สาขาพัฒนาศึกษาศาสตร์: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร,2543.
- 29.Kaplan HI, Sadock BJ. **Synopsis of psychiatry**. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins,199829
- 30.จกกฤษ์ สุขยิ่ง. Substance Use disorder. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์,
บรรณาธิการ. **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร:ชวนพิมพ์การพิมพ์
,2540: 90-101.
- 31.สุชาติ ตรีทิพย์คุณ. กลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน.ใน: กองประสานการปฏิบัติการบำบัด
ผู้ติดยาเสพติด, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหการระบาดของ
ยาบ้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การเกษตรแห่งประเทศ
ไทย, 2544:15-24.
- 32.King GR, Ellinwood EH. Amphetamines and other stimulants. In : Lowinson JH, Ruiz P,
Millman RB ,Langroud, editor. **Substance abuse a comprehensive textbook**.
Baltimore: William & Wikins, 1997: 207-17.
- 33.วีระ ไชยศรีสุข. **สุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่2, กรุงเทพมหานคร: แสงศิลป์การพิมพ์,2539. .
- 34.สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา. การเจ็บป่วยทางจิตกับยาเสพติดหรือการวินิจฉัยโรค.ใน วิโรจน
วีรัชย์; บรรณาธิการ. **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์** กรมการ
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.2544: 185-93.
- 35.Maes M. Mylle J, Delmere L, Altamura C. Psychiatric morbidity and comorbidity following
accidental man made traumatic event: incidence rate and risk factor. **Eur Arch
Psychiatry Clin Sci** 2000; 250: 156-62.

36. Victor H, Roger M, Michic H. **Psychopatho and addictive disorder**. In O' Brien CP, Jaffe JH, editors. Addictive state. New York : Raven press, 1992: 179-91.
37. สมภพ เรืองตระกูล และคณะ. **คู่มือจิตเวชศาสตร์**, พิมพ์ครั้งที่ 5, กรุงเทพมหานคร. เรือนแก้วการพิมพ์. 2542: 30-36.
38. อัมพร โอตระกูล, สุวัฒน์ ศรีสรจักร, ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา. ปฏิกริยาชุมชนต่อการตอบสนองวินาศภัย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2531**; 33(4): 205-10.
39. แผนงานสุขภาพจิตกรมการแพทย์. การศึกษาผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยภาคใต้ของประเทศไทย 2531. เอกสารโรเนียวแจกในการประชุมเรื่องปัญหาสุขภาพจิตหลังวิกฤติน้ำท่วมภาคใต้. ณ โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร: 2532.
40. สาวิตรี อัญจนกรชัย, อานนท์ วิทยานนท์, อลัน กีเตอร์. การสำรวจผลกระทบต่อสุขภาพในระยะเฉียบพลันหลังเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ที่อำเภอหาดใหญ่และบริเวณใกล้เคียง จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 21-25 พฤศจิกายน 2543. ใน: นิรันดร์ สุมาลี. บก. น้ำท่วมหาดใหญ่ 2543: ปัญหาและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: โอเอสพริ้นติ้งเฮ้าส์, 2543: 199-204.
41. Sadock BJ, Sadock VA. **Synopsis of Psychiatry**. Behavioral Science/ Clinical Psychiatry, 9 th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2003: 623-32.
42. Hollander E, Simeon D. Concise Guid to Anxiety Disorder. Washington. DC: **American Psychiatric Publishing**, 2003: 1-19.
43. Mae M . Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder and its co-morbid disorders. **Curr Opin Psychiatry** 2000; 13(6) :587-9.
44. McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic stress disorder following a natural disaster. **Br J Psychiatry** 1998; 152 :116-21.
45. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Science / Clinical Psychiatry, 9 th ed. Philadelphia : Lippincott William & Willkins, 2003: 623-32.
46. Breslau N. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem. **J Clin Psychiatry** 2001; 62:16-22.
47. Creamwr M. Burgess P, McFarlane AC, Posttraumatic stress disorder: Finding from the Australian National Survey of Mental Well-being. **Psychol Med** 2001; 31:1237-47
48. Kessler RC, Zhao S, katz SJ, et al. Past year use of outpatient service for psychiatric problem in the Nation Comorbid Survey. **Am J Psychiatry** 1999; 156: 115-23.

49. Creamer M, O'Donnell M. Post-traumatic stress disorder. **Curr Opin Psychiatry** 2002; 15(2):163-8.
50. Jone E, Vermass RH, McCartney H. Flashbacks and post-traumatic stress disorder; The genesis of a 20th century diagnosis. **Br J Psychiatry** 2003; 182:158-63.
51. Robin RW, Chester B, Rassussen JK, Jaranson JM, Goldman D. Prevalence and characteristic of trauma and posttraumatic stress disorder in Southwestern American Indian Community. **Am J Psychiatry** 1997; 154(11):1582-8.
52. Almqvist K, Brandell-Forsberg M. Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. **Child Abuse Neg** 1997; 21(4):351-66.
53. Lisa N. Najavits, David R. Gastfriend, Jack Blane, Arlene Frank, et al, Cocaine Dependence with and without PTSD Among Subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment study. **Am J Psychiatry** 1998; 2:214-9.
54. Studie Back, Bonnie S. Dansky Scott F. Coffey, Micheal E. Saladin, Susan sonne, Kathleen T. Brady. Cocaine Dependence With and Without Post-traumatic Stress Disorder: A Comparison of Substance Use, Trauma History and Psychiatry. Comorbidity. **American Journal on addiction** 2000; 9:51-62.
55. Naomi Breslau, Glenn C. Davis, Lonni R. Schultz. Posttraumatic other Drug Disorders in Persons WHO Have Experience Trauma. **Arch Gen Psychiatry** 2003; 60:289-94.
56. Martina Reynold, Gillian Mezey, Murray chepman, Milk Wheeler, Colin Drummond, Alex Baldacchino. Comorbid post-traumatic stress disorder in substance misusing clinical population. **Drug and Alcohol Dependence** 2005; 77:251-58.
57. สุรินทร์ นิยมางกูร. เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2541.
58. ชานิน ศิลป์จารุ. การกำหนดกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล ทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์ วีอินเตอร์พรีนซ์จำกัด. 2548.
59. Ghods H. Drug and addiction behavior: a guide to treatment. Oxford; **Blackwell**, 1995: 345-65.

60. Lewis JA, Danna RQ, Blevins GA. Substance abuse counseling: an individualized approach. California: **Brooks/ Cole**, 1994: 224-60
61. Ostrov E, Offer D, Howard KI. Gender difference in adolescent symptomatology ; a normative study. **J AM Acad Child Adool Psychiatry** 1989;28: 394-8.
62. กิติกร มีทรัพย์. พฤติกรรมความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียด. ใน: ไพบุลย์ ดวงจันทร์, บรรณาธิการ. **หนังสือชุดสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน 4**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2541.)
63. Ottman TF, Emery RE. Abnormal psychology. 2nd ed. New Jersey : **Prentice Hall**, 1998.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมเลขที่.....

ใบยินยอมให้ทำการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความทุกข์ของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันราชกุมารเวช

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2549

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ทำให้ทราบถึงความทุกข์ และตระหนักถึงปัญหาของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนว่ามีปัญหามากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายวางแผน ส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ให้ดำเนินชีวิตภายหลังจากการได้รับการบำบัดรักษาแล้วอย่างมีความสุขต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทางด้านประชากรและประวัติครอบครัว โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละท่านไว้เป็นความลับ และเปิดเผยในรูปแบบของสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัย ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ อีกทั้งข้าพเจ้ายังมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางสาว อารีรัตน์ แสงศิริ)


ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความผิดปกติทางจิตที่เกิดภายหลังจากเผชิญความเครียดที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงมาก ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์เรียนท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้ทำวิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยความผิดปกติทางจิตที่เกิดภายหลังจากเผชิญความเครียด ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงมาก ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาการวิจัยดังกล่าวขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผล และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความผิดปกติทางจิตที่เกิดภายหลังจากเผชิญความเครียดที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงมาก ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ โดยคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมศึกษาประมาณ 120 คน ผลจากการศึกษาที่ได้นี้ จะทำให้ทราบและตระหนักถึงปัญหาของความผิดปกติทางจิต(PTSD) ในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนว่ามีปัญหามากน้อยเพียงใด ทำให้ทราบลักษณะทางด้านประชากรของผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่มีความผิดปกติทางจิต(PTSD) และไม่มีความผิดปกติทางจิต (None PTSD)จะเป็นประโยชน์ ในการนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทาง ในการกำหนดนโยบาย วางแผน ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นภายหลังจากเผชิญความเครียดที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงมากในผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ให้สามารถดำเนินชีวิตภายหลังจากการได้รับการบำบัดรักษาแล้วอย่างมีความสุข

ผู้วิจัยจะสอบถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ในด้านข้อมูลทางด้านประชากรและประวัติครอบครัว แบบวัดประเมินการวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางจิต(PTSD) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลด้านประชากรและประวัติครอบครัว จำนวน 70 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต และส่วนที่ 3 แบบประเมินวินิจฉัยโรค อาการผิดปกติทางจิต(PTSD) จำนวน 29 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่ากรตอบแบบสอบถามทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆโดยตรง และการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบกระเทือนต่อสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่จะได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ นางสาว อารีรัตน์ แสงศิริ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกธนาคารชั้นล่าง หรือ โทร. 01-4263070 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ

ขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านไว้ ณ.ที่นี้



ภาคผนวก ข.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยติดยาเสพติดเกี่ยวกับสภาพสังคม

วันที่สัมภาษณ์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ (0) ชาย (1) หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพ (0) โสด
(1) คู่
(2) หม้าย/หย่า
(3) แยกกันอยู่
4. ศาสนา (0) พุทธ
(1) คริสต์
(2) อิสลาม
(3) อื่นๆระบุ.....
5. การศึกษา (0) กำลังศึกษา.....
(1) ไม่ได้ศึกษาเล่าเรียน
(2) จบการศึกษาแล้ว
6. ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จ
(0) ประถมศึกษา
(1) มัธยมต้น
(2) มัธยมปลาย/ปวช.
(3) ปวส./อนุปริญญา
(4)ปริญญาตรี
(5) สูงกว่าปริญญาตรี

7. ผู้ใดนำคุณส่งโรงพยาบาล

- (0) มาด้วยตนเอง
- (1) บิดามารดาหรือผู้ปกครองนำส่ง
- (2) ญาตินำส่ง ระบุ.....
- (3) โรงเรียน
- (4) ตำรวจนำส่ง
- (5) ศาล
- (6) ผู้นำชุมชน / หัวหน้างาน
- (7) อื่นๆ ระบุ.....

8. เหตุผลสำคัญที่คุณมารับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดในครั้งนี้

- (0) สุขภาพไม่ดี
- (1) ต้องการให้สังคมยอมรับ
- (2) ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง
- (3) ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด
- (4) กลัวถูกจับ
- (5) อื่นๆ ระบุ.....

9. ปัจจุบันคุณอาศัยอยู่กับผู้ใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (0) อยู่คนเดียว
- (1) อาศัยอยู่กับพ่อแม่
- (2) อาศัยอยู่กับคู่สมรส
- (3) อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว
- (4) อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่ และพ่อเลี้ยงหรือแม่เลี้ยง
- (5) อาศัยอยู่กับญาติ
- (6) อาศัยอยู่กับเพื่อน
- (7) อื่นๆ ระบุ.....

10. คุณต้องรับผิดชอบดูแล หรือ เลี้ยงดูผู้ใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (0) ไม่มีภาระรับผิดชอบผู้ใด
- (1) มีภาระรับผิดชอบ ใครบ้าง.....
- () บุตร
- () คู่สมรส () พี่น้อง
- () พ่อแม่ () อื่นๆ ระบุ.....
- ต้องรับผิดชอบ รวมทั้งสิ้นจำนวน..... คน

ข้อมูลด้านการงานและเศรษฐกิจ

11. ลักษณะการประกอบอาชีพ (หากไม่ได้ประกอบอาชีพให้ข้ามไปตอบข้อ 13)
- (0) นักเรียน / นักศึกษา
- (1) ว่างาน
- (2) รับจ้าง
- (3) ค้าขาย
- (4) เกษตรกรรม
- (5) รับราชการ
- (6) อื่นๆ ระบุ.....
112. รายได้จากการทำงานโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระบุ.....บาท เพียงพอหรือไม่
- (0) เพียงพอ
- (1) ไม่เพียงพอ กรุณาระบุสาเหตุ.....
13. เมื่อคุณมีปัญหาเรื่องเงินทองคุณมักจะพึ่งพาหรือขอยืมจากบุคคลใดเป็นส่วนใหญ่
- (0) ไม่เคยพึ่งพาผู้ใด
- (1) บิดามารดา
- (2) พี่น้อง
- (3) เพื่อนๆ
- (4) บุคคลอื่นๆ ระบุ.....ญาติ.....

14. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

- (0) ต่ำกว่า 5,000 บาท
- (1) 5,000 - 10,000 บาท
- (2) ระหว่าง 10,001- 15,000 บาท
- (3) ระหว่าง 15,001- 20,000 บาท
- (4) มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป

ข้อมูลลักษณะการใช้ยาเสพติด

15. คุณเริ่มใช้ยาบ้าครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี

16. คุณเริ่มใช้ยาบ้า ครั้งแรกที่ไหน

- (0) บ้าน
- (1) โรงเรียน
- (2) บ้านเพื่อน
- (3) ที่ทำงาน
- (4) อื่นๆ ระบุ.....

17. คุณเริ่มใช้ยาเสพติดเป็นประจำตั้งแต่อายุ..... ปี

18. ช่วงอายุที่คุณใช้ยาบ้ามากที่สุดในชีวิตคุณ อายุ.....ปี

ปริมาณที่คุณเคยใช้ยาบ้ามากที่สุดในช่วงชีวิตวันละกี่เม็ดเม็ด/วัน และ

ความถี่ที่คุณใช้ยาบ้า บ่อยแค่ไหน: (0) ทุกวัน

- (1) อาทิตย์ละ 2-3 วัน
- (2) อาทิตย์ละครั้ง
- (3) เดือนละ 2-3 ครั้ง
- (4) เดือนละครั้ง
- (5) มากกว่า 1 เดือนครั้ง

18. คุณใช้เงินบ่อย มากเท่าไรต่อสัปดาห์ในการซื้อหายาเสพติดมาเสพ

ระบุจำนวนเงิน.....บาท/สัปดาห์

20. ในช่วงระยะเวลาประมาณ 6 เดือน ก่อนที่คุณมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาครั้งนี้
คุณใช้ยาบ้ำวันละกี่เม็ด
จำนวน.....เม็ด/วัน คุณใช้บ่อยขนาดไหน ; เสพวันละ.....ครั้ง
ปริมาณยาบ้ำที่คุณใช้มากที่สุด.....เม็ด/วัน : เสพวันละ.....ครั้ง
21. คุณเสพยาบ้ำโดยวิธีใด
(0) สูดดมไอระเหย (ใส่กระดาศพรอยด์ลงไฟแล้วใช้หลอดดูดควัน)
(1) กิน
(2) การฉีด
(3) ใช้มากกว่า 1 วิธี : ระบุ.....
22. คุณเคยมีการใช้ยาเสพติดเกินขนาดจนมีอาการ เกิดพิษจากยา เช่น หายใจหอบเหนื่อย
แน่น เหงื่อ แดก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หมดสติ หรือชัก
หรือไม่
(0) ไม่เคย
(1) เคย มีอาการ.....
23. คุณเคยเข้ารับการรักษาจากแพทย์เนื่องจากการใช้ยาเสพติดเกินขนาดหรือไม่
(0) ไม่เคย
(1) เคย จำนวนครั้ง/ เมื่อ.....
24. คุณเคยใช้ยาบ้ำพร้อมกับสารเสพติดอื่นหรือไม่
(0) ไม่เคย (1) เคย ระบุสารที่ใช้.....
25. คุณมักเสพยาเสพติดกับใคร
(0) เสพคนเดียว
(1) เพื่อน
(2) พี่น้อง
(3) อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติครอบครัว

26. ปัจจุบันนี้ บิดายังมีชีวิตอยู่หรือไม่
 (0) มีชีวิตอยู่
 ระบุอายุ..... ปี
 (1) เสียชีวิตแล้ว
27. บิดาของคุณประกอบอาชีพอะไร
 (0) รับราชการ
 (1) รัฐวิสาหกิจ
 (2) ค้าขาย
 (3) รับจ้าง
 (4) เกษตรกรรม
 (5) พ่อบ้าน
 (6) อื่นๆ ระบุ.....
28. รายได้ของบิดาโดยเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท
29. บิดาของคุณเคยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่
 (0) ไม่เคย (1) เคย
30. จากข้อ 29 หากตอบว่า เคย กรุณาระบุชนิดของยาเสพติด
 (0) ยาบ้า
 (1) สุรา
 (2) บุหรี่
 (3) กัญชา
 (4) เฮโรอีน (5) อื่นๆ ระบุ.....
31. ปัจจุบันนี้มารดายังมีชีวิตอยู่หรือไม่
 (0) มีชีวิตอยู่
 ระบุอายุ..... ปี
 (1) เสียชีวิตแล้ว

32. มารดาของคุณประกอบอาชีพอะไร
- (0) แม่บ้าน
 (1) รับราชการ
 (2) รัฐวิสาหกิจ
 (3) รับจ้าง
 (4) เกษตรกรรม (5) อื่นๆ ระบุ.....
33. รายได้ของมารดาโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
34. มารดาของคุณเคยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่
- (0) ไม่เคย
 (1) เคย
35. จากข้อ 34. หากตอบว่า เคย กรุณาระบุชนิดของยาเสพติด
- (1) ยาบ้า
 (2) สุรา
 (3) บุหรี่
 (4) กัญชา
 (5) เฮโรอีน (6) อื่นๆ ระบุ.....
36. บิดา-มารดาของคุณยังคงใช้ชีวิตคู่ร่วมกันหรือไม่
- (0) ใช่
 (1) ไม่ใช่ กรุณาระบุสาเหตุ.....
37. คุณมีพี่น้องจำนวน.....คน (ไม่นับรวมตนเอง)
 จำแนกเป็นผู้หญิง.....คน ผู้ชาย.....คน
38. คุณเป็นบุตรคนที่เท่าไรของครอบครัว
- (0) คนที่ 1
 (1) คนที่ 2
 (2) คนที่ 3 (3) อื่นๆ ระบุ.....

39. พี่น้องของคุณเคยมีประวัติเสพยาเสพติดหรือไม่
 (0) ไม่เคย
 (1) เคย ระบุชนิดสารเสพติด.....
40. บุคคลในครอบครัวเคยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต (โรคจิต- โรคประสาท) หรือไม่
 (0) ไม่มี
 (1) มี : ระบุ ใครบ้าง.....อย่างไร.....
41. ความสัมพันธ์ในครอบครัวของคุณตอนที่คุณยังเด็กมีลักษณะเป็นอย่างไร
 (0) อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น
 (1) มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง
 (2) มีการทะเลาะรุนแรงบางครั้ง
 (3) มีการทะเลาะอย่างรุนแรงบ่อยๆ
 (4) ต่างคนต่างอยู่
 (5) อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติการแต่งงาน (สำหรับผู้ที่แต่งงานแล้ว)

42. คุณแต่งงาน (จัดทะเบียนสมรส หรือไม่ได้จดทะเบียนสมรสหรือ แต่งตามประเพณี)
 42. ครั้งแรกเมื่ออายุปี
 คุณแต่งงานมาแล้วกี่ครั้ง : จำนวน..... ครั้ง
43. คุณเคยแยกกันอยู่กับคู่สมรสเพราะความขัดแย้งหรือไม่ สาเหตุของปัญหาที่ทำให้ทะเลาะมีเรื่องขัดแย้งกัน
 (0) ไม่เคย
 (1) เคย

สาเหตุของปัญหาที่ทำให้ทะเลาะมีเรื่องขัดแย้งกัน ส่วนใหญ่แล้วเป็นเรื่องอะไร.....

.....

44. คุณแต่งงานกับคู่สมรสคนปัจจุบันมาแล้วนานเท่าไร
 (0) น้อยกว่า 1 ปี ระบุ.....เดือน
 (1) 1- 5 ปี
 (2) มากกว่า 5 ปี แต่ไม่เกิน 10 ปี
 (3) มากกว่า 10 ปี
45. คุณมีบุตรแล้วหรือยัง (0) ไม่มี
 (1) มี ระบุจำนวน.....คน
 เพศชาย.....คน เพศหญิง.....คน
46. คู่สมรสคนปัจจุบันของคุณ เคยเสพยาเสพติดหรือไม่
 (0) ไม่เคย
 (1) เคย
47. จากข้อ 46. หากตอบว่า เคย กรุณาระบุชนิดของยาเสพติด
 (0) เฮโรอีน
 (1) สุรา
 (2) ยาบ้า
 (3) บุหรี่
 (4) กัญชา
 (5) อื่นๆระบุ.....
48. ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสของคุณเป็นอย่างไร
 (0) อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น
 (1) มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง
 (2) มีการทะเลาะอย่างรุนแรงเป็นบางครั้ง
 (3) มีการทะเลาะอย่างรุนแรงบ่อยๆ
 (4) ต่างคนต่างอยู่
 (5) อื่นๆ ระบุ.....
49. สภาพปัญหาระหว่างคู่สมรส (0) ไม่มี (1) มี

50. ปัญหาที่คุณและคู่สมรสขัดแย้งกันบ่อยๆที่พบมากที่สุดตามลำดับ
คือ.....

- 1). ยาเสพติด
- 2). เศรษฐกิจ
- 3). บุคคลที่ 3 ญาติ พี่น้อง
- 4). หึงหวง
- 5). อื่นๆ.....

51. หากคุณเคยแต่งงานมากกว่า 1 ครั้ง คู่สมรสในอดีตของคุณเคยมีประวัติการติดยาเสพติดหรือไม่

(0) ไม่มี

(1) มี ;

- | | | | |
|--------------------|-------------|-----------|--------------------|
| คู่สมรสคนที่ 1 เสพ | () เฮโรอีน | () ยาบ้า | () อื่นๆระบุ..... |
| คู่สมรสคนที่ 2 เสพ | () เฮโรอีน | () ยาบ้า | () อื่นๆระบุ..... |
| คู่สมรสคนที่ 3 เสพ | () เฮโรอีน | () ยาบ้า | () อื่นๆระบุ..... |

(สำหรับผู้ที่ยังไม่แต่งงาน)

52. คุณมีคู่อีกหรือไม่ (0) ไม่มี

(1) มี ระบุจำนวน.....คน

53. คู่อีกของคุณมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่

(0) ไม่มี

(1) มี

54. หากคู่อีกของคุณมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดกรุณาระบุชนิดของยาเสพติด

(0) เฮโรอีน

(1) สุรา

(2) ยาบ้า

(3) บุหรี่

(4) กัญชา

(5) อื่นๆระบุ.....

55. ระดับผลการเรียน (เกรดเฉลี่ย) ของคุณ ก่อนที่คุณจะมีพฤติกรรมติดยาเสพติดอยู่ในระดับใด
- (0) ต่ำกว่า 1
 - (1) ระหว่าง 1.01-2.00
 - (2) ระหว่าง 2.01-3.00
 - (3) ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป
56. คุณเคยถูกภาคทัณฑ์หรือไม่
- (0) ไม่เคย
 - (1) เคย
57. หากคุณเคยถูกภาคทัณฑ์ สาเหตุคือ.....
- (0) โดดเรียน
 - (1) ตรวจพบแอมเฟตามีนหรือใช้
 - (2) ตรวจพบหรือใช้สารเสพติดอื่นคือ.....
 - (3) มาโรงเรียนสาย
 - (4) ทะเลาะวิวาท
 - (5) อื่นๆ ระบุ.....
58. คุณเคยถูกสั่งพักการเรียนหรือไม่
- (0) ไม่เคย
 - (1) เคย
59. หากคุณเคยถูกสั่งพักการเรียน สาเหตุคือ.....
- (0) โดดเรียน
 - (1) ทะเลาะวิวาท
 - (2) ตรวจพบแอมเฟตามีนหรือใช้
 - (3) ตรวจพบหรือ ใช้สารเสพติดอื่นคือ.....
 - (4) อื่นๆ ระบุ.....
60. คุณเคยถูกไล่ออกจากโรงเรียนหรือไม่
- (0) ไม่เคย
 - (1) เคย

61. หากคุณเคยถูกไล่ออกจากโรงเรียน สาเหตุคือ.....

- (0) โดดเรียน (ไม่มีสิทธิ์สอบ)
- (1) ทะเลาะวิวาท
- (2) ตรวจพบแอมเฟตามีนหรือใช้
- (3) ตรวจพบหรือ ใช้สารเสพติดอื่นคือ.....
- (4) อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติกลุ่มเพื่อน

62. คุณคบกับกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมการติดยาเสพติดหรือไม่

- (0) ไม่มี
- (1) มี

63. จากข้อ 62. หากตอบว่า มี กรุณาระบุชนิดของยาเสพติดในกลุ่มเพื่อนดังกล่าว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (0) เสโรอื่น
- (1) ยาบ้า
- (2) กัญชา
- (3) สารระเหย
- (4) สุรา
- (5) บุหรี่
- (6) อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติทางกฎหมาย

64. คุณเคยถูกตำรวจจับหรือไม่

- (0) ไม่เคย
- (1) เคย

65. จากข้อ 64. หากตอบว่า เคย คุณถูกจับคดีอะไรบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (0) เสพยาเสพติด ระบุโทษที่ได้รับ.....
- (1) มียาเสพติดไว้ในครอบครอง ระบุโทษที่ได้รับ.....
- (2) ลักทรัพย์ ระบุโทษที่ได้รับ.....
- (3) ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ระบุโทษที่ได้รับ.....
- (4) เล่นการพนัน ระบุโทษที่ได้รับ.....
- (5) อื่นๆ ระบุ.....

สภาพสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย

66. บ้านของท่านอยู่ใกล้บริเวณใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (0) ชุมชนแออัด (สลัมหรือแหล่งเสื่อมโทรม)
- (1) สถานบันเทิงต่างๆ
- (2) ตลาด
- (3) วัด
- (4) โรงเรียน
- (5) โรงพยาบาล
- (6) สถานีตำรวจ,อบต.
- (7) อื่นๆ ระบุ.....

67. คุณสามารถซื้อหา ยาเสพติดได้จากบุคคลใด

- (0) เพื่อนๆ ที่ติดยาเสพติดด้วยกัน
- (1) ผู้ขายยาเสพติดซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับบ้านของคุณ
- (2) สั่งโดยตรงจากตัวแทนจำหน่ายเป็นช่วงๆ
- (3) ให้เด็กเป็นตัวกลางในการติดต่อซื้อหา ยาเสพติด
- (4) อื่นๆ ระบุ.....

68. คุณมักไปซื้อหยาเสฟติดจากแหล่งใด
- (0) ซื้อจากที่พัคของผู้ขายยาเสฟติด
 - (1) ซื้อจากบริเวณสถานีบริการน้ำมัน
 - (2) ซื้อจากบริเวณโรงเรียน
 - (3) ซื้อจากบริเวณร้านอาหาร
 - (4) ซื้อจากบริเวณศูนย์การค้า
 - (5) ที่ทำงาน
 - (6) บริเวณศูนย์การค้า ร้านอาหาร สถานีน้ำมัน
 - (7) อื่นๆ ระบุ.....
69. แหล่งขายยาเสฟติดอยู่ห่างจากที่พัคของคุณเพียงใด
- (0) อยู่ในชุมชนเดียวกับที่พัคของคุณ
 - (1) อยู่ห่างชุมชนที่คุณอาศัยอยู่แต่เดินทางไปซื้อได้ไม่ลำบาก
 - (2) อยู่ห่างจังหวัดต้องเดินทางไกล
 - (3) อื่นๆ ระบุ.....
70. คุณต้องใช้เวลาในการได้มาซึ่งยาเสฟติดในการซื้อหาแต่ละครั้งเป็นเวลานานเท่าไร
- (0) ภายใน 1 - 10 นาที
 - (1) ภายใน 30 นาที
 - (2) ภายใน 1 ชั่วโมง
 - (3) มากกว่า 1 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 วัน
 - (4) มากกว่า 1 วันแต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์
 - (5) อื่นๆ ระบุ.....

O Card

คุณเคยเจอเหตุการณ์สะเทือนขวัญใดต่อไปนี้บ้าง กรุณาระบุทั้งหมด

1. ประสบกับอุบัติเหตุที่รุนแรงบนท้องถนน
2. เคยอยู่ในเหตุการณ์อุบัติเหตุ ที่อาจทำให้เสียชีวิต
3. เคยอยู่ในเหตุการณ์น้ำท่วม ไฟไหม้หรืออุบัติเหตุทางธรรมชาติเช่นแผ่นดินไหว พายุ เรือล่ม เครื่องบินตก
4. เคยอยู่ในเหตุการณ์ยิงกัน การวางระเบิด หรือเหตุการณ์ใดๆก็ตามที่อาจเป็นอันตรายต่อ ชีวิตตนเองหรือผู้อื่น หรือ เคย ร่วมรบในสงคราม หรือ ปฏิบัติการทาง ทหาร (ในแนว หน้า มีการปะทะกับข้าศึก)
5. เคยรับรู้ว่าคนใกล้ชิด เจอเหตุร้ายต่างๆ เช่น ถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ หรือ เสียชีวิต
6. เคยถูกประทุษร้าย จากการปล้นหรือชิงทรัพย์
7. เคยถูกขู่ด้วยอาวุธ ถูกจับเป็นตัวประกัน หรือถูกลักพาตัว
8. เคยตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้อื่นถูกฆ่า หรือถูกทำร้ายอย่างรุนแรง
9. เคยอยู่ในเหตุการณ์ที่เห็นผู้ร้ายบุกกรุกเข้าบ้าน
10. เคยถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง
11. เคยถูกทารุณกรรมอย่างรุนแรงตอนเป็นเด็ก
12. เคยถูกทอดทิ้งตอนเป็นเด็ก
13. ถูกข่มขืน กระทำชำเรา
14. ถูกล้วงเกินทางเพศ
15. เหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือเหตุการณ์นำหวาดกลัวอื่นๆ

ข้อมูลด้านเหตุการณ์สะเทือนขวัญในชีวิต (Traumatic events)

ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยประสบ เข้าไปมีส่วนรู้เห็นเหตุการณ์ที่สะเทือนขวัญ หรือน่าสะพรึงกลัว ที่ทำให้คุณรู้สึกเครียด กังวล กลัว หรือไม่สบายใจเป็นอย่างมาก มีเหตุการณ์ใดบ้างต่อไปนี้

เหตุการณ์ทางด้านภัยพิบัติ (disaster) และเหตุการณ์สะเทือนขวัญต่างๆไป (Trauma)

1. คุณเคยประสบกับอุบัติเหตุที่รุนแรงบนท้องถนนหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง

เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน / พ.ศ. / อายุ ปี

เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

2. คุณเคยอยู่ในเหตุการณ์อุบัติเหตุที่อาจทำให้เสียชีวิตหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง

เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน / พ.ศ. / อายุ ปี

เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

3. คุณเคยอยู่ในเหตุการณ์น้ำท่วม ไฟไหม้ หรืออุบัติเหตุทางธรรมชาติอื่นๆ เช่น แผ่นดินไหว พายุ เรือล่ม เครื่องบินตก หรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง

เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน / พ.ศ. / อายุ ปี

เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

4. คุณเคยอยู่ในเหตุการณ์ การยิงกัน การวางระเบิด หรือเหตุการณ์ใดๆก็ตามที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของคุณหรือผู้อื่นได้ หรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง
เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี
เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

5. คุณเคยรับรู้ว่ามีคนใกล้ชิดเจอเหตุร้ายต่างๆ เช่นถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต หรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง
เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี
เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

เหตุการณ์ด้านอาชญากรรม (Crime)

6. คุณเคยถูกประทุษร้ายจากการปล้นชิงทรัพย์ หรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง
เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี
เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

7. คุณเคยถูกขู่ด้วยอาวุธ ถูกจับเป็นตัวประกัน หรือถูกลักพาตัวหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง
เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี
เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

8. คุณเคยตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ผู้อื่นถูกฆ่า หรือถูกทำร้ายอย่างรุนแรงหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง

เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี

เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

9. คุณเคยอยู่ในเหตุการณ์ที่เห็นผู้ร้ายบุกกรุกเข้าบ้านหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง

เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี

เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

เหตุการณ์ทางด้านร่างกาย (Physical) และด้านเพศ (Sexual)

10. คุณเคยถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรงหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง

เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี

เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

11. คุณเคยถูกทารุณกรรมอย่างรุนแรงตอนเป็นเด็ก หรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง

เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี

เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

12. คุณเคยถูกทอดทิ้งตอนคุณเป็นเด็กหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง
เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี
เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

13. คุณเคยถูกข่มขืนกระทำชำเรา หรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง
เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี
เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

14. คุณเคยถูกล่วงเกินทางเพศ หรือไม่

() ไม่เคย

() เคย จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง
เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี
เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

15. คุณเคยประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือเหตุการณ์น่าสะพรึงกลัวอื่นๆหรือไม่ ระบุ.....

จำนวนครั้งที่ประสบกับเหตุการณ์ ครั้ง
เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อใด เดือน/ พ.ศ./อายุ ปี
เหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นอย่างไร

.....

แบบสัมภาษณ์ประเมินวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

จากเหตุการณ์ต่างๆที่คุณเคยประสบ พบเห็นหรือเข้าไปมีส่วนรู้เห็นเหตุการณ์ที่สะเทือนขวัญ หรือนำหาวาดกลัว (ถ้ามีเหตุการณ์เดียวให้ข้ามไปถามข้อ 2. นอกเหนือไปจากนี้ให้ถามคำถามถัดไป)

1. เหตุการณ์ใดที่ทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจมากที่สุด
 - (1) เหตุการณ์ที่ 1.
 - (2) เหตุการณ์ที่ 2.
 - (3) เหตุการณ์ที่ 3.
2. ตอนที่เกิด(เหตุการณ์นั้น) คุณรู้สึกหวาดกลัวอย่างมาก คิดว่าคงไม่มีใครช่วยคุณได้ ใช่หรือไม่
 - (0) ไม่ใช่
 - (1) ใช่
2. (เหตุการณ์นั้น) เกิดขึ้นเมื่อใด
เดือน..... / ปี พ.ศ.
3. ตอนนั้นคุณอายุ ปี
4. เคยมีช่วงเวลาที่คุณคิดถึง (ระบุเหตุการณ์ที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบในข้อ 1.) แล้วมีความรู้สึกไม่สบายใจ หรือกังวลใจอย่างมาก โดยเป็นอย่างนั้นอยู่นานอย่างน้อย 1 เดือน หรือไม่
 - (0) ไม่ใช่
 - (1) ใช่

ถ้าคำตอบเป็น “ไม่ใช่” ให้จบการสัมภาษณ์ แต่ถ้าตอบ “ใช่” ให้ถามคำถามถัดไป

5. คุณรู้สึกอย่างนั้นครั้งแรกเมื่อไร
เดือน...../ ปี พ.ศ.
 6. ตอนนั้นคุณอายุปี
- คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับตอนที่คุณอายุ..... ช่วงที่คุณมีความรู้สึกไม่สบายใจอย่างมากเกี่ยวกับ (ระบุเหตุการณ์นั้น)
7. คุณมักจะนึกถึง ภาพเหตุการณ์ ความทรงจำ ความคิด หรือความรู้สึก ที่เกี่ยวกับ (เหตุการณ์นั้นๆ) แม้ว่า คุณจะพยายามไม่คิดถึงมันอีกก็ตาม ใช่หรือไม่
 - (0) ไม่ใช่
 - (1) ใช่ ; กรุณาระบุ ยกตัวอย่าง

9. คุณฝันถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญหรือเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำแล้วซ้ำอีก ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงช่วงเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ที่คุณมีความรู้สึกไม่สบายใจอย่างมาก เวลาที่คิดถึง (เหตุการณ์นั้น)

10. คุณเคยมีความรู้สึกหรือทำตัวราวกับว่าเหตุการณ์นั้นกำลังเกิดขึ้นอีกครั้งหรือ มีความรู้สึกเหมือนเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์เดิม เห็นภาพ (เหตุการณ์นั้น) หรือมีอาการประสาทหลอน โดยอาการนั้นอาจเกิดภายหลังที่คุณเพิ่งตื่นนอน ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่ : กรุณาระบุยกตัวอย่าง

11. คุณรู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมากเมื่อมีอะไรมากระตุ้นเตือนให้นึกถึง(เหตุการณ์ที่สะเทือนขวัญนั้น) เช่น วันครบรอบที่เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

12. เวลาที่คุณเจอกับสิ่งที่มีมากระตุ้นให้คุณนึกถึง(เหตุการณ์นั้น) คุณมีอาการเหงื่อแตก ปวดศีรษะ ปวดตึงกล้ามเนื้อ หายใจแรง ใจสั่น มือไม้สั่น หรือมีอาการไม่สบายทางกายอื่นๆ ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

ถ้าคำตอบของคำถามข้อ 8-12 เป็น “ไม่ใช่” (รหัส 0) ทั้งหมด ให้จบการสัมภาษณ์ แต่ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งตอบ “ใช่” ให้ถามคำถามต่อไป

น้อย 1 เดือน ซึ่งความคิดหรือความรู้สึกอันนั้น ทำให้คุณกังวล หรือไม่สบายใจมากนั้น

13. คุณพยายามหลีกเลี่ยงไม่คิด หรือ หลีกเลี่ยงที่จะมีความรู้สึกเกี่ยวกับ (เหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น) แต่ทำไม่ได้ ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

14. คุณหลีกเลี่ยงกิจกรรม หรือสถานที่ หรือผู้คนที่ทำให้คุณนึกถึง (เหตุการณ์นั้น) ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่ : กรุณาระบุ

ยกตัวอย่าง

15. มีบางครั้งที่คุณไม่สามารถจำรายละเอียดสำคัญๆ เกี่ยวกับ (เหตุการณ์สะเทือนขวัญ) นั้นได้ ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

16. ช่วงนั้น คุณหมดความสนใจ หรือหยุดทำกิจกรรมที่เคยทำบางอย่าง ทั้งที่กิจกรรมนั้นเคยเป็นสิ่งสำคัญกับคุณ ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

17. ช่วงนั้น คุณรู้สึกเหมือนถูกตัดขาดจากโลกภายนอก รู้สึกเห็นห่างหรือโดดเดี่ยว มากกว่าที่เคยรู้สึกก่อนหน้าที่จะมี (เหตุการณ์สะเทือนขวัญ) เกิดขึ้น ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่ : กรุณาระบุ , ยกตัวอย่าง

18. เคยมีบางช่วงที่คุณรู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถจะรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกได้เหมือนกับตอนก่อนเกิด(เหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นๆ) ตัวอย่างเช่น รู้สึกว่าไม่สามารถรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใยจากคนอื่นได้ ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

19. เคยมีบางช่วง ที่คุณรู้สึกว่าไม่มีประโยชน์ที่จะวางแผนอนาคต เพราะว่าคุณคงไม่มีโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ ไม่มีครอบครัวที่อบอุ่น หรือ คงไม่มีชีวิตที่ดีหรือยืนยาว ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

ให้คำตอบจากข้อ 13 – 19. ถ้ามีคำตอบ “ใช่” (รหัส 1) อยู่มากกว่า 3 ข้อ ให้ทำการสัมภาษณ์ต่อไป แต่ถ้าไม่ใช่ ให้จบการสัมภาษณ์

เมื่อตอนช่วงที่คุณมีความรู้สึกไม่สบายใจ กังวล กลัว หรือคิดเกี่ยวกับ (ระบุเหตุการณ์) อยู่เป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือน นั้น

20. คุณมีปัญหานอนหลับยากหรือหลับได้น้อยลงกว่าตอนก่อนหน้าที่จะมี (เหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น) ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

21. คุณรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์เสี้ง่ายกว่าปกติหลัง(เหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น) ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

22. คุณมีปัญหาในเรื่องของสมาธิ ไม่สามารถจดจ่อสมาธิอยู่กับสิ่งใดได้นานเท่าที่เคยทำได้ก่อนหน้าที่จะมี(เหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น) ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

23. เวลาмиเสียง / การเคลื่อนไหว / การสัมผัสใดๆ / โดยไม่คาดหมาย มักจะทำให้คุณสะดุ้ง ตกใจได้ง่ายกว่าที่เคยเป็นก่อนหน้าที่จะมี(เหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น) ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

24. คุณมีความระแวงระวัง หรือให้ความสนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว เช่น มีความไวต่อเสียง ไวต่อกลิ่น หรือ สิ่งที่มีมองเห็น มากกว่าปกติ ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

ตรวจทานคำตอบของข้อ 20 -24. ถ้าตอบ “ใช่” (รหัส 1) อย่างน้อย 2 ข้อ แต่ถ้า “ไม่ใช่” ให้จบการสัมภาษณ์

25. คุณได้เล่าถึงความกังวล และอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ (เหตุการณ์สะเทือนขวัญ) ที่คุณเจอ เช่น ฝันร้าย นึกถึง หรือ มีความรู้สึกที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์ดังกล่าว การหลีกเลี่ยงสิ่งทีกระตุ้นให้คุณนึกถึงเหตุการณ์เลวร้ายที่เจอ ปัญหาในการนอนหลับ ปัญหาด้านอารมณ์และความคิด อาการต่างๆเหล่านี้เป็นอยู่นานไม่ต่ำกว่า 1 เดือน ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่:

25.1) : เป็นอยู่นานที่สุดกี่เดือน เดือน

25.2) : อาการเหล่านี้เริ่มเกิดขึ้นหลังจากเกิดเหตุการณ์นานเท่าไร
วัน1

สัปดาห์2

เดือน3

ปี4

25.3) : คุณมีอาการดังกล่าวครั้งสุดท้าย ตอนคุณอายุเท่าไร ครั้งล่าสุด อายุ
.....ปี/.....

25.4) : อาการเหล่านี้รบกวนการทำงาน การเรียน หน้าที่รับผิดชอบในบ้าน หรือมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคุณและผู้อื่น ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่: กรุณาระบุ

ยกตัวอย่าง

26. คุณได้พบแพทย์ หมอ หรือผู้ที่ให้บริการทางการแพทย์อื่น เพื่อปรึกษาอาการเครียดที่เกิดขึ้น หลังเกิดเหตุสะเทือนขวัญที่เล่ามา ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่: กรุณาระบุ

ยกตัวอย่าง.....

เรากำลังพูดถึงช่วงที่คุณมีความรู้สึกอย่างรุนแรงหรือมีความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ หลังจากเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญดังกล่าว เกิดขึ้นตอนที่คุณอายุ ปี

27. ช่วงที่คุณเริ่มมีความรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับ(เหตุการณ์ดังกล่าว)นั้น คุณดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดหรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

ถ้าตอบ “ใช่” ให้ทำการสัมภาษณ์ต่อไป แต่ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้จบการสัมภาษณ์

28. ช่วงที่คุณเริ่มมีความรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับ(เหตุการณ์)ดังกล่าวนี้ คุณดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่ : (1.1) เพิ่มขึ้น (1.2) ลดลง

29. ช่วงที่คุณเริ่มมีความรู้สึกไม่สบายใจกับเหตุการณ์ดังกล่าวนี้ คุณดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดทุกวันหรือแทบทุกวัน ใช่หรือไม่

(0) ไม่ใช่

(1) ใช่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

นางสาว อารีรัตน์ แสงศิริ เกิดวันที่ 9 พฤษภาคม 2519 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีการศึกษา 2541 และเข้าศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2547



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย