

การศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน

นางสาวสุกัญญา เลิศสกุลชล



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-03-1232-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

I 20433384

DEPRESSIVE SYMPTOM IN COURSE OF AMPHETAMINE DETOXIFICATION



Miss Sukanya Lertsakunchon

สถาบันวิทยบริการ
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-03-1232-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษากาฬหัดสีมเศร้ำในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟ
ตามีน

โดย

นางสาวสุกัญญา เลิศสกุลชล

สาขาวิชา

สุขภาพจิต


อาจารย์ที่ปรึกษา


อาจารย์นายแพทย์เดชา สลิตอนันต์พงศ์


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์นายแพทย์เดชา สลิตอนันต์พงศ์)


..... กรรมการ
(อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ สุขปติพร)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุภัญญา เลิศสกุลชวล : การศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยา
แอมเฟตามีน (Depressive Symptom in Course of Amphetamine Detoxification)

อ.ที่ปรึกษา : อาจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, 104 หน้า, ISBN: 974-03-1232-2

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วย
ถอนพิษยาแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนที่มารับ
การรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบ
ทดสอบ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD) สถิติที่ใช้
ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test Friedman
test และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของ Wilcoxon signed ranks test

ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 ไปถึงสัปดาห์ที่ 4
โดยสัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือ ไม่มี
ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 46.9 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 3.1 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง
ร้อยละ 0.8 ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 83.8 รองลงมาคือมี
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 14.7 และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 1.5 ในสัปดาห์ที่ 3
และ 4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 96.2 และ 96.2 ตามลำดับ รองลงมา
คือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 3.8 และ 3.8 ตามลำดับ ผลของ Friedman test พบว่า
ระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 - 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
ผลของ Wilcoxon signed ranks test พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 2
และสัปดาห์ที่ 2 กับสัปดาห์ที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดย
ระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 2 น้อยกว่าสัปดาห์ที่ 1 และระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 3
น้อยกว่าสัปดาห์ที่ 2

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ปีการศึกษา 2544

ลายมือชื่อนิสิต.....*สุภัญญา เลิศสกุลชวล*.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*เดชา ลลิตอนันต์พงศ์*.....


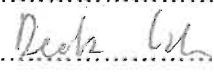
4275282330 : MAJOR MENTAL HEALTH

key word : Depression / Amphetamine Withdrawal

SUKANYA LERTSAKUNCHON : DEPRESSIVE SYMPTOM IN COURSE OF
AMPHETAMINE DETOXIFICATION. THESIS ADVISOR : DECHA
LALITANANTPONG , MD. 104 pp. ISBN 974-03-1232-2

The purpose of this study was to investigate the severity of depression in course of amphetamine withdrawal. The subjects of this study included 130 inpatients who were treated at Bangkok Navy Hospital by amphetamine use disorder and qualified according to this research criteria. The instruments employed were a demographic questionnaire and the Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression (Thai HRSD). Percentage, mean and standard deviation were computed. The data were analyzed by Fisher's exact test, Friedman test and Wilcoxon signed ranks test.

This study found that the severity of depression tended to be from the first week till the fourth week. As can be seen from the first week, most of patients had mild depression 49.2% , followed orderly by non-depression 46.9%, moderate depression 3.1%, and severe depression 0.8%. In the second most of patients had non-depression 83.8%, followed orderly by mild depression 14.7% and moderate depression 1.5%. In the third and the fourth week, most of patients had non-depression in order to 96.2% and 96.2%, followed orderly by mild depression in order to 3.8% and 3.8%. The Friedman test indicated that the severity of depression in all 4 weeks were statistically different at the 0.01 level of confidence. The Wilcoxon signed ranks test indicated that the severity of depression in the first week and the second week, and the second week and the third week were statistically different at the 0.001 level of confidence. In this result the severity of depression in the second week was less than the first and the third week was less than the second week.

Department	Psychiatry	Student's signature..... 
Field of study	Mental health	Advisor's signature..... 
Academic year	2001	



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือที่ดีเยี่ยมของรองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร กรรมการสอบ และอาจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการดำเนินงานและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ คณะแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทหารเรือทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบคุณผู้ช่วยทุกท่านที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และให้ความช่วยเหลือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย ที่ได้ให้คำแนะนำและความอนุเคราะห์ในการฝึกการใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า ขอขอบคุณอาจารย์วงศ์วรรณ วงศ์สุภา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของรายการอ้างอิง

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร ที่ได้ให้คำแนะนำ กำลังใจและความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและพี่ชายทั้งสอง ที่ได้สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณคุณนารี แซ่เล่า ที่ให้แรงกระตุ้นและพลังผลักดัน ขอขอบคุณคุณวัลลภ โภคทรัพย์ไพบูลย์ สำหรับความช่วยเหลือ กำลังใจที่มีให้และเวลาที่มีค่า ขอขอบคุณคุณสุภัทรา เสนาบุญญฤทธิ์ รวมทั้งเพื่อนปริญญาโทรุ่นที่ 12 และทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุกัญญา เลิศสกุลชล

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	7
คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความหมายและประเภทของสารเสพติด.....	10
การติดสารเสพติดและเกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดสารเสพติด.....	13
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน.....	14
ภาวะซึมเศร้า.....	28
งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศไทย.....	34
งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดของต่างประเทศ.....	35
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
รูปแบบการวิจัย.....	37
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ.....	39
การรวบรวมข้อมูล.....	41
วิเคราะห์ข้อมูล.....	42
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย.....	44
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับภาวะซีมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 – 4.....	49
ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงความแตกต่างของระดับภาวะซีมเศร้า.....	54
ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความแตกต่างของระดับภาวะซีมเศร้าเป็นรายคู่....	55
ส่วนที่ 5 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซีมเศร้า จำแนกตามปัจจัยที่กำหนด.....	56
ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดภาวะถอนพิษยา แอมเฟตามีน AWQ.....	71
ส่วนที่ 7 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้ากับภาวะถอนพิษยา แอมเฟตามีน.....	72
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	73
สรุปผลการศึกษา.....	73
อภิปรายผลการศึกษา.....	76
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย.....	79
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	79
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	86
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	95

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงสถิติผลการจับกุมคดียาบ้า พ.ศ. 2541 – 2543.....	2
2. แสดงจำนวนผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ.....	4
3. แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	44
4. แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลการใช้ยาบ้า.....	47
5. แสดงค่าเฉลี่ยของความถี่และปริมาณในการเสพยาบ้าของผู้ป่วย.....	48
6. แสดงระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาบ้าในสัปดาห์ที่ 1....	49
7. แสดงระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาบ้าในสัปดาห์ที่ 2....	50
8. แสดงระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาบ้าในสัปดาห์ที่ 3....	50
9. แสดงระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาบ้าในสัปดาห์ที่ 4....	51
10. แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1-4...	52
11. แสดงผลการทดสอบ Friedman Test.....	54
12. แสดงผลการทดสอบ Wilcoxon Singed Ranks Test.....	55
13. แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยถอนพิษยาบ้าในสัปดาห์ที่ 1 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	57
14. แสดงค่า Fisher's Exact Test ของความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยถอนพิษยาบ้าในสัปดาห์ที่ 1 กับปัจจัยส่วนบุคคล.....	60
15. แสดงจำนวน ร้อยละ และค่า Fisher's Exact Test แสดงความสัมพันธ์ของระดับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาบ้าในสัปดาห์ที่ 2 กับปัจจัยส่วนบุคคล.....	61
16. แสดงจำนวน ร้อยละ และค่า Fisher's Exact Test แสดงความสัมพันธ์ของระดับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาบ้าในสัปดาห์ที่ 3 กับปัจจัยส่วนบุคคล.....	65
17. แสดงจำนวน ร้อยละ และค่า Fisher's Exact Test แสดงความสัมพันธ์ของระดับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาบ้าในสัปดาห์ที่ 4 กับปัจจัยส่วนบุคคล.....	68
18. แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนเป็นรายสัปดาห์.....	71
19. แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ของ Spearman's Rank Correlation Coefficient	72



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

ปัจจุบันนี้ยาเสพติดนับว่าเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เพราะเป็นบ่อเกิดของปัญหาอื่น ๆ หลายด้าน นับตั้งแต่ตัวผู้เสพเองซึ่งจะเกิดความทุกข์ลำบากทั้งกายและใจ และเมื่อหาเงินซื้อยาไม่ได้ก็อาจจะก่อให้เกิดอาชญากรรมต่าง ๆ ประเทศชาติต้องสูญเสียแรงงานและสูญเสียเงินงบประมาณในการปราบปรามและรักษาผู้ติดยาเสพติด และเหตุผลที่ทำให้ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศอีกข้อหนึ่งคือ มีผู้ติดยาเพิ่มมากขึ้นทั้งนี้ยังไม่รวมถึงจำนวนผู้ติดบุหรี่ สุรา ยากระตุ้นหรือกดระบบประสาทที่ผสมอยู่ในเครื่องดื่มต่าง ๆ ⁽¹⁾

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบกับปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด ซึ่งก่อนหน้านี้ยาเสพติดประเภทฝิ่น เฮโรอีนและกัญชา จัดเป็นวัตถุเสพติดที่มีการใช้กันมากที่สุด แต่ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาสถานการณ์ของการแพร่ระบาดได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น และชนิดของสารเสพติดมีเพิ่มมากขึ้น ที่สำคัญคือ แอมเฟตามีนหรือยาบ้า ⁽²⁾

แอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวางขึ้นตามลำดับ เนื่องจากผลิตได้ง่ายและให้ผลตอบแทนสูง จึงจูงใจให้มีผู้ผลิตและผู้ค้าแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นจำนวนมาก นอกจากประเทศไทยจะเป็นฐานการผลิตแอมเฟตามีนที่สำคัญแห่งหนึ่งแล้วยังมีการขยายฐานการผลิตไปสู่ประเทศลาว กัมพูชา และพม่า โดยเฉพาะพม่าถือเป็นพื้นที่ผลิตที่สำคัญที่สุดของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีศักยภาพการผลิตมหาศาล กลุ่มที่ทำการผลิตในพม่าส่วนใหญ่จะเป็นชนกลุ่มน้อยตามแนวชายแดนไทย-พม่า และจากการที่ผลกำไรของการค้าแอมเฟตามีนค่อนข้างมากกว่าตัวยาอื่น ทำให้นักค้าแอมเฟตามีนใหม่ ๆ ปรากฏเข้าสู่วงการค้าแอมเฟตามีนแทบตลอดเวลา นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มนักค้าเฮโรอีนในภาคเหนือได้มีการหันมาค้าแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้น ในลักษณะควบคู่กับการค้าเฮโรอีน ทำให้คาดหมายว่าในอนาคตแอมเฟตามีนจะมีการกระจายตัวอย่างกว้างขวางที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับตัวยาประเภทอื่น และจะกระจายตัวไปทั่วประเทศทั้งในเขตเมืองและชนบท ⁽³⁾

จากสถิติการจับกุมคดียาเสพติดของทุกหน่วยงานในสังกัดตำรวจตั้งแต่ปีพ.ศ. 2541-2543 ปรากฏว่ามีผลการจับกุมคดียาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. 2541 จับกุมได้ 214,295 ราย ปีพ.ศ. 2542 จับกุมได้ 237,283 ราย และปีพ.ศ. 2543 จับกุมได้ 256,925 ราย

สำหรับของกลางคดียาเสพติดโดยเฉพาะแอมเฟตามีนนั้นมีการจับกุมเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยจับกุมได้ประมาณ 30 ล้านเม็ดในปีพ.ศ.2541 ปีพ.ศ. 2542 จับกุมได้ประมาณ 42 ล้านเม็ด และในปีพ.ศ. 2543 จับกุมได้ประมาณ 72 ล้านเม็ด⁽⁴⁾

ตารางที่ 1 แสดงสถิติผลการจับกุมคดีแอมเฟตามีน พ.ศ. 2541-2543

ประเภทยาเสพติด	จับกุมได้ (ราย)			ของกลาง (กก.)		
	2541	2542	2543	2541	2542	2543
เฮโรอีน	14,658	8,721	5,949	509.23	338.79	345.99
มอร์ฟีน	21	51	27	0.00	0.02	0.00
ฝิ่น	3,629	2,680	2,204	5,802.86	498.62	319.10
น้ำยาเคมี	3	20	5	100.04	15.10	2,134.00
กัญชาแห้ง	27,437	29,450	26,771	48,608.18	15,465.73	7,963.42
กัญชาสด	885	910	930	34,660.46	49,613.66	56,285.55
พืชกระท่อม	2,042	2,849	3,216	2,427.05	1,063.75	635.78
แอมเฟตามีน	140,712	168,941	198,912	3,002.44	4,262.38	7,239.85
				(30,024,400 เม็ด)	(42,623,800 เม็ด)	(72,398,500 เม็ด)
สารระเหย	24,427	23,031	17,897	908.18	633.65	498.91
เอ็กซ์ตาซี	147	214	422	0.82	8.02	5.20
โคเคน	9	80	71	0.20	10.99	4.26
อื่นๆ	325	336	521	1,103.95	6,143.40	3,287.22
รวม	214,295	237,283	256,925	97,123.41	78,054.11	78,719.28

เนื่องจากยังมีประชาชนอีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่ตระหนักถึงโทษภัยของแอมเฟตามีนอย่างชัดเจน แต่ยังเห็นประโยชน์ของแอมเฟตามีนว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ทำให้มีการใช้แอมเฟตามีนกันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ซึ่งมีทั้งกลุ่มผู้ขับขีรถบรรทุกและรถโดยสารกลุ่มชาวไร่ ชาวนา ชาวประมง แรงงานแบกหาม ทั้งนี้เพื่อให้มีเรี่ยวแรงกำลังวังชาทำงานได้ทนทานมากขึ้น และมีรายได้จากการทำงานสูงขึ้นตามไปด้วย การเสพยาส่วนใหญ่ของคนกลุ่มนี้เป็นการเสพโดยวิธีกิน⁽⁵⁾ และจะกินในขนาดที่พอทำให้ออกฤทธิ์ตามต้องการ เมื่อแอมเฟตามีนออกฤทธิ์ต่อร่างกายเรียบร้อยแล้ว ผู้เสพจะหมดแรง ต้องการนอนเป็นเวลานาน จากนั้นก็กลับมาใช้ใหม่ เมื่อจำเป็นต้องทำงานหนักหรืออดหลับอดนอน เป็นวิธีการเพิ่มผลผลิตที่มักพบทั่วไปในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมาตรฐานการครองชีพยังไม่ดีนัก คนจำนวนมากต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้สำหรับเลี้ยงตนเองและครอบครัว

การระบอบในกลุ่มวัยรุ่นปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์ของการใช้และพฤติกรรมกาเสพยาแตกต่างจากเดิมที่กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียน นักศึกษาที่ส่วนใหญ่เสพเพื่อความบันเทิง⁽⁶⁾ เพราะความอยากลอง อยากรู้ ประกอบกับถูกชักจูงจากบุคคลอื่นเพื่อแสวงหาผลประโยชน์ โดยพบมากในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในสายสามัญ ระดับปวช. และปวส. ในสายอาชีวะ และมีแนวโน้มที่จะแพร่ระบาดเข้าไปในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา ใช้วิธีการเสพโดยการสูบไอที่เกิดจากการระเหยเป็นไอของเม็ดยาเมื่อถูกความร้อน ไอของแอมเฟตามีนจะถูกสูดเข้าไปในปอดสู่กระแสเลือดผ่านหัวใจแล้วสูบฉีดขึ้นสู่สมองโดยตรง แอมเฟตามีนจะออกฤทธิ์ต่อสมองรวดเร็วมาก (ประมาณ 8 วินาที) เมื่อเปรียบเทียบกับกากรกิน จะออกฤทธิ์ภายใน 20-30 นาที การที่แอมเฟตามีนออกฤทธิ์เร็ว จะมีผลทำให้ผู้เสพติดยาได้ง่ายขึ้น และเป็นอันตรายต่อสุขภาพมากกว่าการกิน เมื่อเสพยาไประยะหนึ่งจำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาที่เสพขึ้นเรื่อยๆ เพราะร่างกายจะดื้อต่อยาเร็วมาก ในไม่ช้าอันตรายต่อสุขภาพจะเริ่มปรากฏขึ้น เด็กจะเริ่มมีอาการทางจิต ที่พบเห็นบ่อยได้แก่ อาการซึมเศร้า บางรายถึงขนาดฆ่าตัวตาย ก้าวร้าว ไม่มีเหตุผล พฤติกรรมต่างๆ จะเปลี่ยนแปลง หากยังใช้ยาต่อไปอาการทางจิตจะรุนแรงขึ้น มีอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่งและเป็นโรคจิตในที่สุด⁽⁷⁾

การระบอบได้ทวีความรุนแรงขึ้นจนเป็นปัญหาสังคมที่กำลังคุกคามทำลายเศรษฐกิจสังคม และครอบครัว จึงทำให้รัฐบาลได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 (พ.ศ. 2539) กำหนดให้สารแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน (ยาบ้า) เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 1 กลุ่มเดียวกับเฮโรอีน ฉะนั้นความผิดจึงรุนแรงเทียบเท่าเฮโรอีน ส่งผลให้มีการจับกุมอย่างเข้มงวดต่อผู้ผลิต ผู้ขาย ผู้ซื้อ และผู้เสพ⁽⁸⁾

จากรายงานประจำปีของผู้กระทำผิดคดียาเสพติดมีเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนเยาวชนผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้นจาก 26,600 ราย เป็น 54,500 ราย เป็น

คดีแอมเฟตามีน 17.1% ในปีพ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 73.4% ในปีพ.ศ. 2541 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่เนื่องจากยาเสพติดทั่วประเทศปีพ.ศ. 2541 จำนวน 27,995 ราย คิดเป็นผู้ติดแอมเฟตามีน 53.7%⁽⁹⁾ และปี พ.ศ. 2543 เพิ่มขึ้นเป็น 61.40%⁽¹⁰⁾

จากข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพพบว่าจำนวนผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และจำนวนผู้ป่วยก็มีมากกว่าผู้ป่วยเสพยาสารเสพติดชนิดอื่น⁽¹¹⁾

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา

แบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ

ประเภทสารเสพติด	จำนวนผู้ป่วยทหารและพลเรือน (คน)					
	2539	2540	2541	2542	2543	2544*
เฮโรอีน	304 (67.70%)	202 (51.53%)	207 (39.42%)	151 (33.78%)	111 (20.67%)	53 (18.27%)
แอมเฟตามีน	45 (10.02%)	70 (17.85%)	219 (41.71%)	214 (47.88%)	307 (57.17%)	215 (74.13%)
กัญชา	88 (19.60%)	89 (22.70%)	83 (15.80%)	69 (15.43%)	103 (19.18%)	17 (5.80%)
สารระเหย	12 (2.67%)	31 (7.90%)	16 (3.04%)	13 (2.90%)	16 (2.98%)	5 (1.72%)
รวม	449	392	525	447	537	290

*ปีงบประมาณ 2544 (ตุลาคม 2543 – เมษายน 2544) รวม 7 เดือน

ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาแอมเฟตามีนนั้น จำเป็นที่จะต้องทราบถึงกลไกการทำงานของแอมเฟตามีนต่อระบบประสาท ซึ่งทำให้เกิดการติดยาขึ้น โดยมีอาการและผลข้างเคียงตั้งแต่เริ่มต้นไปจนถึงหยุดการใช้เป็นช่วง ๆ ช่วงที่สำคัญซึ่งมีผลต่อการกลับไปใช้ยาใหม่ของผู้เสพนั่นคือ ช่วงถอนพิษยา เนื่องจากผู้ใช้ยาไม่สามารถทนต่ออาการในช่วงนี้ได้⁽¹²⁾ ภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนไม่รุนแรงมากนัก แต่ผู้เสพยาอาจมีภาวะถอนพิษยาที่รุนแรงได้ จึงต้องได้รับการดูแลเพิ่มขึ้น

นอกจากการให้การรักษาทางการแพทย์แล้ว ทั้ง ๆ ที่ประสิทธิภาพของการรักษาในช่วงถอนพิษยาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้ แต่ก็ไม่มีวิธีใดจะใช้ได้เฉพาะเจาะจงให้เกิดประสิทธิผลที่แน่นอนได้ ในปัจจุบันใช้วิธีการรักษาตามอาการ สำหรับอาการทางร่างกายในภาวะถอนพิษยานี้ได้แก่ อ่อนเพลียไม่มีแรง ปวดเมื่อย คลื่นไส้อาเจียน ส่วนอาการทางจิตใจได้แก่ กระวนกระวาย หงุดหงิด ความคิดสับสน นอนไม่หลับรวมถึงความรู้สึกอยากเสพยา ที่สำคัญที่สุดคือ อารมณ์ซึมเศร้าซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้⁽¹³⁾ ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ค่อนข้างน้อยในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึง ภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน เพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์ที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษา ผู้ติดแอมเฟตามีนต่อไป

คำถามของการวิจัย (Research question)

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน

ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนชนิดเดี่ยวหรือแอมเฟตามีนร่วมกับบุหรี่ปุ่ทุกรายที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยผู้ป่วยไม่เสพสารเสพติดอื่นร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน และมีการหยุดเสพแอมเฟตามีนไม่มากกว่า 1 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา ผู้ป่วยและญาติไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิต

2. กลุ่มตัวอย่างได้ทำการวัดภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน Amphetamine Withdrawal Questionnaire (AWQ) เป็นแบบวัดความรุนแรงของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน ซึ่งดัดแปลงและพัฒนามาจาก DSM IV ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 40 คะแนน และเนื่องจากเป็นแบบวัดความรุนแรงของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน ไม่ใช่เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค จึงไม่มีจุดตัดของคะแนน นั่นคือค่าคะแนนต่ำหมายถึงมีความรุนแรงน้อย และค่าคะแนนที่สูงขึ้นไปจะมีความรุนแรงมาก ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้ใช้แบบวัด AWQ เพื่อวัดความรุนแรงของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน ในช่วงที่ทำการศึกษาก่อนเป็นเวลา 4 สัปดาห์เท่านั้น

3. ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ประกอบด้วย

1. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยหยุดเสพแอมเฟตามีนและอยู่ในช่วงถอนพิษยา
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพ อายุ ยาเสพติดที่ใช้ร่วม ศาสนา สถานภาพสมรส บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่นำส่งโรงพยาบาล เหตุผลที่เข้ามาบำบัดรักษา และภาวะรับมือของของผู้ป่วย

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาค้างนี้ทำการศึกษาผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ซึ่งทำการดูแลผู้ป่วยทุกรายเยี่ยงทหาร คือมีกฎระเบียบข้อบังคับในการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยต้องมีระเบียบวินัย ในการทำกิจกรรมทุกอย่างที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ หากในช่วงที่ไม่มีกิจกรรมใดให้ผู้ป่วยพักผ่อนในห้องพักซึ่งมีผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และผู้ป่วยไม่สามารถออกนอกห้องพักได้หากไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ดูแลซึ่งเป็นทหาร จึงถือว่าผู้ป่วยมีการหยุดใช้แอมเฟตามีนจริงตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้อยู่ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ และจิตแพทย์ แต่ไม่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาด้วยกิจกรรมกลุ่ม เช่น กลุ่มบำบัด ฟังเทศน์ฟังธรรม กลุ่มกีฬา ฯลฯ ซึ่งจัดทำโดยแผนกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ จึงมีข้อจำกัดในด้านคุณสมบัติของตัวผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทหารเรือและเป็นพลเรือนชายเพียงเล็กน้อย และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ได้เฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

Depression ในช่วงถอนพิษยาแอมเฟตามีน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดใช้แอมเฟตามีนภายใน 24 ชั่วโมง โดยมีระยะเวลาไม่น้อยเกิน 4 สัปดาห์ ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV)⁽¹⁴⁾ ดังนี้

1. ความผิดปกติด้านอารมณ์เป็นอาการเด่นและคงอยู่นาน และมีลักษณะดังต่อไปนี้ 1 หรือ 2 ข้อ
 - (1) อารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงมากในทุกกิจกรรมหรือแทบทุกกิจกรรม
 - (2) อารมณ์ฉีกฉีก ยังอารมณ์ไม่อยู่หรือหงุดหงิด
2. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกายหรือผลทางห้องปฏิบัติการตามข้อ (1) หรือ(2)
 - (1) อาการตามเกณฑ์ข้อ 1 เกิดขึ้นในระหว่างหรือภายในหนึ่งเดือนที่มี Substance Withdrawal
 - (2) การให้ยาเป็นสาเหตุสัมพันธ์กับความผิดปกตินี้
3. ความผิดปกตินี้ไม่เข้าได้ดีกว่ากับการวินิจฉัย Mood Disorder ที่มีได้เป็นจากสาร หลักฐานที่ว่าอาการเข้าได้ดีกว่ากับ Mood Disorder อื่น ๆ ที่มีได้เป็นมาจากการใช้สาร อาจเป็นดังต่อไปนี้ มีอาการก่อนการเริ่มใช้สาร (หรือยา) อาการยังคงเป็นอยู่เป็นระยะเวลานาน (เช่น นานเป็นเดือน) หลังการสิ้นสุดของ acute withdrawal หรือ severe toxication หรือความผิดปกตินั้นมากกว่าที่คาดคิดว่าจะเกิดจากการใช้สาร ไม่ว่าจะเป็นในด้านชนิด ปริมาณหรือระยะเวลาที่เสพ หรือมีหลักฐานอื่นบ่งบอกว่ามี Mood Disorder ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้สารอยู่ (เช่น มีประวัติของ Recurrent Major Depressive Episodes)
4. ความผิดปกตินี้มีได้เกิดแต่ในช่วงของ Delirium
5. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

Amphetamine หมายถึง วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ที่พบอาจมีหลายลักษณะและมีสีที่แตกต่างกัน ส่วนมากจะ

เป็นสีขาว เม็ดกลมแบนมีลักษณะแบนเม็ดยาต่างกันและมีปริมาณของสารที่กระตุ้นร่างกายแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้ผลิต แอมเฟตามีนมีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใ
ยาบ้า หมายถึง แอมเฟตามีน

ยากลุ่มแอมเฟตามีน หมายถึง ยาดังต่อไปนี้ (เท่าที่ตรวจพบจากกองวิเคราะห์วัตถุเสพ
ติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) ⁽¹¹⁾

- แอมเฟตามีน ชื่อทางเคมีว่า (+)-2-amino-1-phenylpropane
- เมทแอมเฟตามีน ชื่อทางเคมีว่า (+)-2-methyl-amino-1-phenylpropane
- MDA (LOVE) ชื่อทางเคมีว่า 3,4-Methylene dioxyamphetamine
- MDEA (EVE) ชื่อทางเคมีว่า 3,4 Methylene dioxyethylamphetamine
- MDMA (ECSTASY) ชื่อทางเคมีว่า 3,4 Methylene dioxymethamphetamine

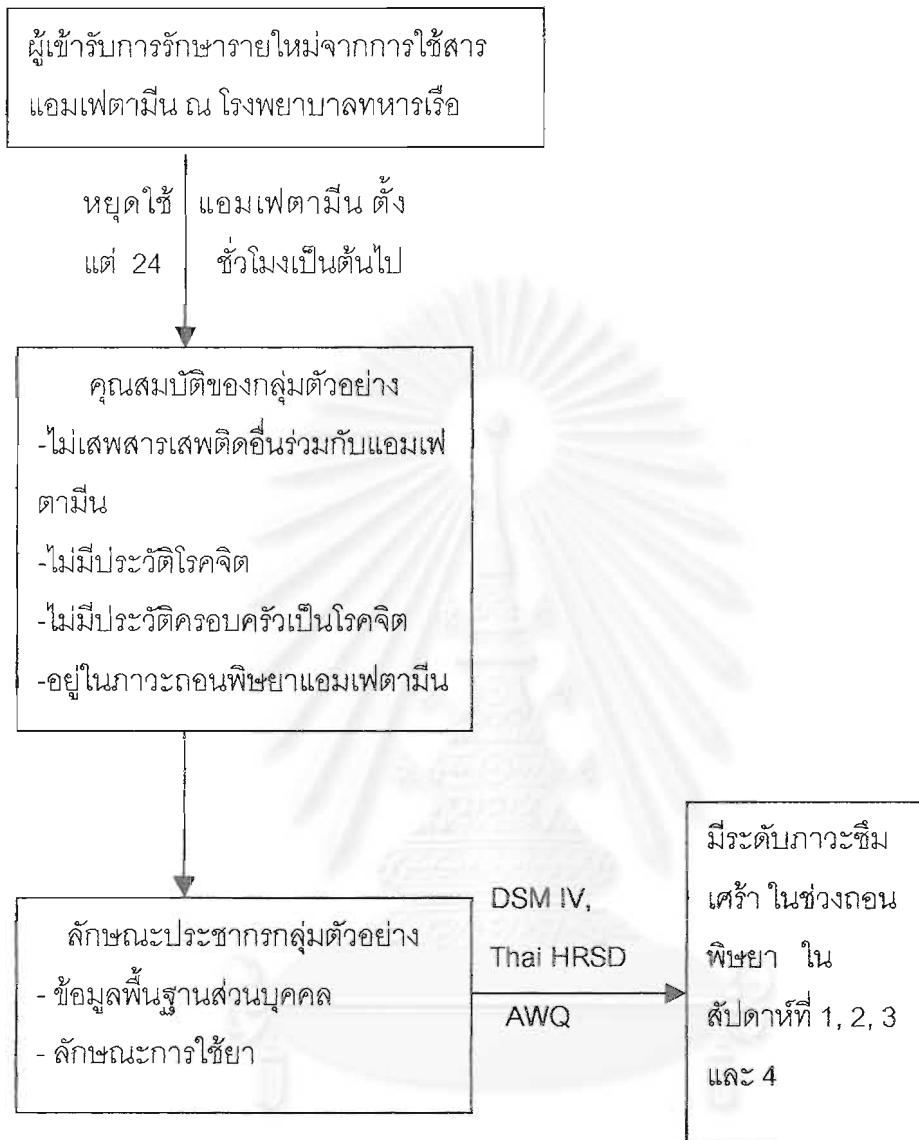
เสพ หมายถึง การนำยาเสพติดเข้าสู่ร่างกายโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือวิธี
อื่นใดเพื่อให้ยาเสพติดเข้าสู่ร่างกาย

Amphetamine Detoxification หมายถึง ระยะถอนพิษยาหลังจากหยุดใช้แอมเฟตา
มีน พบในรายที่ใช้ในขนาดสูงและใช้เป็นประจำ มีอาการสูงสุดที่ 48-96 ชั่วโมง คือมีความกังวล
อ่อนเพลีย เกิดอาการซึม ถ้ารุนแรงอาจเป็นโรคซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ(Expected Benefits and Application)

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของ
ผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม รักษาและป้องกัน ตลอดจนฟื้นฟูสุขภาพในการดูแล
รักษาผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยในเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยติดยาบ้าต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้เสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและภาวะซึมเศร้า โดยมีการจัดหมวดหมู่ ดังนี้

1. ความหมายและประเภทของยาเสพติด
2. การติดยาเสพติด และ เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดยาเสพติด
3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน
4. เกณฑ์การรักษาผู้ป่วยติดยาบ้า หรือ แอมเฟตามีน
5. ภาวะซึมเศร้า
6. งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศไทย
7. งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดของต่างประเทศ

ความหมายและประเภทของยาเสพติด

ตามที่มีการระบุไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2528 ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้ว ทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นผลหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่⁽¹⁵⁾

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของยาเสพติดให้โทษไว้ว่า ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง ยา สารเคมีหรือวัตถุใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็ตาม ก่อให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจที่สำคัญ 4 ประการ⁽¹⁶⁾ คือ

1. มีความต้องการเสพยาชนิดนั้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. ต้องเพิ่มขนาดของยาที่เสพมากขึ้น
3. เมื่อหยุดเสพจะมีอาการขาดยา

4. สุขภาพทั่วไปทรุดโทรมจากการเสพยาบ้า

ความหมายโดยทั่วไป ยาเสพติดหมายถึง ยาหรือสารเคมีที่อาจเป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติหรือจากการสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อบุคคลใดเสพหรือได้รับเข้าไปในร่างกายซ้ำ ๆ กันแล้ว ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใด ๆ เป็นช่วงระยะ ๆ หรือนานติดต่อกันก็ตาม จะทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ภายใต้อำนาจหรือเป็นทาสของสิ่งนั้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือจิตใจเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังอาจต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อย ๆ หรือทำให้สุขภาพของผู้ติดเสพยาบ้าลง และเมื่อผู้เสพยาบ้าแล้วไม่ได้เสพ จะมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือเฉพาะด้านจิตใจ

ประเภทของยาเสพติด

ในปัจจุบันยาเสพติดมีมากกว่าร้อยชนิด สามารถจัดแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ เช่น การแบ่งตามกฎหมาย การแบ่งตามองค์การอนามัยโลก

การแบ่งประเภทยาเสพติดตามกฎหมาย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. ประเภทถูกกฎหมาย เช่น ยาแก้ไอ น้ำดำ นูรี เหล้า กาแฟ
2. ประเภทผิดกฎหมาย เช่น มอร์ฟิน ฝิ่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน กระต่อม กัญชา

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษของประเทศไทยฉบับปี 2522 มาตรา 7 ได้แบ่งสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษ เป็น 5 ประเภท โดยแบ่งตามความรุนแรงของการลงโทษ⁽¹⁷⁾ คือ

ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน

ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟิน โคเคน โคเคอิน ฝิ่น

ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 2 ผสมอยู่ด้วย ตามที่ได้ขึ้นทะเบียน ตำรับยาไว้ตามมาตรา 43 เช่น ยาแก้ไอผสมโคเคอิน

ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 เช่น

อะเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic anhydride)

อะเซทิลคลอไรด์ (Acetyl chloride)

ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระต่อม

การแบ่งประเภทยาเสพติดตามองค์การอนามัยโลก แบ่งออกเป็น 5 ประเภท⁽¹⁸⁾ ดังนี้

1. ประเภทฝิ่น (Opiates or Opioids)

ยาเสพติดดั้งเดิมในกลุ่มนี้คือ มอร์ฟินซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของฝิ่น ฝิ่นได้มาจากยางไม้ของดอกฝิ่นสีขาว ฝิ่น มอร์ฟิน โคเคอิน (cocaine) และสาร psychoactive มีการนำไปใช้บรรเทาอาการเจ็บปวดและอาการไอ ต่อมาเกิดการสกัดเฮโรอีนโดยนำมอร์ฟินไปผ่านกระบวนการทางเคมี และมีสารสังเคราะห์จากฝิ่นเกิดขึ้นมากมาย เช่น เมธาโดน (นำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วย

ติดเฮโรอีน) เพทิดีน (pethidine, meperidine) และ ไดไพพานอน (dipipanone) สารจำพวกนี้สามารถบรรเทาอาการเจ็บปวด ทำให้เกิดความสบายใจ อาการเคลิบเคลิ้ม และเกิดการติดทางร่างกาย นำไปสู่อาการถอนพิษยาเมื่อขาดยา อาการถอนพิษยาจากฝิ่นก่อให้เกิดความทุกข์อย่างมาก แต่ไม่ถึงกับทำให้เสียชีวิต ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยอย่างรุนแรงหรือร่างกายทรุดโทรมมาก

2. ประเภทระบบประสาท (Depressants)

ยาในกลุ่มนี้ประกอบด้วยแอลกอฮอล์, บาร์บิทูเรต, กลุ่มยาสงบประสาท และยานอนหลับ สารจำพวกนี้มีผลให้เชื่องซึม ง่วงนอน และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย รวมทั้งอาจทำให้ขาดการยับยั้งและสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลอย่างหนึ่งของสารกดระบบประสาทที่สมองส่วนกลาง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทซึ่งทำให้เกิดอาการถอนพิษยาถ้าขาดยา อาการถอนพิษยาที่รุนแรงในผู้ติดแอลกอฮอล์และบาร์บิทูเรตทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

กลุ่มยาคลายกังวลจำพวกเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine type) เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) คลอไดอะซีพริกไซด์ (chlordiazepoxide) เคยเป็นที่นิยมใช้แทนสารกดประสาทประเภทอื่น เบนโซไดอะซีปีนมีความปลอดภัยในการนำไปใช้เพื่อการรักษามากกว่าบาร์บิทูเรต อย่างไรก็ตามยังคงทำให้เกิดการติดทั้งทางร่างกายและจิตใจถ้ามีการใช้เป็นประจำ เมื่อมีการติดทางร่างกายจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและมีอาการจากการถอนพิษยา ดังนั้นในการจ่ายยาชนิดนี้ควรมีความระมัดระวัง และให้ใช้ในช่วงเวลาสั้น ๆ เท่านั้น และถ้าอยู่ในภาวะที่มีการติดควรค่อย ๆ ลดจำนวนลงและให้อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์

3. ประเภทกระตุ้นระบบประสาท (Stimulants)

โคเคนเป็นสาร psychoactive ที่มาจากใบโคคา มีผลให้เกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวา รวมทั้งบรรเทาความเหน็ดเหนื่อยและความหิว สารที่ออกฤทธิ์คล้ายโคเคนถูกสังเคราะห์ขึ้นมากมาย เช่น แอมเฟตามีน (amphetamine) เมธิลฟินิเดต (methylphenidate) และยาหลายชนิดที่ใช้ในการลดความอ้วน โคเคน แอมเฟตามีน และสารสังเคราะห์บางชนิดทำให้เกิดความตื่นตัว และความผิดปกติทางจิตเวชในช่วงเวลาสั้น ๆ สารเหล่านี้ทำให้เกิดการติดได้สูง ถึงแม้ว่าจะมีอาการถอนพิษยาเกิดขึ้นไม่มากนักและเกิดเพียงชั่วคราวเท่านั้น แอมเฟตามีนที่มีอยู่ในท้องตลาดมีชื่อทางการค้ามากมาย และถูกนำไปใช้เป็นยาลดน้ำหนัก นอกจากนี้ยังมีการนำเด็กซ์แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน ไปใช้ในทางที่ผิดอย่างแพร่หลาย

คาเฟอีนเป็นส่วนประกอบที่มีอยู่ในชาและกาแฟ (ในชา มีสาร theobromine) สารกระตุ้นจำพวกนี้ใช้บรรเทาความเหน็ดเหนื่อยได้เล็กน้อย แต่กลไกการออกฤทธิ์ในร่างกายมีมากมาย ซึ่งแตกต่างจากการออกฤทธิ์ของโคเคนและแอมเฟตามีน คาเฟอีนทำให้เกิดการติดได้ในระดับต่ำ และมีอาการถอนพิษยาน้อยมาก โดยมีเพียงอาการปวดศีรษะและเหนื่อยล้าเท่านั้น

คาทเป็นพืชขนาดเล็กซึ่งผู้ใช้ต้องนำไปมาเคี้ยว เพื่อให้เกิดความกล้าในการเข้าสังคมและลดความตึงเครียด เป็นที่ยอมรับในสังคมบางประเทศ เช่น ประเทศเยเมน ประเทศคีจูติ ประเทศเอธิโอเปีย ประเทศโซมาเลีย ฯลฯ พืชชนิดนี้มีส่วนประกอบของ cathine และ cathinone ซึ่งออกฤทธิ์คล้ายแอมเฟตามีน โดยกระตุ้นสมองส่วน cerebral

4. ประเภทสารหลอนประสาท (Hallucinogens)

แอลเอสดี (LSD : Lysergic acid diethylamide) mescaline และ peyote มีผลต่อจิตใจที่ซับซ้อนอย่างมาก ก่อให้เกิดการเพ้อฝัน อาการประสาทหลอนและการรับรู้ผิดปกติ สารหลอนประสาทไม่ได้ก่อให้เกิดการติดทางร่างกาย

5. ประเภทอื่น (Others) เป็นสารที่ไม่สามารถจัดอยู่ใน 4 กลุ่มข้างต้น ได้แก่

กัญชา (cannabis) มีฤทธิ์กดประสาทและหลอนประสาท

สารระเหย รวมทั้งกาว ทินเนอร์ และแลคเกอร์ มีฤทธิ์กดประสาทและทำให้เกิดอาการ รวมทั้งทำให้เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติ อันตรายที่สำคัญของสารประเภทนี้คือ ความเป็นพิษต่อร่างกายที่ตับและไต

สารประเภทอื่น ๆ เช่น กาว (Kava) ใช้ในหมู่เกาะแปซิฟิก betel nut มีการใช้ในทวีปเอเชีย อ่าวในมหาสมุทรแปซิฟิก phencyclidine (PCD) นิยมใช้ในหมู่รัฐอเมริกา มีผลให้เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติ ประสาทหลอน และในบางครั้งอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชอื่น ๆ ได้

การติดสารเสพติด และเกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดสารเสพติด

ตามพ.ร.บ. พันฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 การติดยาเสพติด หมายความว่า เสพยาเสพติดเป็นประจำติดต่อกัน และตกอยู่ในสภาพจำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้นโดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นว่านั้นได้ตามหลักวิชาการ⁽¹⁷⁾

การติดยาเสพติด (Substance Dependence) หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดเป็นเวลานานติดต่อกันจนก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ลักษณะที่สำคัญของการติดยาเสพติดมี 2 ประการ คือ

ก. การติดทางร่างกาย (Physiological dependence) ซึ่งแสดงออกได้ 2 ลักษณะ คือ มีอาการดื้อยา (tolerance) คือต้องใช้สารเสพติดในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลเท่าเดิม หรือยาเสพติดมีผลต่อผู้เสพน้อยลงอย่างชัดเจนแม้จะเสพในปริมาณเท่าเดิม

มีอาการถอนพิษยา (withdrawal) คือมีอาการซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของยาเสพติดชนิดนั้นเกิดขึ้นภายหลังหยุดเสพ หรือลดปริมาณการเสพยาเสพติดลง อาการดังกล่าวมีทั้งอาการทางร่างกายและจิตใจ เช่น ผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีน เมื่อหยุดเสพเฮโรอีนจะมีอาการเหงื่อออก คลื่นไส้

อาเจียน ท้องเดิน ปวดท้องรุนแรง ถ่ายเป็นเลือด ซึ่พจรเต้นเร็ว เหงื่อหยอบ ไอ จาม หงุดหงิด
 ทรมานทรมาย อาการที่เกิดขึ้นจะหายไปเมื่อเสพยาเฮโรอีนหรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายเฮโรอีน

ข. การติดทางจิตใจ (psychological dependence) มีลักษณะสำคัญคือ ควบคุมการใช้อยาเสพติดไม่ได้ เช่น พยายามเลิกแต่ไม่สำเร็จ ใช้สารเสพติดมากเกินไปเกินกว่าที่ตั้งใจ ไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ถ้าไม่เมา มีความต้องการใช้ยาเสพติดอย่างมาก เกือบตลอดเวลา และใช้ทั้งที่รู้ว่ามึผลเสียต่อตนเอง ลดหรือเลิกทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อเอาเวลาใช้ในการเสพยาเสพติด ใช้ยาเสพติดจนหน้าที่ของตนเองเสียไป

เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะการติดสารเสพติดตาม DSM-IV ⁽¹⁴⁾

Substance Dependence มีรูปแบบการใช้สารต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่าในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา)

- (1) การดื้อยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - ก. ความต้องการใช้สารเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด toxication หรือผลอื่นที่ต้องการ
 - ข. ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมากหากใช้สารนั้นในขนาดเท่าเดิม
- (2) มีอาการขาดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - ก. มีอาการขาดยาที่เป็นลักษณะจำเพาะจากการหยุดสารนั้น
 - ข. การใช้สารนั้น (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดยานั้นได้
- (3) มีการใช้สารนั้นปริมาณมาก หรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ
- (4) มีความต้องการสารอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุด หรือควบคุมการใช้สารได้
- (5) ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สารนั้นมาใช้ในการเสพ หรือในการฟื้นจากฤทธิ์ของสาร
- (6) ต้องลดหรืองดการเข้าสังคม การงานหรือการหย่อนใจอื่นเนื่องจากการใช้สาร

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน

ประวัติและความเป็นมาของแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน

แอมเฟตามีนเป็นสารชนิดหนึ่งค้นพบครั้งแรกโดยนักเคมีชาวเยอรมันชื่อ Edeleno เมื่อปีพ.ศ. 2429 และได้นำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์เมื่อปีพ.ศ. 2470 โดยเภสัชกรชาวรัสเซียชื่อ Gordon A. Alles ซึ่งขณะนั้นต้องการสังเคราะห์สารเพื่อนำไปใช้รักษาหอบหืดได้จริง และในปีพ.ศ. 2475 บริษัทผลิตยา Smith Kline and French ได้นำเอาแอมเฟตามีนมาผลิตเป็นยา

สุดคมสำหรับบรรเทาอาการคัดจมูกให้ชื่อว่า ยาดมเบนซีดรีน (Benedrine Inhaler) มีการนำแอมเฟตามีนไปใช้ในการรักษาโรคนอนหลับ (Narcolepsy) ใช้ลดอาการซุกซนผิดปกติของเด็ก (Hyperkinetic Syndrome) ลดความอยากอาหาร (Appetite Suppressant) และเป็นยากระตุ้น (stimulant) ⁽¹⁹⁾ โดยนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการซึมเศร้า ใช้เป็นยาแก้ง่วง และใช้เป็นยาแก้พิษของยาที่กดประสาทส่วนกลาง ต่อมามีการนำยาดมเบนซีดรีนมาใช้เป็นยาเสพติดโดยใช้ใส่กระดาษที่อยู๋ด้านในซึ่ง มีแอมเฟตามีนอยู่ประมาณ 250 มิลลิกรัม ไปใช้ในการเสพ ซึ่งใช้โดยนำกระดาษที่หุบแอมเฟตามีนไปเคี้ยวร่วมกับหมากฝรั่ง หรือนำไปแช่ในเครื่องดื่มให้ยาละลายลงไป ในเครื่องดื่มนั้น เมื่อพบว่ายานี้ทำให้เกิดการเสพติดจึงเลิกใช้

เมทแอมเฟตามีนถูกสังเคราะห์ขึ้นครั้งแรกเมื่อปีพ.ศ. 2462 โดยนักเภสัชวิทยาชาวญี่ปุ่นชื่อ A. Ogata ⁽²⁰⁾ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ใกล้เคียงกับที่แอมเฟตามีนถูกสังเคราะห์ขึ้นมา ปีพ.ศ. 2503 เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการใช้แอมเฟตามีนโดยวิธีการกินไปสู่การใช้เมทแอมเฟตามีนโดยวิธีการฉีด ซึ่งในอดีตนั้นยาบ้าในตลาดมืดจะเป็นสารประเภทแอมเฟตามีนซัลเฟตแต่เพียงอย่างเดียว วิธีการฉีดเข้าหลอดเลือดดำนี้เป็นอันตรายอย่างยิ่ง และการใช้ยาในลักษณะเช่นนี้ก่อให้เกิดอาการดื้อยา (tolerance) ขึ้นได้ และพบว่ามีผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดฉีดมากถึง 15 กรัมในหนึ่งวัน มีการเรียกกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดฉีดว่าเป็นพวก "speed freak" ศัพท์คำว่า speed freak นี้ เมื่อวิเคราะห์ถึงที่มาแล้วพบว่า รากศัพท์มาจากการใช้คำ 2 คำมารวมกัน คำว่า speed เป็นชื่อเล่นของเมทแอมเฟตามีนชนิดฉีดที่ใช้เรียกกันในหมู่นักเสพ ส่วนคำว่า freak นั้นเป็นคำที่เรียกคนที่มีพฤติกรรมประหลาดนอกกลุ่มนอกรทาง โดยเฉพาะพวกที่ติดยาเสพติด ฉะนั้นถ้าให้นิยามของคำว่า speed freak เป็นภาษาไทยก็จะได้เป็น "ผู้ติดเมทแอมเฟตามีนชนิดฉีด" นั่นเอง ⁽⁵⁾

เนื่องจากมีการนำยากระตุ้นประสาทไปใช้ในทางที่ผิด ได้ทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนทางสังคมขึ้นมากมาย รัฐบาลของหลาย ๆ ประเทศก็เริ่มเข้มงวดกับยาเหล่านี้ โดยมีการออกกฎหมายควบคุมการผลิต การนำเข้า การขาย และการบริโภคยาในกลุ่มแอมเฟตามีนอย่างรัดกุม ปี พ.ศ. 2513 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายควบคุมยาในกลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับประเทศไทยนั้นมีการควบคุมยาในกลุ่มแอมเฟตามีนเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2498 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงฯ เรื่องระบุนยาอันตรายตามความในพระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ. 2493 ระบุนยาจำพวกกระตุ้นเมดัลลาที่ได้มาจากการสังเคราะห์ (Synthetic Medulla Stimulant Drugs) ทุกชนิดเป็นยาอันตราย ประกาศฯ ฉบับนี้ประกาศเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2498 ซึ่งมีผลให้ยาในกลุ่มแอมเฟตามีนถูกควบคุมเป็นยาอันตราย แต่มาตรการนี้ก็ไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของยาในกลุ่มแอมเฟตามีนในประเทศไทยได้ เพราะยังสามารถหาซื้อได้จากร้านขายยาในช่วงปีพ.ศ. 2501-2510 ⁽²⁰⁾ เป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดเป็นอย่างมาก กระทรวง

สาธารณสุขจึงได้ดำเนินมาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหา โดยออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขระบุให้แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2479 เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2512 ในปีพ.ศ. 2518 ได้มีการตราพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 จึงมีการเปลี่ยนแปลงอำนาจการควบคุมยาในกลุ่มแอมเฟตามีนจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465 มาอยู่ภายใต้การควบคุมของพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518

การระบาดของแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนยังอยู่ในภาวะที่รุนแรง จึงมีการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายอีกครั้ง โดยให้แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นวัตถุออกฤทธิ์ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 มาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยมีกำหนดให้เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2539 เป็นต้นไป ส่งผลให้ผู้กระทำผิดเกี่ยวกับแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนได้รับโทษสูงขึ้น และมีโทษสูงสุดถึงขั้นประหารชีวิต ห้ามมิให้มีการผลิต นำเข้า และขายในราชอาณาจักรอย่างเด็ดขาด รวมทั้งการเสพเพื่อการบำบัดรักษาตามที่แพทย์สั่ง แอมเฟตามีนถูกกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ลำดับที่ 5 และเมทแอมเฟตามีนอยู่ในลำดับที่ 20 สิ่งเหล่านี้เป็นการควบคุมสารเสพติดประเภทนี้โดยใช้มาตรการทางกฎหมาย⁽⁸⁾

เมื่อสารเหล่านี้มีการแพร่ระบาดโดยมีร้านขายยาเป็นแหล่งซื้อขายก็เริ่มหมดไป ยากระตุ้นประสาทที่มีแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนเป็นตัวยาสำคัญจึงกลายเป็นสิ่งหายากจากการศึกษาพบว่ายาเม็ดกระตุ้นประสาทที่ผู้ใช้นิยมเรียกกันว่ายาม้านั้น เริ่มมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านยาให้เห็นเมื่อประมาณกลางปี พ.ศ. 2523⁽²⁰⁾ โดยพบว่ายาม้าที่ลักลอบขายกันนั้นมีตัวยาสำคัญเป็นคาเฟอีนและอีเฟดรีน เนื่องจากสารเหล่านี้ยังไม่ถูกควบคุมโดยกฎหมายจึงมีการนำมาใช้แทน โดยมีทั้งที่เป็นยาเดี่ยวและยาสูตรผสม ถ้าพบอยู่ในรูปยาเดี่ยวในเม็ดยาจะมีสารออกฤทธิ์อยู่เพียงชนิดเดียว ได้แก่ แอมเฟตามีน (Amphetamine) เมทแอมเฟตามีน (Metamphetamine) อีเฟดรีน (Ephedrine) เฟนโพรพอเรกซ์ (Fenproporex) และคาเฟอีน (Cafeeine) เป็นต้น แต่ถ้าตรวจพบในรูปของยาผสมในเม็ดยาแต่ละเม็ดจะพบว่ามีส่วนออกฤทธิ์ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป เช่น เมทแอมเฟตามีน (หรือแอมเฟตามีน) ผสมคาเฟอีน เมทแอมเฟตามีน (หรือแอมเฟตามีน) ผสมอีเฟดรีน อีเฟดรีนผสมคาเฟอีน เมทแอมเฟตามีน (หรือแอมเฟตามีน) ผสมอีเฟดรีนและคาเฟอีน เป็นต้น ซึ่งพบว่า มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่เป็นแอมเฟตามีนจริง ๆ นอกนั้นจะเป็นยาที่มีคาเฟอีน อีเฟดรีน และเฟนิลโพรพานิลามีนเป็นส่วนผสม เรียกว่ายาทำเทียมแอมเฟตามีน (look-alike amphetamine) จึงทำให้ผู้ผลิตสารเสพติดประเภทนี้สนใจกับการหาวิธีสังเคราะห์แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนขึ้นมาใช้เป็นธุรกิจ วิธีการสังเคราะห์เมท

แอมเฟตามีนอาศัยขบวนการทางเคมีง่าย ๆ จึงไม่จำเป็นต้องใช้เคมีที่มีความเชี่ยวชาญมาทำ
 หน้าที่สังเคราะห์ ทั้งนี้เพราะผู้ที่ทำหน้าที่สังเคราะห์เมทแอมเฟตามีนในห้องทดลองผิดกฎหมาย
 เหล่านี้จะทำตามวิธีปรุงซึ่งเขียนไว้เป็นสูตรสำเร็จและถ่ายทอดต่อ ๆ กัน ซึ่งสูตรการสังเคราะห์เมท
 แอมเฟตามีนมีหลายวิธีที่แตกต่างกัน แต่สารตั้งต้นที่นิยมใช้ในการสังเคราะห์คือ อีเฟดรีน
 (Ephedrine) และ พี-ทู-พี (P-2-P, Propanone) ปี พ.ศ. 2523 มีการจับกุมห้องทดลองผิด
 กฎหมายที่ลักลอบสังเคราะห์เมทแอมเฟตามีน และมีเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบใหม่เรียกว่าไอซ์
 (ice) มีลักษณะเป็นก้อนผลึกคล้ายก้อนน้ำแข็ง วิธีการเสพคือนำไปคนไฟให้เป็นควันแล้วผู้เสพก็
 จะสูบควันของเมทแอมเฟตามีนเข้าปอด การเสพเมทแอมเฟตามีนลักษณะนี้กลายเป็นที่นิยมซึ่ง
 แพร่ระบาดทั้งในสหรัฐอเมริกา ยุโรป และเอเชียบางประเทศ

ปี พ.ศ. 2531 มีการจับกุมห้องทดลองเถื่อนที่สังเคราะห์แอมเฟตามีนได้มากขึ้นเรื่อย ๆ
 และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมายาบ้าที่ซื้อขายกันส่วนใหญ่จะมีเมทแอมเฟตามีนเป็นตัวยาค
 สำคัญเริ่มขยายตัวมาก จากสถิติของกลางยาบ้าที่ส่งมาตรวจยังสถานตรวจพิสูจน์ยาเสพติดของ
 สำนักงาน ป.ป.ส. ในช่วงระยะเวลา 3 ปี (2536-2538) พบว่าปริมาณเมทแอมเฟตามีนบริสุทธิ์ที่
 ตรวจพิสูจน์พบมากที่สุดอยู่ในช่วง ร้อยละ 20-30 ต่อเม็ด หรือประมาณ 20-25 มิลลิกรัม และน้ำ
 หนักที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 80-100 มิลลิกรัมต่อเม็ด ⁽²¹⁾ การตรวจหาสารประกอบของยาบ้าใน
 ปัจจุบันก็พบเมทแอมเฟตามีนประมาณร้อยละ 20-30 คาเฟอีนร้อยละ 40-60 หรือประมาณ 45-
 55 มิลลิกรัม ที่เหลือเป็นแป้งและน้ำตาล บางครั้งอาจตรวจพบสารอีเฟดรีนอยู่บ้าง ⁽²²⁾

จากข้อมูลผลการตรวจเม็ดยาบ้าที่ผลิตอัดเม็ดจากต่างประเทศมีสัดส่วนของสารผสมใน
 เม็ดยาแตกต่างกัน โดยวิเคราะห์จากผลการตรวจปริมาณเมทแอมเฟตามีนในเม็ดยาที่ได้จากการ
 จับกุมเฉพาะคดีที่พนักงานสอบสวนนำของกลางส่งมาให้สถานตรวจพิสูจน์ ป.ป.ส. ในปี 2542
 โดยเลือกคดีที่ผู้ถูกจับกุมเป็นชนกลุ่มน้อยภาคเหนือ คดีที่เกิดขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ถูกจับ
 กุมขณะลำเลียงข้ามเข้ามาในประเทศไทย การจับกุมที่ผู้ต้องหายอมรับสารภาพ หรือจากการสืบ
 สอนที่สามารถระบุที่มาของยาบ้าเป็นการผลิตจากประเทศพม่า สรุปผลการตรวจได้ ดังนี้

- ปริมาณสารเมทแอมเฟตามีนที่ตรวจพบจะแตกต่างกันในทุกคดี แต่สามารถแบ่งได้
 เป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 มีปริมาณไม่เกินร้อยละ 10 กลุ่มที่ 2 ปริมาณร้อยละ 20
 และกลุ่มที่ 3 ปริมาณมากกว่าร้อยละ 30
- ลักษณะของสียาบ้าที่ตรวจพบส่วนใหญ่เป็นสีส้ม และมีสีเขียวปนเล็กน้อย
 สัญลักษณ์ WY ความเข้มของสีมีหลายเฉดสี คือ ส้มเข้ม ส้มอ่อน ส้มแดง ส้มน้ำ
 ตาล เขียวอ่อน และเขียวแก่
- ยาบายังมีหลายสีที่ตรวจพบ คือ สีเหลือง สีม่วง สีน้ำตาล สีชมพู ในสัดส่วนน้อย
 เมื่อเทียบกับสีส้ม

- สำหรับยาบ้าที่มีสัญลักษณ์ตัว R ทั้งสี่มุม และสี่เหลี่ยมตรวจพบปริมาณของเมทแอมเฟตามีนประมาณร้อยละ 30 ขึ้นไปทุกเม็ดยาที่ตรวจพิสูจน์

แอมเฟตามีนดั้งเดิมประกอบด้วยเด็กซ์โตรแอมเฟตามีน (dextroamphetamine) เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) และเมทิลเฟนิเดต (methylphenidate) ต่อมามีการใช้อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนในการผลิตสารต่าง ๆ เช่น เมทิลลีนไดออกซิลเมทแอมเฟตามีน (methylenedioxymetamphetamine)⁽²³⁾ แอมเฟตามีน เด็กซ์โตรแอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีน มีฤทธิ์คล้ายคลึงกันแต่แตกต่างกันตรงที่ปริมาณของสารในการกระตุ้นให้ออกฤทธิ์⁽²⁴⁾

ลักษณะของแอมเฟตามีนและสารที่อยู่ในกลุ่มของแอมเฟตามีนบางชนิด⁽²⁵⁾

1. แอมเฟตามีน (Amphetamine) ซึ่งมีชื่อทางเคมีว่า Racemic Desoxyephedrine, (R,S)- α -Methylphenethylamine มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาวละลายในน้ำได้อย่างสมบูรณ์ ละลายในแอลกอฮอล์เล็กน้อย ไม่ละลายในอีเทอร์ สารละลายน้ำจะมี pH 5-6 และเข้ากันไม่ได้กับด่างและเกลือของ calcium
2. เด็กซ์แอมเฟตามีน (Dexamphetamine) มีชื่อทางเคมีว่า Dextroamphetamine sulphate, (S)- α -Methylphenethylammonium sulphate, (+)- α -Methylphenethylamine sulphate มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาวหรือเกือบขาว ไม่มีกลิ่นละลายได้ดีในน้ำ ละลายได้เล็กน้อยในแอลกอฮอล์ ไม่ละลายในอีเทอร์ สารละลาย 5% ในน้ำจะมี pH 5.0-6.0
3. เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) มีชื่อทางเคมีว่า (+)-2-methyl-amine-1-phenylpropane
4. Methylenedioxymethamphetamine มีชื่อทางเคมีว่า N, -Dimethyl-1,3- หรือ MDMA เป็นที่รู้จักกันในชื่อของยา E, Adam, Ecstasy, M&M และ XTC Methylenedioxymethamphetamine เป็นสารประกอบ phenylethylamine ที่มีโครงสร้างคล้ายกับแอมเฟตามีน และ mescaline เป็นอนุพันธ์ของ tenamphetamine ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิดได้ แม้ว่าจะไม่มีรายงานการติดยา แต่ถ้าใช้ในขนาดสูง ๆ จะเกิดผลในทางที่ไม่พึงประสงค์เหมือนกับเด็กซ์แอมเฟตามีน อาจเกิดพิษแบบเฉียบพลันหรือรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้
5. Phentermine มีชื่อทางเคมีว่า α, α -Dimethylphenethylamine เป็นผลผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่นดูดความชื้นได้ ละลายได้ดีในน้ำและแอลกอฮอล์ ละลายได้เล็กน้อยใน chloroform ไม่ละลายในอีเทอร์ สารละลาย 2% ในน้ำมี pH 5-6 อาการข้างเคียงที่พบจะเหมือนกับเด็กซ์แอมเฟตามีน และมักจะพบผื่นคัน phentermine ดูดซึมได้ดีในทางเดินอาหาร ขับออกทางไตในรูปเดิมหรือรูปที่เปลี่ยนแปลงแล้ว

การแพร่ระบาดของแอมเฟตามีนในประเทศไทย

แอมเฟตามีนมีประวัติการแพร่ระบาดในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500⁽¹⁶⁾ ในระยะแรก การแพร่ระบาดส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานทั้งในภาคการเกษตร อุตสาหกรรมและการขนส่ง ในภาคเกษตรกรรมมีการใช้แอมเฟตามีนกันมากในแรงงานตัดอ้อย ต่อมา มีการแพร่กระจายในกลุ่มชาวไร่มันสัมปะหลัง แดงโม สับปะรด รวมทั้งในกลุ่มที่ทำนา ในกลุ่มที่ได้รับค่าจ้างเป็นรายวัน นายจ้างจะเป็นผู้จัดหามาให้ กลุ่มผู้ขับรถบรรทุกเป็นอีกอาชีพหนึ่งที่มีการใช้แอมเฟตามีนกันมานาน และในระยะหลังการแพร่ระบาดได้ขยายวงกว้างออกไปยังกลุ่มอาชีพอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ใช้แอมเฟตามีนแต่ละกลุ่มอาชีพจะมีเหตุผลในการเสพแตกต่างกัน ตั้งแต่การใช้เพื่อช่วยให้ทำงานได้มากขึ้น ใช้เพื่อการดูหนังสื่อเวลาสอบ และใช้เพื่อความสนุกสนาน ถึงแม้ว่าแอมเฟตามีนจะมีมานานแล้วในประเทศไทย แต่เพิ่งมีผู้เข้ารับการรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2512 เป็นต้นมา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเสพติดแอมเฟตามีนมีอาการทางร่างกายไม่รุนแรงมากนัก เมื่อเทียบกับการเสพติดเฮโรอีน ผู้เสพแอมเฟตามีนจึงอาจหยุดยาได้เอง หรือไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลทั่วไปแทนที่จะไปรับการรักษาในสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด หรืออาจจะเกิดอาการประสาทหลอนจนเกิดอุบัติเหตุหรือก่อคดีขึ้นจนต้องรับการรักษาในสถานพยาบาลทั่วไปได้ สาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้เข้ารับบริการในสถานพยาบาลรักษาผู้ติดยาเสพติดมีน้อย ทั้งที่คาดหมายว่าน่าจะมีจำนวนมากกว่านี้

ลักษณะและคุณสมบัติของแอมเฟตามีน

ลักษณะทั่วไป⁽²⁶⁾

แอมเฟตามีนมีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขมนิด ๆ แอมเฟตามีนที่อยู่ในรูปของเกลือจะละลายได้ดีในน้ำ แต่ละลายได้ไม่ดีในอีเทอร์ แต่ถ้าอยู่ในรูปของเบสจะละลายได้ดีในอีเทอร์แต่ไม่ละลายในน้ำ สารละลายของแอมเฟตามีนมีฤทธิ์เป็นกรดเมื่อทดสอบด้วยกระดาษลิตมัส ราคาของแอมเฟตามีนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากราคาเม็ดละ 6-12 บาท เมื่อประมาณปีพ.ศ. 2524 มาเป็นเม็ดละ 80-120 บาท⁽¹⁶⁾ แต่ในปัจจุบันประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจมีผลให้ราคาลดลงตามกำลังของผู้ซื้อ

โดยทั่วไปลักษณะของแอมเฟตามีนเมื่อนำไปทำยาแล้วมักจะมีลักษณะเป็นเม็ดเล็ก ๆ หรือแคปซูล โดยมีลักษณะดังนี้

รูปร่าง เม็ดยากลมและแบน ทรงรี หรือเป็นผงบรรจุในแคปซูล

ขนาด เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 0.6-0.7 เซนติเมตร (6-7 มิลลิเมตร) หนาประมาณ 0.1-0.2 เซนติเมตร (1-2 มิลลิเมตร)

สี มีหลายสี เช่น สีส้ม น้ำตาล ขาว ม่วงอ่อน ฟ้ำ ครีมี เหลือง ชมพู ซึ่งบางครั้งมีลักษณะเป็นจุดประเล็ก ๆ เช่น ขาว น้ำตาลเข้ม และดำ เป็นต้น

สัญลักษณ์บนเม็ดยา รูปหัวม้า / LONDON (ด้านหนึ่งของเม็ดยาประทับรูปหัวม้า อีกด้านหนึ่งประทับคำว่า LONDON) รูปหัวม้า / USA รูปหัวม้า / Marlboro กิเลน / LONDON M / * M / 99 99 / เส้นแบ่งครึ่งเม็ด Sp / 99 รูปค้ำจวาง / เส้นแบ่งครึ่งเม็ด K / 44 *** / เส้นแบ่งครึ่งเม็ด หรือบางเม็ดจะมีคำว่า "SUPER" พิมพ์อยู่บนรูปหัวม้าและมีอักษร "D" พิมพ์อยู่ใต้รูปหัวม้า อีกด้านหนึ่งของเม็ดยาจะเป็นเส้นแบ่งครึ่ง

น้ำหนัก เม็ดยา 1 เม็ด น้ำหนักประมาณ 0.06-0.12 กรัม (60-120 มิลลิกรัม)

ลักษณะการบรรจุ การแบ่งบรรจุมักแตกต่างกัน เช่น

- ห่อแต่ละเม็ดด้วยกระดาษตะกั่ว หรือกระดาษหนังสือพิมพ์ หรือพลาสติก หรือซองบุหรี
- บรรจุในหลอดกาแฟ ปิดหัวท้ายด้วยความร้อน อาจบรรจุ 1 เม็ด หรือมากกว่า
- ใส่ในฝา หรือละลายในเครื่องต้มชูกำลังยี่ห้อต่าง ๆ
- ซุกซ่อนอยู่ในเนื้อทอफी หรือลูกกวาด
- บรรจุในถุง / ซองพลาสติกแบบมีฝา / ลิ้นปิด-เปิด (แบบซองใส่ยา) ขนาดและสีต่าง ๆ กัน เช่น ซองสีแดง เหลือง เทา ขาว และซองพลาสติกใส ที่ซองอาจพิมพ์สัญลักษณ์ต่าง ๆ เช่น พิมพ์คำว่า "เปาบุ๋นจิ้น" "สำหรับใช้กับไก่" "ซูเปอร์แมน" "ปลาฉลาม" "Methedrine" "Marlboro" "ตราควาง" และ "Jumbo Jet" ฯลฯ โดยถ้าเป็นการขายส่ง มักจะแบ่งบรรจุถุงละ 200 เม็ด

คุณสมบัติ

จิตแพทย์ใช้ยานี้ในการรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยกระปรี้กระเปร่า แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว เพราะมียาจำพวก Antidepressant ที่ใช้ประโยชน์ได้ดีกว่า และไม่มีผลทางเสพติดเหมือนแอมเฟตามีนมาแทน

อายุรแพทย์ใช้ยานี้ในการลดน้ำหนักมากกว่า 20 ปี เพราะแอมเฟตามีนมีผลโดยตรงต่อศูนย์ควบคุมความหิวในสมอง (Hungry center) ทำให้หายหิว จิตใจสบายขึ้น กระปรี้กระเปร่า และทำงานได้มากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีน้ำหนักมากเกินไป ขนาดของแอมเฟตามีนที่ใช้ต้องน้อยและแพทย์นิยมใช้ในระยะเวลาอันสั้นเท่านั้น แต่ปัจจุบันแพทย์ไม่ใช้แอมเฟตามีนในการลดน้ำหนัก เพราะผลร้ายมีมาก เช่น หลอดเลือดตีบเล็กลง, ใจเต้นเร็ว, ความดันสูง, มือสั่น ใจสั่น และได้มีการคิดค้นยาตัวอื่นซึ่งให้ผลได้ดีกว่าและมีโทษน้อยกว่าแอมเฟตามีนขึ้นมาใหม่แล้ว

ประสาทแพทย์ยังใช้ยานี้อยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรค Narcolepsy โรคที่ خوابง่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา นอนไม่รู้จักรู้สึกอึดอัด นิ่งอยู่ก็หลับไปเฉย ๆ แอมเฟตามีนในขนาดที่พอสมควรจะช่วยให้ผู้ป่วยทำงานได้บ้าง

จักษุแพทย์ได้ใช้แอมเฟตามีนในการผ่าตัดตาแก่คนไข้ เพราะแอมเฟตามีนมีผลในทางช่วยขยายแก้วตา (Mydriasis) ทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้นในคนไข้ที่เป็นโรคลมบ้าหมู (Epilepsy) แพทย์ยังนิยมใช้แอมเฟตามีนเพื่อไปต้านฤทธิ์ของยาพวก Phenobarbital และใช้แอมเฟตามีนในการรักษาเด็กที่มีอาการชุนมากอยู่ไม่สุข (Hyperkinetic Syndrome) ทำให้เด็กสงบลงได้บ้าง เพราะการรักษาเด็กที่ชุนมากนี้ หากใช้ยาประเภทกล่อมประสาทจะยิ่งเพิ่มให้เด็กมีการชุกชุนมากขึ้น แต่การใช้แอมเฟตามีนหรือสารที่มีฤทธิ์คล้ายแอมเฟตามีน เช่น เมทิลเฟนิเดต (Methylphenidate) จะทำให้เด็กลดความชุกชุนลงได้⁽²⁷⁾ นอกจากนี้แล้วยังใช้แอมเฟตามีนแก้พิษ หรือสารที่ออกฤทธิ์กดสมอง เพื่อให้สมองที่ทำงานน้อยลงอยู่นั้นกลับทำงานดีขึ้น

ลักษณะการเสพแอมเฟตามีน

มักเสพร่วมกับสารประเภทฝิ่น (เฮโรอีน) และแอลกอฮอล์ แต่โดยส่วนใหญ่จะพบว่าผู้เสพนิยมเสพแอมเฟตามีนร่วมกับแอลกอฮอล์มากที่สุด ซึ่งการเสพร่วมกับแอลกอฮอล์นั้นจะไม่สามารถบอกได้ว่าฤทธิ์ของยาจะเริ่มขึ้นเมื่อใด ยุติเมื่อใด และฤทธิ์ของยาแรงเท่าไร เพียงแต่ทราบว่าจะกระตุ้นให้แรงขึ้นกว่าเดิมเท่านั้น เพราะการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้มีการกำหนดขนาดของการดื่ม แต่ถ้าเสพแอมเฟตามีนอย่างเดียวจะสามารถรู้สึกถึงฤทธิ์ของยาได้ ส่วนการเสพแอมเฟตามีนร่วมกับเฮโรอีนมีชื่อเรียกเฉพาะทางยุโรป และอเมริกาคือ Speed ball โดยเฮโรอีนจะทำให้ระยะเวลาเมายานานขึ้น และแอมเฟตามีนจะทำให้ออกฤทธิ์เร็วขึ้น

วิธีการเสพแอมเฟตามีน

- รับประทานเป็นเม็ด
- ละลายในเครื่องดื่ม โดยเฉพาะเครื่องดื่มชูกำลัง
- ผสมน้ำฉีด
- บดแล้วนำมาลนไฟเพื่อสูดดมควัน การสูดดมควันนั้นต้องสังเคราะห์ให้เป็นผลึก (crystalline amphetamine) ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมกันมาก เนื่องจากสามารถทำให้ฤทธิ์อยู่นานขึ้น และสูบได้ครั้งละหลายคน⁽²⁸⁾

โดยมีวิธีการเสพ ดังนี้

1. แบ่งเม็ดยาออกเป็น 4 ส่วน (4 ขา) โดยการใช้นิ้วไฟแช็คกดตรงเม็ดยา และอีกวิธีหนึ่งใช้เล็บหัวแม่มือกดลงบนเม็ดยา ซึ่งในกลุ่มผู้เสพจะรู้กันว่า ถ้ายาบ่าที่ดีจะกดแล้วแตกออกเป็น 4 ส่วน โดยไม่แตกละเอียดหรือแตกมากกว่า 4 ส่วน
2. ใช้กระดาษตะกั่วหรือกระดาษฟรอยด์ (ในซองบุหรี่) พับเป็นรูปซ้อนแล้วใช้กระดาษม้วนเป็นหลอดเพื่อเตรียมไว้สูบควันจากการเผา
3. หลนไฟใต้กระดาษตะกั่วที่พับเป็นรูปซ้อน ให้เผาเม็ดยาจนเป็นควัน แล้วใช้หลอดกระดาษที่เตรียมไว้สูบควันให้หมด ทั้งนี้จะการใช้การสูบธรรมดาหรือสูบผ่านน้ำก็ได้ ซึ่งการสูบแบบผ่านน้ำนั้นนิยมกันมากในกลุ่มนักเรียนและเยาวชนทั่วไป

ขนาดการใช้ยาแอมเฟตามีน ⁽²⁹⁾

การใช้ในขนาดต่ำ ๆ นาน ๆ ครั้ง ใช้ประมาณ 5-20 มิลลิกรัมโดยวิธีรับประทาน เพื่อขจัดความเมื่อยล้า เพิ่มอารมณ์การทำงาน หรือใช้เพื่อแก้อาการเมาค้าง (Hangover) หรือเพิ่มความรู้สึกที่ดีในทุกสภาวะ (Get high)

การใช้ในขนาดต่ำติดต่อกันเป็นการใช้ขนาด 5-50 มิลลิกรัมต่อวันติดต่อกัน การใช้ลักษณะนี้หลังการหยุดยาอาจต้องการนอนพักนานหลายวัน เพื่อปรับสภาพของร่างกาย เมื่อขาดยาจะรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวนรุนแรงจนทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นได้ ทำให้ต้องกินตลอดไป และเพิ่มปริมาณมากขึ้น เมื่อต้องการนอนหลับจึงกินสุรา หรือยานอนหลับ ทำให้มีโอกาสได้รับยาเกินขนาดโดยไม่ตั้งใจ

ถ้าร่างกายได้รับแอมเฟตามีน 10-30 มิลลิกรัมต่อวัน จะมีผลต่อร่างกายภายใน 2-3 ชั่วโมง หลังรับประทาน โดยทำให้เกิดอาการตื่นตัวตลอดเวลา (Alertness) จะมีอาการอิมเบิล ปลายปลี้ม นอนไม่หลับ ถ้าได้รับขนาด 20-30 มิลลิกรัมต่อวัน จะทำให้คนไข้โรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งมีอาการวงงซึม ลดความกระวนกระวาย อยากรดื่มน้ำน้อยลง แต่จะเกิดอาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งอาการนี้จะลดลงอย่างรวดเร็วถ้าแอมเฟตามีนถูกขับออกจากร่างกายจนหมด ⁽³⁰⁾

การใช้ยาขนาดสูง มักฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาด 100-1,000 มิลลิกรัม เพื่อให้เกิดภาวะเป็นสุขขึ้นมาทันที เรียกว่า flash หรือ rush ⁽³¹⁾ จะมีฤทธิ์อยู่ได้นาน 2-3 ชั่วโมง บางรายจะใช้เวลาตลอดวันในการเสพยา การได้รับยาขนาดสูงทำให้เกิดอาการทางจิต ได้แก่ อาการโรคจิต หลงผิด ระแวง และมีประสาทหลอน ภาวะวิตกกังวลรุนแรง ทางร่างกายเกิดการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ความดันโลหิตสูง ไข้สูง ลมชัก หัวใจหยุดเต้น

การดูดซึม การเปลี่ยนแปลง และการขับถ่าย

แอมเฟตามีนดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร กระจายไปทั่วร่างกายและสะสมมากที่สมอง ออกฤทธิ์ได้รวดเร็วเมื่อให้ทางเส้นเลือด เมทแอมเฟตามีนในรูปของผลึก เรียกว่า ice นำมาใช้สูบได้ เมื่อเสพเข้าไปจะผ่านขบวนการ metabolized ที่ตับ ด้วยวิธี deamination, hydroxylation แอมเฟตามีนมีค่าครึ่งชีวิต 8 ชั่วโมง ในขณะที่เมทแอมเฟตามีนมีค่าครึ่งชีวิต 12 ชั่วโมง ภายในเวลา 24 ชั่วโมง เมทแอมเฟตามีนจะถูกขับถ่ายผ่านไต โดยประมาณร้อยละ 44 จะคงอยู่ในสภาพของเมทแอมเฟตามีน บางส่วนอยู่ในสภาพแอมเฟตามีน และ 4-Hydroxymethamphetamine ในสภาพของปัสสาวะที่เป็นกรดจะเพิ่มการขับถ่ายได้เร็วขึ้น⁽³²⁾

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจพิสูจน์ทำได้โดยการตรวจเลือดหรือปัสสาวะ ปัจจุบันการตรวจกรองแอมเฟตามีนนิยมใช้ชุดตรวจสำเร็จรูปที่ใช้หลักการอิมมูโนแอสเสย์ (immunoassay) เนื่องจากใช้ได้สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องใช้เครื่องมือใด ๆ วัดอ่านผล ชุดตรวจที่มีการนำเข้ามาจำหน่ายในประเทศไทย เกือบทุกเครื่องหมายการค้า จะเป็นชนิดที่ใช้สำหรับตรวจแอมเฟตามีน⁽³³⁾

การออกฤทธิ์

แอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งระบบประสาทส่วนกลางทำหน้าที่เก็บความจำ ความคิด ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการถ่ายทอดความรู้สึก แอมเฟตามีนออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ที่ Cerebrum กระตุ้น cerebral cortex ทำให้อารมณ์จิตใจ สบาย รู้สึกแจ่มใส มีความตื่นตัวอยู่เสมอ และมีแรงทำงานได้มากกว่าปกติ ไม่ง่วงนอน รวมทั้งออกฤทธิ์ทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงทำให้หลอดเลือดเล็กลง ใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และมีมือสั่น ใจสั่น เป็นต้น อย่างไรก็ตามการออกฤทธิ์เล็กน้อยเพียงใด ขึ้นกับขนาดที่ใช้ ระยะเวลาที่ออกฤทธิ์ของสาร ระยะเวลาของการเสพ วิธีการเสพ ตัวบุคคล ตลอดจนจนสารที่ใช้มีเอกลักษณ์ทางเคมีชนิดใดมากน้อยเท่าใด การกินแอมเฟตามีน 20-30 มิลลิกรัม ยาจะออกฤทธิ์ภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หลังจากรับประทาน และจะออกฤทธิ์สูงสุดหลังจากรับประทานแล้ว 3-6 ชั่วโมง⁽³⁴⁾ เมื่อเสพแอมเฟตามีนเข้าร่างกายแล้วจะอยู่ในร่างกายประมาณ 12-34 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นกับการสันดาปของร่างกายและสภาวะความเป็นกรดของปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นด่างจะมีฤทธิ์นานขึ้นหากทำให้เป็นกรดจะออกฤทธิ์สั้นลง⁽³⁵⁾

กรณีที่ใช้วิธีฉีดเข้าเส้นโลหิตติดต่อกันมากกว่า 30 มิลลิกรัมขึ้นไป จะทำให้เกิดอาการเบื่ออาหารและมีอาการทางจิตได้ และการใช้แอมเฟตามีนปริมาณ 50 มิลลิกรัมต่อวัน ติดต่อกัน

3 วัน อาจกระตุ้นให้เกิดโรคจิตได้ (psychosis) และโอกาสที่เกิดขึ้นอาจมีได้เท่ากันทั้งผู้ที่มีพื้นฐานสภาพจิตปกติและไม่ปกติ ระดับยาสูงกว่า 0.2 mcg/ml ในเลือดจะสัมพันธ์กับอาการพิษ ส่วนอาการโคม่าหรือการเสียชีวิตจะพบได้ที่ระดับยาสูงกว่า 0.5-1 mcg/ml⁽²⁵⁾

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

สมองใช้สารชีวเคมีในการส่งข่าวสารระหว่างเซลล์ประสาท เรียกว่าสารสื่อประสาท (neurotransmitter) การทำงานของเซลล์สมอง ขึ้นอยู่กับสารสื่อประสาทดังกล่าว สารชีวเคมีที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนในร่างกาย คือ dopamine (DA) norepinephrin (NE) และ serotonin (5HT) เมื่อแอมเฟตามีนสัมผัสกับปมปลายประสาท จะทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทเพิ่มขึ้น ทำให้เซลล์สมองอยู่ในสภาพถูกกระตุ้นตลอดเวลา และสารชีวเคมีที่หลั่งออกมาทำให้เกิดผลต่าง ๆ เช่น ทำให้ตื่นเต้น มีความสุข มีพลัง หรือผลตรงข้ามคือ เมื่อสารสื่อประสาทลดลง ทำให้เบื่อหน่าย เมื่อยล้า ซึมเศร้า⁽³⁶⁾

ผลทางคลินิก

การเพิ่ม NE ใน reticular activating system ทำให้ตื่นตัว ไม่่วงนอน เพิ่มสมาธิ การเพิ่ม NE ใน sympathetic system ทำให้ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เกิด cardiac arrhythmia ม่านตาขยาย เพิ่มการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดความผิดปกติของกระเพาะอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

การเพิ่ม DA ใน limbic system ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย (euphoria) อุดหนุนมิเวรกายสูงขึ้น เกิดอาการชัก (seizure) เบื่ออาหาร พฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าวและอาการโรคจิต (psychosis)

การเพิ่ม 5HT ตามด้วยการลด 5HT ทำให้รู้สึกสบายตามด้วยอารมณ์ซึมเศร้า ก้าวร้าวรุนแรง และการคิดฆ่าตัวตาย ผลอื่น ๆ เช่น บัสสวะมากขึ้น เกิดเต้านมแข็ง บางรายเกิด fibrocystic disease, stereotype movement⁽³⁷⁾

การติดยา และการดื้อยา (Dependence and Tolerance)

การใช้แอมเฟตามีนเป็นประจำทำให้เกิดการดื้อยาซึ่งต้องเพิ่มขนาดของสารขึ้นเรื่อย ๆ และถ้าใช้ไปนาน ๆ ก็จะทำให้เกิดอาการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในอดีตมีความเชื่อว่าแอมเฟตามีนไม่ทำให้เกิดการติดทางร่างกายหรือมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น จึงมีการพิสูจน์กันมากมาย และพบว่าผู้เสพแอมเฟตามีนในปริมาณมากจะทำให้เกิดการเสพติดขึ้น เมื่อหยุดใช้จะมีอาการนอนไม่หลับ หรือมีอาการหวอย่างรุนแรง ซึ่งหลายคนคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นนี้ไม่ใช่การถอนพิษยา เป็น

เพียงการชดเชยธรรมดาเท่านั้น เช่นเดียวกับบุคคลที่ไม่ติดสารเสพติดแล้วไม่ได้รับประทานอาหารหรืออดนอนหลายวัน ย่อมเกิดความเหน็ดเหนื่อย และหิวอาหาร แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าอาการที่เกิดขึ้นในผู้ใช้แอมเฟตามีนจะมีมากกว่าการชดเชยในบุคคลทั่วไป การร่งวงซึ่มเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนและบางครั้งอาจมีอาการซึ่มเศร้า สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุผลที่ชี้ให้เห็นว่ามีอาการที่สัมพันธ์กับการใช้แอมเฟตามีน ดังนั้นแอมเฟตามีนจึงทำให้เกิดการติดทางร่างกายได้⁽²⁴⁾ การติดแอมเฟตามีนทำให้เกิดการติดยาทางใจเนื่องจากผลที่ทำให้เกิดอาการเคลิบเคลิ้มและอารมณ์เป็นสุข (euphoria)

ผลบางอย่างของการใช้แอมเฟตามีน จะดี้อย่าหลังจากได้รับยาซ้ำ ๆ ในคน การกดความหิวจะหายไป 2 สัปดาห์ และผลต่อหัวใจและความดันเลือดก็หายไป 2 อาทิตย์ คนที่ใช้แอมเฟตามีนนาน ๆ สามารถเพิ่มการใช้ในขนาดที่สูงมาก ตัวอย่างเช่น มีคนติดยาบ้างรายใช้ถึง 15,000 mg ในวันหนึ่ง ซึ่งเท่ากับ 1,000 เท่าของผู้ใช้ปกติ คิดแล้วเป็นหลาย ๆ เท่าของ LD50 ของคนปกติ ผลบางอย่างเช่นการทำให้ออนไม่หลับ ไม่มีการดี้อย่า

อาการพิษ (intoxication)

ภาวะพิษจากการใช้แอมเฟตามีน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ภาวะพิษโดยเฉียบพลัน (Acute Intoxication) เป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้เสพโดยทันทีทันใด ได้แก่ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ ตัวสั่น ตกใจง่าย ช่างพูด ประสาทตึงเครียด โกรธง่าย อ่อนเพลีย เป็นไข้ จิตใจสับสน บางครั้งมีอาการมึนงง บางครั้งกระวนกระวาย เพ้อคลั่ง ประสาทหลอน ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคจิตอาจมีความรู้สึกอยากฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่น ซึ่งภาวะนี้จะเกิดขึ้นภายใน 30-60 นาทีหลังจากรับประทานยา และผลจะยังคงอยู่ประมาณ 2-4 วันหลังหยุดยา นอกจากนี้แล้วยังมีอาการหนาวสั่น หน้าซีดหรือหน้าแดง หัวใจเต้นแรงและจังหวะการเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ปวดหน้าอกด้านซ้าย เหงื่อออกมาก ความรู้สึกในรสอาหารผิดไป เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน และปวดท้องอย่างรุนแรง ถ้าอาการรุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้เนื่องจากเส้นโลหิตในสมองแตกหรือหัวใจวาย

2. ภาวะพิษจากการใช้เป็นระยะเวลานาน (Chronic Intoxication) การใช้อย่างต่อเนื่องแอมเฟตามีนนี้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้สมองและร่างกายถูกกระตุ้นอยู่เสมอ โดยไม่ได้รับการพักผ่อน ร่างกายจะต้องถูกฝืนให้ทำงานหนักอยู่ตลอดเวลา ในที่สุดก็จะทำให้สุขภาพทรุดโทรมลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่นเดียวกันกับการเกิดโทษเฉียบพลัน และทำให้ร่างกายเกิดโรคติดเชื้อง่าย โรคที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ โรคตับอักเสบ ไตไม่ทำงาน โรคเกี่ยวกับปอด นอกจากนี้แล้วการใช้ยาในกลุ่มแอมเฟตามีนเป็นระยะเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม ตื่นเต้นตกใจได้ง่าย ทำอย่างไรก็นอนไม่หลับ ประสาทแข็ง น้ำหนักตัวลด การตัดสินใจผิดพลาด ประสาทอ่อน เป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวงสับสน (paranoid psychosis) หรือ

Amphetamine psychosis อาจมองเห็นภาพรบกวน (Illusion) ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน ถึงกับเป็นอันตรายต่อชีวิตได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่ขับรถ อาจจะมีหน้ามืดทันที ทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้ นอกจากนี้ในหญิงมีครรภ์หากใช้แอมเฟตามีน บุตรที่เกิดมาจะมีอาการทางร่างกาย คล้ายคนติดยาและในหลายกรณีมักเลี้ยงไม่รอด⁽³⁸⁾

การถอนพิษยา (Withdrawal)

ผู้ที่เลิกใช้แอมเฟตามีนจะมีอาการทางร่างกายแต่เพียงเล็กน้อยที่เห็นชัดเจนคือ อ่อนเพลีย ซึมเศร้า บางครั้งอาจมีอาการใจคอหงุดหงิดอยากได้อีก เมื่อยานหมดฤทธิ์อาการที่มักจะพบมีดังนี้ ปวดตามกล้ามเนื้อ ง่วงนอนจัด หัวใจตึง เวียน อ่อนเพลียมาก ซึมเศร้าไม่มีชีวิตชีวา และมือสั่น

อาการถอนพิษยา (withdrawal symptoms)

หลังจากได้รับยาแอมเฟตามีน อาการ letdown (อาการซึมเศร้า เมื่อยล้า) จะตามมา หลังจากความรู้สึกเป็นสุขอย่างมาก ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า คืออาการ withdrawal symptom นั่นเอง อาการ letdown นี้ จะมีอยู่หลายชั่วโมงหลังจากได้ยา ความรุนแรงของอาการซึมเศร้านี้ขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ได้รับ และระยะเวลาที่เสพยาเนี่ย้นานเท่าใด ถ้าได้ยานานพอที่จะรบกวนการนอนและการกิน ก็จะมีการชดเชยอาการเหล่านี้ ธรรมชาติของการนอนจะเปลี่ยนไปเพราะมีการ rebound ของ REM sleep ที่ยากดไว้⁽³⁹⁾

ถ้ามีการใช้ยาต่อเนื่องกันในขนาดที่สูง เมื่อหยุดใช้ยาจะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง อาจตามมาด้วยความคิดที่จะฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย อาการของการถอนยาเนื่องจากการใช้แอมเฟตามีนนี้คล้ายกับอาการซึมเศร้าเนื่องจากโรคจิต (psychiatric depression) แต่อย่างหลังจะมีการนอนไม่หลับ และความอยากอาหารลดลง ซึ่งตรงกันข้ามกับแอมเฟตามีน

อาการถอนพิษยา สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะได้⁽⁴⁰⁾ ดังนี้

1. ระยะหยุดยาทันที (crash) ประมาณ 9 ชั่วโมง ถึง 4 วัน ระยะเริ่มแรกเมื่อหยุดยาจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจ คือ อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย เริ่มซึมเศร้า วิตกกังวล และต้องการเสพสารอย่างมาก ช่วงกลางของระยะนี้มีความต้องการเสพยาลดลง มีความต้องการนอนแต่นอนไม่หลับ ช่วงสุดท้ายของระยะนี้จะมีอาการนอนมากเกินไปร่วมกับกินมากเกินไป
2. ระยะถอนพิษยา (withdrawal) หลังจากระยะ "crash" แล้ว ถ้ายังหยุดเสพอย่างต่อเนื่องจะเข้าสู่ในระยะนี้ ซึ่งในระยะนี้จะมีอาการตรงข้ามกับฤทธิ์ของแอมเฟตามีน คือ ไม่มีแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม มีอาการอ่อนเพลีย ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม และ anhedonia อาการเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นในช่วง 12-96 ชั่วโมง หลังจากระยะแรก มีอาการอยากยา

และมีแนวโน้มเกิดการติดซ้ำสูง ถ้าหยุดเสพยาได้ 6-18 สัปดาห์หรืออาการ anhedonia และ dysphoria จะลดลง และอาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้โดยใช้เวลามากกว่า 6-9 เดือน

3. ภาวะสงบ (extinction) ภาวะนี้เป็นช่วงสงบ แต่อาจมีอาการอยากยาขึ้นได้ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ได้รับการกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมหรือจากสาร โดยเฉพาะการอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม และถ้าไม่มีการเชื่อมโยงถึงอาการที่เกิดจากฤทธิ์ของสารแล้วอาการอยากยาก็จะลดลง และถ้าเวลาผ่านไปนาน ๆ ผู้ป่วยมีอาการอยากยาลดลงโอกาสในการติดซ้ำก็ลดลงด้วย

การรักษา (Treatment)

สำหรับผู้ใช้ยาแอมเฟตามีนในปริมาณต่ำ ๆ และใช้มานานไม่มีมาตรฐานในการรักษา นอกจากให้ค่อย ๆ ลดปริมาณยาลงเรื่อย ๆ เพื่อให้ผลของการถอนยาก่อผลน้อย ๆ ลดลง จนในที่สุดก็เลิกยาได้ แต่ในทางปฏิบัติทำได้ยากมาก ปัจจุบันให้การรักษาตามอาการ⁽⁴¹⁾

โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ทั้งทหารกองประจำการและพลเรือน โดยมีขั้นตอนการรักษา 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนบำบัดรักษา (Pre-Admission) หมายถึง การดำเนินการศึกษาประวัติ ข้อมูลและภูมิหลังของผู้ติดยาเสพติด ทั้งจากผู้ขอรับการรักษาและครอบครัว เพื่อแนะนำ ชักจูงและกระตุ้นให้ผู้ติดยาเสพติด มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความตั้งใจจริง และมีความพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา
2. ขั้นตอนพิษยา (Detoxification) หมายถึง การบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด การถอนพิษยาแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การถอนพิษยาแบบผู้ป่วยนอกโดยผู้ติดยาไม่ต้องค้างคืนในสถานพยาบาลแต่ต้องรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด และการถอนพิษยาแบบผู้ป่วยในโดยผู้ติดยาต้องค้างคืนในสถานพยาบาล ซึ่งนอกจากจะถอนพิษยาแล้วยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค เป็นต้น

โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยใน⁽⁴²⁾ โดยผู้ติดยาบ้า กัญชา กระท่อม สารระเหย ฯลฯ นอกเหนือจากเฮโรอีน ผีน และอนุพันธ์ของฝิ่น ต้องได้รับการบำบัดเป็นระยะเวลา 30 วัน กรณีผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีน จะให้การถอนพิษยาโดยใช้ Methadone เป็นเวลา 20 วัน (ทั้งทหารและพลเรือน)

3. ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หมายถึง กระบวนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยา ให้ปรับเปลี่ยนลักษณะนิสัย บุคลิกภาพ พฤติกรรม ให้รู้จักตนเอง ให้เกิดความเข้มแข็งมั่นคงในจิตใจ มีความเชื่อมั่นว่าสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ โดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำปรึกษาทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม การอบรมธรรมะ การนันทนาการ การฝึกอาชีพ เป็นต้น

4. ขั้นตอนติดตามดูแล (After-Care) หมายถึง การติดตามดูแลผู้เลิกยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาทั้ง 3 ขั้นตอน เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา แก้ไขปัญหา ให้กำลังใจผู้เลิกยา อันเป็นการป้องกันมิให้กลับไปติดยาซ้ำ

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นสภาวะที่พบได้ทั่วไปในทางจิตเวช ทำให้ความสามารถทางด้านสังคม และหน้าที่การงานถูกทำลายลงไป บางครั้งมีความรุนแรงและเกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์และชีวิตความเป็นอยู่ในด้านต่าง ๆ ได้⁽⁴³⁾

Gittleman Klien (1977)⁽⁴⁴⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นอารมณ์ที่เป็นไปตามสภาพของจิตใจที่มีลักษณะเฉพาะต่อความรู้สึกไม่มีความสุข หรือความระทมทุกข์

Carlson และ Cantwell (1980)⁽⁴⁵⁾ ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้า โดยได้แยกความแตกต่างระหว่าง

1. อาการของภาวะซึมเศร้าซึ่งสัมพันธ์กับส่วนประกอบเพียงส่วนเดียวของ Dysphoric Mood
2. กลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงซึ่งมักจะเกิดร่วมกัน
3. ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย รูปแบบของการเจ็บป่วยในครอบครัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตอบสนองต่อการรักษา

Angold (1988)⁽⁴⁴⁾ ได้แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้ว่า

1. ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระดับต่ำสุดซึ่งเป็นไปตามปกติ หมายความว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความทุกข์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน
2. ภาวะซึมเศร้าเป็นรายละเอียดของความไม่มีความสุข ความเศร้าหรือความเจ็บป่วยทางจิตใจ ซึ่งตอบสนองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การตาย ความล้มเหลวในการกระทำที่สำคัญ
3. ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของสภาวะ anhedonic ต่อเนื่องตลอดในแต่ละบุคคลซึ่งลักษณะนี้เป็นความคิดรวบยอดของ “บุคลิกภาพแปรปรวนแบบซึมเศร้า” (Depressive Personality disorder)

4. ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแสดงออกของแต่ละบุคคลซึ่งสมควรเรียกว่าอารมณ์เศร้า (depressed mood) อารมณ์เศร้าอาจจะสังเกตได้จากปริมาณที่เบี่ยงเบนไปจากความปกติ ซึ่งมี 2 ชนิด คือ

1. การเบี่ยงเบนของความรุนแรง ซึ่งในที่นี้อารมณ์เศร้าจะหมายถึงลักษณะของอารมณ์ที่ต่ำเกินปกติ แต่มีความรุนแรงมากกว่าที่คิดไว้

2. การเบี่ยงเบนในปริมาณในระยะเวลาของสภาวะอารมณ์ต่ำซึ่งเดาจากสิ่งเร้าบางอย่างที่คาดว่าจะทำให้เกิดความไม่สบายใจในระยะเวลาที่จำกัด

ซึ่งปริมาณที่เบี่ยงเบนนี้สามารถนำมาใช้ประเมินความรุนแรงของอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลได้

5. ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติ (Syndrome) หรือเป็นความเจ็บป่วย ซึ่งความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (Depressive Disorder) นี้เป็นการเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของปกติ พบได้ในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพทางจิตอื่น ๆ หรือพบสภาวะของความผิดปกตินี้โดยเฉพาะการเกิดความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าจะมากน้อยเพียงใดนั้นเป็นการยากที่จะทราบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดร่วมกับพยาธิสภาพทางจิตอื่น ๆ

6. ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย ซึ่งกลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้าไม่จำเป็นต้องเกิดพยาธิสภาพทางจิต (Psychopathology) ร่วมด้วย

7. ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคซึ่งอาจจะพบได้ในรายที่ความผิดปกตินั้นสามารถอธิบายได้ และมีความสัมพันธ์ของพยาธิสภาพที่กลับเป็นซ้ำอีก โดยวางอยู่บนพื้นฐานของหลักพันธุกรรม มีสาเหตุที่มีความเฉพาะตัว มีพยาธิสภาพทางร่างกาย มีการพยากรณ์โรคและมีการรักษาที่มีการตอบสนองต่อการรักษานั้น

อลิสซา วัชรสินธุ⁽⁴⁶⁾ กล่าวว่า อาการซึมเศร้า (Depressive symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกที่เศร้าเสียใจธรรมดา

อุมามพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁽⁴⁷⁾ ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า (Dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนุกสนาน (Loss of interest or pleasure) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด ฯลฯ

ดวงใจ กสานติกุล⁽⁴⁸⁾ ได้อธิบายภาวะซึมเศร้า (Depression) ว่า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- อาการทางกาย (vegetative) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเปลี้ย เพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์เพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น ้วยหนุ่มสาวอาจมีอาการรับประทานมาก นอนมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ (atypical)

- พฤติกรรมคำพูด (psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องช้า เชื่องช้า (retardation) เหม่อลลย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัว ไม่อยากพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวาย กระสับกระส่าย (agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติด ต้องเดินไปเดินมา รู้สึกทรมานใจอย่างมาก

- ความคิดกังวล (cognitive) คิดเรื่องร้าย ๆ มองโลก มองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ วิตกกังวลไปต่าง ๆ นา ๆ ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ บางคนมีอาการตกใจง่าย ใจสั่น แน่นหน้าอก หรือย่ำคิดย่ำทำ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเองว่าเลวหรือโง่ รู้สึกท้อแท้ ท้อถอย รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวัง หนทางตัน ไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหาแต่ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตาย

สาเหตุของโรคซึมเศร้า⁽⁴⁸⁾

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยผสมผสานร่วมกัน คือปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยเสริม (predisposing factors)

- พันธุกรรม
- ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต ได้แก่ ขาดบิดามารดา ปัญหาครอบครัว บิดามารดาหย่าร้าง การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (poor parenting)
- บุคลิกภาพ (Depressive personality) ได้แก่ ซ้ำกังวล ชอบคิดแง่ลบ ขาดความภูมิใจในตนเอง

2. ปัจจัยเร่ง (precipitating factors)

- ความพิการทางกาย (physical loss)
- สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (poverty) ยุ่งเหยิง ห้างเหิน แดกแยก พี่น้องไม่ปรองดองกลมเกลียว
- ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ขาดความผูกพัน (no intimacy)
- ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม

- มีปัญหาชีวิต (loss of love) พบกับความล้มเหลวผิดหวัง เช่น สอบตก ออกหัก ธุรกิจการค้าขาดทุน
 - หดความภูมิใจในตนเอง (loss of self-esteem)
 - ถูกลวนลามทางเพศ
3. ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating factors)
- บุคลิกภาพ การปรับตัว
 - ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต
 - แสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว (high expressed emotion-EE)
 - ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม (ญาติใกล้ชิด-ชั้นแรก ป่วยทางจิตชนิดรุนแรง)

โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน สาเหตุของโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์หรืออธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (Primitive) ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

Abraham อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเอง เนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือทั้งรักและโกรธ (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้เป็นที่รักและเป็นที่พึงพิงทางอารมณ์ แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย และความเครียด (ไฮโปเมเนีย) หรือคลุ้มคลั่ง (เมเนีย) เกิดจากการสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดามารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย (primal depression) โดยการปฏิเสธ (denial) หรือกลบเกลื่อนความเศร้าด้วยทำที่รื่นเริงและครื้นเครงของภาวะไฮโปเมเนียหรือเมเนีย

Freud อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือจากพรากจากผู้เป็นที่รัก โดยใช้กลไกทางจิตชนิดเก็บไว้ในตนเอง (introjection) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการซึมซับ (incorporate) เอาภาพของบุคคลผู้เป็นที่รัก (แต่สร้างความคับแค้นใจ) รวมเข้ากับ ego ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือจากพราก ความโกรธก้าวร้าวที่เกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิดพฤติกรรมถอยกลับ (regression) ไปเป็นระยะปาก (oral) หรือระยะทวาร (anal) มีท่าทีแบบเด็ก ๆ เช่น งอแง เอาแต่ใจตนเอง กลัว ไม่กล้า

อยู่คนเดียว หรือย่ำคิด ย่ำทำ เป็นต้น และภาวะโรคจิตวิกลจริต (psychosis) ที่อาจพบในโรค อารมณ์ผิดปกติก็เป็นพฤติกรรมถอยกลับไปยังระดับหลงตัวเองหรือรักตัวเอง (narcissism) ใน ระยะเวลาของการพัฒนาทางจิตเพศ (psychosexual development)

ทฤษฎี Superego Development

Melanie Klein เชื่อว่า superego เกิดได้ในเด็กตั้งแต่ขวบปีแรก ทำให้มีภาวะ เศร้าเกิดขึ้นเมื่อทารกมีปัญหาในความสัมพันธ์กับมารดา ซึ่งความเศร้าในช่วงต้นของชีวิตนี้เองที่ ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในเวลาต่อมา และการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษหรือทำลายด้านเลวของ ตนเอง (bad self) ในระดับจิตใต้สำนึก

Otto Kernberg อธิบายว่า เด็กทารกวัย 6 เดือนจะเรียนรู้ว่ามารดามีทั้งข้อดีและ ไม่ดี และแสดงความโกรธ ความก้าวร้าวต่อมารดาโดยการกัด เช่น กัดหัวนม ขณะเดียวกันก็กลัว ว่าจะทำอันตรายต่อมารดา ทำให้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (depressive position)

ทฤษฎี Ego Psychology

Jacobson อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดความรักความอบอุ่นในวัย ทารก (infantile deprivation) และมีความคับแค้นใจ (frustration) ทำให้มีการหยุดชะงักของการ พัฒนา ego และ superego บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับสภาพ และการควบคุมตัวเอง)ที่เหมาะสม ส่งผลให้หมดความภาคภูมิใจใน ตัวเอง และรู้สึกไร้ค่าซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

Bibring อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ Ego เองที่ไม่สามารถ บรรลุถึงอุดมคติแห่งตน (ego ideal) คือ ต้องการเป็นที่รัก (loved) เหนือ (superior) เป็นคนดีที่ น่ารัก (good loving) มิใช่ความขัดแย้งระหว่าง ego กับ superego หรือ egoกับบุคคลอื่น ภาวะ วิตกกังวลและภาวะเศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ชั้นพื้นฐานแต่เป็นคนละทิศทาง โดยภาวะวิตก กังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตแบบสู้ (fight) หรือ หนี (flight) แต่ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสยบนิ่ง (paralyzed) ทำให้รู้สึกท้ออาลัยและ หมดความภาคภูมิใจ

ทฤษฎีอื่น ๆ ได้แก่

Bowlby เน้นเรื่องความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (love object) โดยเชื่อว่าความเศร้าเกิดจากการขาดความรัก ไม่ได้รับความรัก หรือจากการสูญเสียหรือ จากพราก ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet dependency need) ทำให้เกิดความล้ม เหลวในการพัฒนาทางจิตใจ

Adolf Myer ไม่ได้ให้ความสำคัญของปมขัดแย้งทางจิตใจ แต่อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแคบ เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการงาน เป็นต้น

Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตชนิดต่าง ๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า

Kohut อธิบายว่า การเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างพอเหมาะ (proper maternal) จะช่วยให้ความหลงรักตนเองของทารก (primary narcissism) พัฒนาไปตามปกติ การขาดความรัก ความอบอุ่นในช่วงวัยเยาว์จะส่งผลให้ความเป็นตัวตน (sense of self) แตกสลาย จึงหมดความภาคภูมิใจและรู้สึกซึมเศร้า

Arieti อธิบายถึงการมีผู้บงการชีวิต (dominant other) ซึ่งมักจะเป็นบิดามารดา หรือสามีภรรยา ซึ่งผู้ป่วยยังพึ่งพิงหลาย ๆ ด้าน เมื่อไม่ได้รับการยอมรับหรือเข้าใจจากบุคคลดังกล่าว หรือยึดมั่นกับแผนการชีวิตที่ไม่มีโอกาสเป็นจริงทำให้ซึมเศร้า

2. สาเหตุจากความคิดแง่ลบ (Negative Cognition) Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่า เกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้สภาพจิตใจอยู่ในสภาพที่ท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่า คนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) ดังนี้

มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

มองโลกในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่บีบบังคับ และถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavior models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (Learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

ภาวะหมดกำลังใจ (No positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือการสนับสนุน หรือประสบความสำเร็จใด ๆ เลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้องได้แก่

4.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) เช่น สารเอมีน

(biogenic amine) หรือจุดรับประสาท (receptors) ที่เชื่อมต่อกับปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (Limbic)

เชื่อว่าความเครียดความคับแค้นใจ (stress) จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การสูญเสีย หรือจากพลาซิกทำให้มีความแปรปรวนของสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล (anxiety) หรือ panic ซึ่งนำไปสู่อาการทางกาย (neurovegetatives) ของโรคซึมเศร้า (stress → anxiety → depression = SAD) นั่นคือความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีทิศทางเดียวกัน

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคคุชชิงหรือผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ด้วยได้บ่อย ๆ

4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารซีโรโทนินและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะไบโพลาร์

งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศไทย

สุชาติ ตริทิพย์ธิคุณ⁽⁴⁹⁾ ได้กล่าวถึงความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากสาร ผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพมีเมสสารนั้นหรืออยู่ในสภาพที่สารนั้นถูกถอน การวินิจฉัยจึงต้องได้หลักฐานที่แน่ชัดจากประวัติ การตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สภาพสารที่ถอนยาอาจยาวนานมากถึงแม้ผู้ป่วยเลิกเสพยาไปแล้ว อาการของความผิดปกติอาจเริ่มเป็นในขณะใดขณะหนึ่งแต่ให้อยู่ภายใน 4 สัปดาห์นับตั้งแต่เลิกเสพยาแล้ว สารอาจกระตุ้นผู้ที่มีชีวภาพอ่อนแอและเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ง่ายอยู่แล้ว หรือผู้ที่มีอาการอยู่แล้วทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ขึ้นได้

จงรักษ์ กุลเศรษฐ⁽⁵⁰⁾ ได้ศึกษาการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาบ้า (ผู้ป่วยใน) ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์จำนวน 865 คน โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแอมเฟตามีนในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตประสาท โดยวิธีศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลังพบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพว่างงานและศึกษาอยู่มัธยมศึกษาร้อยละ 54.2 สาเหตุของการติดยาส่วนมากอยากทดลอง พบผู้มีอาการทางจิตและประสาทร้อยละ 5.4 ด้านปริมาณพบว่าร้อยละ 50 เสพยาวันละ 1-2 เม็ด จำนวนครั้งที่เสพคือ 2-3 ครั้งขึ้นไป มีการเสพมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 63.8 พบว่าระยะเวลาเสพ วิธีการเสพ ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม

ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ⁽⁵¹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพจิตใจและสภาพสังคมของผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 350 รายที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ด้วยภาวะผิดปกติจาก

การใช้แอมเฟตามีนและเฮโรอีน โดยวินิจฉัยจาก DSM-IV และแบบสัมภาษณ์ CIDI (Composite international Diagnostic Interview) พบว่ามีภาวะผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) ร้อยละ 51.4 มีความผิดปกติชนิดคลุ้มคลั่ง (Manic Disorder) ร้อยละ 42.3 มีความผิดปกติทางจิตชนิดซึมเศร้ารุนแรง (Major Depression) ร้อยละ 34.9 ส่วนทางด้านความคิดพบว่าผู้ป่วยมีความคิดอยากทำร้ายตนเองและอยากตายร้อยละ 27.4 กระทำการฆ่าตัวตายมาแล้วร้อยละ 9.4 วิธีที่นิยมคือ การกินยาฆ่าตัวตายร้อยละ 57.6

กิติพงษ์ สานิชวรรณกุล และคณะ⁽⁵²⁾ ศึกษาผู้มีอาการทางจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งวินิจฉัยโดยแพทย์ตามหลักเกณฑ์ของอเมริกา และสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ จำนวน 216 รายโดยแบบวัด BPRS พบว่ามีความผิดปกติทางจิตที่เด่นชัดคือ หลงผิด หวาดระแวงและประสาทหลอน ด้านเนื้อหาความคิดมีความวิตกกังวลและตึงเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือความถี่ของการเสพ และอาการทางจิตหลังหยุดเสพนานกว่า 1 สัปดาห์จะรุนแรงกว่าคนที่เกิดอาการขณะทำการเสพ วิธีสูบบุหรี่จะมีอาการรุนแรงกว่าวิธีรับประทาน

ชนิดา พลานุเวช และคณะ⁽⁵³⁾ ศึกษาสารเคมีในตัวอย่างยาบ้า 386 ตัวอย่าง พบว่าสามารถจำแนกได้เป็นกลุ่มต่างๆ ตามชนิดของสารออกฤทธิ์หลักได้ 6 กลุ่มคือ 1. เมทแอมเฟตามีน 2. เมทแอมเฟตามีน+คาเฟอีน ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 73.7 3. เมทแอมเฟตามีน+คาเฟอีน+เอพริตรีน ซึ่งพบมากเป็นอันดับรองลงมาร้อยละ 13.4 4. แอมเฟตามีน+คาเฟอีน+เอพริตรีน 5. เอพริตรีน+คาเฟอีนและ 6. คาเฟอีนเพียงอย่างเดียว ลักษณะทางกายภาพของเม็ดยาใน 4 กลุ่มแรกพบว่ามีน้ำหนักเฉลี่ย 85-90 มิลลิกรัม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ย 6-7 มิลลิเมตร ความหนาเฉลี่ย 2-3 มิลลิเมตร สีที่พบมากที่สุดคือ สีส้ม สีน้ำตาล สัญลักษณ์ที่พบมากที่สุดคือ 99/M ตัวอย่างที่พบเฉพาะคาเฟอีนมีสีน้ำตาลเทา สัญลักษณ์ 99/พี มีน้ำหนัก 92.50 มิลลิกรัม และตัวอย่างที่พบแอมเฟตามีนแทนที่เมทแอมเฟตามีนมีสีขาวแต่มีแดง สัญลักษณ์ 0/0 น้ำหนัก 96.59 มิลลิกรัม เส้นผ่านศูนย์กลาง 6.99 มิลลิเมตร และหนา 2.97 มิลลิเมตร

งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดของต่างประเทศ

Lago และ Kosten⁽⁵⁴⁾ ได้ทำการศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดจากการหยุดใช้สารกระตุ้นประสาท พบว่างานวิจัยหนึ่งที่ศึกษาผู้ป่วยนอกที่ใช้ยากระตุ้นประสาทมีอาการหลังหยุดยา 3 ระยะ คือ "crash", "withdrawal" และ "extinction" แต่งานวิจัยอีกสองชิ้น

ซึ่งศึกษาผู้ป่วยที่ไม่พบอาการระยะ crash แต่ผู้ป่วยจะมีสภาวะทางอารมณ์ดีขึ้นเป็นลำดับในช่วงของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 21 วัน และ 28 วัน

Brooner และคณะ⁽⁵⁵⁾ ได้ศึกษาอัตราการเกิดความผิดปกติทางสภาพจิตใจที่เกิดร่วมกับการใช้ฝิ่น โดยศึกษาในผู้ให้ฝิ่นจำนวน 716 คน ซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการรักษาโดยใช้เมทาโดน พบว่ามีอัตราผิดปกติทางจิต = 47% ของกลุ่มตัวอย่าง (41 % ในผู้หญิง และ 43% ในผู้ชาย) ซึ่งแบ่งเป็น Personality disorder 25.1 % และ Major depression 15.8 % ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักใช้ยาเสพติด 2 ชนิดขึ้นไป พบว่ามีการใช้ฝิ่นและโคเคนในปริมาณสูง โดยความรุนแรงในการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการเกิดความผิดปกติทางจิตรวมถึงปัญหาทางจิตสังคมอื่น ๆ

Hall และคณะ⁽⁵⁶⁾ ได้สัมภาษณ์ผู้เสพแอมเฟตามีนจำนวน 301 คนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทางจิตโดยใช้ General Health Questionnaire พบอาการหลังหยุดใช้แอมเฟตามีนคือ อาการซึมเศร้า ร้อยละ 79 วิดกกังวลร้อยละ 76 หวาดระแวงร้อยละ 52 ประสาทหลอนร้อยละ 46 พฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 44 ระยะเวลาและความสม่ำเสมอของการใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต นั่นคือระยะเวลาการใช้แอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับอาการประสาทหลอน พฤติกรรมรุนแรงและอาการหวาดระแวง

Brower และคณะ⁽⁵⁷⁾ ได้ศึกษาอาการในระยะถอนพิษยาจากแอมเฟตามีนหรือโคเคนในผู้ป่วย 75 คน ได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโดยให้ผู้ป่วยรายงานอาการของตนเอง เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของแพทย์ตาม DSM III , DSM III R พบว่าสามในสี่อาการที่พบบ่อยคือมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 75 ความผิดปกติของการนอนร้อยละ 71 และอ่อนเพลียไม่มีแรงร้อยละ 69

Paulson และคณะ⁽⁵⁸⁾ ศึกษาในระยะถอนพิษยากับความเข้มข้นของโดพามีน ในหนูจำนวน 111 ตัว โดยให้แอมเฟตามีนทางเส้นเลือดเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะถอนพิษยา วัดระดับโดพามีนในวันที่ 3, 7 และ 28 วันตามลำดับ พบว่าระดับความเข้มข้นของโดพามีนและการเมตตาบอลิซึมของโดพามีนลดลงในส่วนของ Dorsolateral caudate nucleus จนกระทั่งหลัง 28 วันไปแล้วพบว่าระดับของโดพามีนกลับสู่ปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective Study)

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample selection)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้เสพแอมเฟตามีนหรือยาบ้าเพียงชนิดเดียว หรือเสพแอมเฟตามีนร่วมกับบุหรี่ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะถอนพิษยาทุกราย ณ โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ

ประชากรตัวอย่าง (Population samples) คือ กลุ่มประชากรเป้าหมายที่เข้ารับการรักษารายใหม่แบบคนไข้ในและหยุดเสพแอมเฟตามีนตั้งแต่ 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป ที่ได้รับการประเมินหรือวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษยา โดยไม่มีประวัติของผู้เสพและครอบครัวได้รับการรักษาโรคทางจิตและความผิดปกติทางอารมณ์ที่รุนแรงมาก่อน

ตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ป่วยระยะถอนพิษยาที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ โดยเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และมารับการรักษาในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)⁽⁵⁹⁾

โดยใช้สูตร $n = Z^2 pq/d^2$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

p = สัดส่วนความชุกของผู้เสพแอมเฟตามีนระยะถอนพิษยาที่มีภาวะซึมเศร้า อ้างในการศึกษาของ Brower และคณะ⁽⁵⁷⁾ พบภาวะซึมเศร้าในระยะถอนพิษยาจากแอมเฟตามีนหรือโคเคน ในผู้ป่วย 75 คน มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 75

$$p = 0.75$$

$$q = 1-p = 0.25$$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (Maximum error) กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 10% ของ p นั่นคือ 10% ของ 0.75 = 0.1×0.75
= 0.075

$$\text{ดังนั้น} \quad n = (1.96)^2 (0.75)(0.25) / (0.075)^2$$

$$n = 128.053 \approx 130 \text{ ราย}$$

การสุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลได้มาจากผู้ป่วยติดยาเสพติดแอมเฟตามีนทุกรายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้และมารับการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรที่ศึกษาที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์มีจำนวนไม่มากนัก กลุ่มตัวอย่างต้องใช้จำนวนมาก จำกัดสถานที่เก็บข้อมูลเพียงแห่งเดียว และผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับว่าตนเองติดยาเสพติด ดังนั้นจึงไม่สามารถคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยได้ล่วงหน้า

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ – สิงหาคม พ.ศ. 2544

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ที่อยู่ สาเหตุที่เข้ารับการรักษา การใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย ประเภทสารเสพติดอื่นที่ใช้ วิธีการเสพยาแอมเฟตามีน ความถี่ในการเสพยาแอมเฟตามีน ปริมาณการใช้แอมเฟตามีน และระยะเวลาที่เสพยาแอมเฟตามีน
2. แบบประเมินสภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน AWQ⁽⁶⁰⁾ (Amphetamine Withdrawal Questionnaire) ซึ่งดัดแปลงและพัฒนามาจาก DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition) การสัมภาษณ์และอาการ 11 อาการของ Amphetamine Withdrawal ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อโดยแบ่งออกเป็น 3 หมวด คือ ความรู้สึกตื่น (ข้อ 1+6+9) ความรู้สึกวิตกกังวล (ข้อ 3+4+5) และอาการระคายเคือง (ข้อ 7+8+10) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-4 คือไม่มีเลย = 0, มีน้อยมาก = 1, มีพอควร = 2, มีมาก = 3, มีมากอย่างยิ่ง = 4 รวมคะแนน 0-40 คะแนน

3. สภาพทางจิตใจใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาวะทางจิตใจและการวินิจฉัยโรคทางจิตที่ได้รับการแปลและพัฒนาปรับปรุงเป็นภาษาไทยจาก DSM IV และแบบสัมภาษณ์ CIDI (Composite International Diagnostic Interview) โดยแพทย์หญิงนันทิกา ทิวชาชาติ และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁽⁶¹⁾

4. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า คือ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD)⁽⁶²⁾ ซึ่งมีการพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยนายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล และคณะ โดยแบบวัดประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ โดยเป็นการประเมินในด้านจิตใจ, อาการทางกาย, และประสิทธิภาพในการทำงาน (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) แบบวัดนี้มีการทดสอบความเชื่อถือได้ของการวัด (reliability) และความสอดคล้องของการวัด (consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนนาคเท่ากับ 0.738 ในแต่ละข้อคำถามมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2 และ 0 ถึง 4 คือ 0 = ไม่มีอาการ, 1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง, 2 = มีอาการเล็กน้อย, 3 = มีอาการปานกลาง และ 4 = มีอาการรุนแรง ซึ่งสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ดังนี้ 0-7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 8-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 13-17 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง, 18-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและ มากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิต

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ

1. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดที่ประเมินทั้งอาการทางกายและจิตใจ ซึ่งต้องให้การสังเกตและการสัมภาษณ์ไปพร้อมกัน จึงทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อถือได้ของการใช้เครื่องมือ โดยมีผู้วัด 2 ท่าน คือ ผู้วิจัยและจิตแพทย์ 1 ท่าน ทำการประเมินผลโดยวัดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกที่มารับการบำบัดรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 10 ราย จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่า interrater reliability จากการใช้เครื่องมือ โดยหาค่า kappa ซึ่งใช้สูตร Weighted kappa ดังนี้⁽⁶³⁾

$$K_w = \frac{P_{ow} - P_{ew}}{1 - P_{ew}}$$

- เมื่อ K_w = Weighted kappa
 P_{ow} = Weighted observed
 P_{ew} = Weighted expected

ขั้นตอนที่ 1 นำคะแนนที่ได้มาจัดระดับภาวะซึมเศร้า และนำไปคำนวณหาค่าความถี่ของจำนวน Observed กับ Expected ได้ค่าดังนี้

Rater 1		rater 2		
		Mild	Moderate	Severe
Mild	observed	4	2	0
	expected	2.4	2.4	1.2
Moderate	observed	0	2	0
	expected	0.8	0.8	0.4
Severe	observed	0	0	2
	expected	0.8	0.8	0.4

ขั้นตอนที่ 2 หาค่า Weight ดังนี้

Level of agreement	Weight	Frequencies	
		Observed	Expected
Perfect agreement	1	$4+2+2 = 8$	$2.4+0.8+0.4 = 3.6$
1-point disagreement	2/3	$2+0 = 2$	$0.8+0.8+2.4+0.4 = 4.4$
2-point disagreement	1/3	$0 = 0$	$1.2+0.8 = 2$

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณจากสูตร

$$K_w = \frac{P_{ow} - P_{ew}}{1 - P_{ew}}$$

$$P_{ow} = \frac{1}{10} [1(8) + 2/3(2) + 1/3(0)]$$

$$= \frac{28}{10 \times 3} = 0.93$$

$$\begin{aligned}
 P_{EW} &= 1/10 [1(3.6) + 2/3(4.4) + 1/3(2)] \\
 &= 21.6/10 \times 3 = 0.72 \\
 K_w &= \frac{0.93 - 0.72}{1 - 0.72} \\
 &= 0.21 / 0.28 \\
 &= 0.75
 \end{aligned}$$

ดังนั้นการใช้เครื่องมือ Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย ของผู้วิจัยมีความเชื่อถือได้ ที่ระดับ 0.75 นั่นคือ ผู้วิจัยมีความสามารถในการใช้เครื่องมือใกล้เคียงกับจิตแพทย์ในระดับที่เชื่อถือได้

**รายละเอียดของคะแนนหน้าภาคผนวก

2. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการคัดกรองโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Screening and Diagnostic Test for Mental Disorder) ซึ่งพัฒนาจาก DSM-IV และ CIDI สำหรับรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ติดต่อกันได้ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁽⁶¹⁾

ใช้แบบสัมภาษณ์คัดกรองโรคทางจิตเวช

ชุดคัดกรองโรคทางจิตเวช (Screening) ประกอบด้วย

- แบบสอบถามอาการ Neurosis ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อ คะแนนเต็ม 19 คะแนน โดยพบว่าแบบสอบถามชุดนี้ มีค่า Sensitivity = 96.2 % และมีค่า Specificity = 93.3 %, ค่า Positive Predictive Value (PPV) = 96.2 % และค่า Negative Predictive Value (NPV) = 84.8 %
- แบบสอบถามอาการ Psychosis ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ
- แบบสอบถามอาการ Mania จำนวน 2 ข้อ
- แบบสอบถามอาการ Obsessive Compulsive Disorder จำนวน 2 ข้อ

การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. จัดทำหนังสือขอความร่วมมือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

2. ติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการมาเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย
3. ประสานงานกับแผนกบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพเพื่อขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล
4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสภาพทางจิตใจโดยแบบสัมภาษณ์ CIDI แบบประเมินสภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน (AWQ) และแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai HRSD) โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินสภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน (AWQ) และแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Thai HRSD) ทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์
5. ทำการแปลผลจากแบบทดสอบ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD)
6. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Program SPSS PC+ ซึ่งใช้การวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) โดยใช้ Fisher's Exact Test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่กำหนดไว้
3. ใช้ Spearman's Rank Correlation Coefficient เพื่อดูความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับภาวะถอนพิษยา
4. ใช้ Friedman Test เพื่อดูความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าในแต่ละสัปดาห์
5. ใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อดูความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าในแต่ละสัปดาห์เป็นรายคู่

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วย
ถอนพิษยาแอมเฟตามีน โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 – 4

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าทั้ง 4 สัปดาห์

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ของสัปดาห์

ส่วนที่ 5 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยที่กำหนด

ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน AWQ

ส่วนที่ 7 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน) N = 130	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	130	100
<u>สถานภาพ</u>		
ทหาร	95	73.1
พลเรือน	35	26.9
<u>อายุ</u>		
น้อยกว่า 19 ปี	17	13.1
19-24 ปี	103	79.3
มากกว่า 24 ปี	10	7.6
Mean = 21.36 SD = 2.60		
Minimum = 15 Maximum = 30		
<u>สถานภาพสมรส</u>		
โสด	105	80.8
สมรส	24	18.4
ม้าย/หย่า	1	0.8
<u>ศาสนา</u>		
พุทธ	126	96.9
อิสลาม	4	3.1

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน) N = 130	ร้อยละ
<u>ที่อยู่</u>		
กรุงเทพมหานคร	42	32.3
เขตภาคกลาง	43	33.9
เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	29	22.2
เขตภาคใต้	7	4.7
เขตภาคเหนือ	8	6.1
	1	0.8
<u>ผู้นำส่ง</u>		
ผู้บังคับบัญชา/หัวหน้างาน	96	73.8
ญาติ	34	26.2
<u>เหตุผลที่มารักษา</u>		
สุขภาพไม่ดี	8	6.2
ทางบ้านขอรับ	2	1.5
ถูกบังคับ	61	46.9
ต้องการให้สังคมยอมรับ	59	45.4
<u>ขณะนี้พักอาศัยอยู่กับบุคคลใด</u>		
อยู่คนเดียว	7	5.4
คู่สมรส	14	10.8
บิดามารดา	96	73.8
เพื่อน	9	6.9
ญาติ	4	3.1

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน) N = 130	ร้อยละ
<u>มีภาวะเลี้ยงดูบุคคลใด</u>		
ไม่มีภาวะ	88	67.7
คู่สมรส	4	3.1
บิดามารดา	21	16.2
บุตร	17	13.1

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเป็นทหารร้อยละ 73.1 และเป็นพลเรือนร้อยละ 26.9 ซึ่งเป็นเพศชายทั้งหมดเนื่องจากโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ รับเฉพาะเพศชายเท่านั้นในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 19-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 79.3 อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย = 21.36 ± 2.60 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นโสด ร้อยละ 80.8 ศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือมากที่สุดคือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.9

ภูมิลำเนาโดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยอยู่ในเขตภาคกลาง ร้อยละ 33.9 รองลงไปคือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 32.3 และที่พบน้อยที่สุดคือ เขตภาคเหนือ ร้อยละ 0.8

ผู้นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ ผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน ร้อยละ 73.8 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในครั้งนี้สูงที่สุดคือ ถูกบังคับ ร้อยละ 46.9 รองลงไป คือ ต้องการให้สังคมยอมรับ ร้อยละ 45.4

การพักอาศัยในปัจจุบันของผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 73.8 รองลงไปคือ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 10.8

การมีภาวะรับผิดชอบต่อผู้อื่น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีภาวะรับผิดชอบผู้ใด คิดเป็นร้อยละ 67.7 รองลงไปคือรับผิดชอบเลี้ยงดูบิดามารดา ร้อยละ 16.2

1.2 ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลการใช้แอมเฟตามีน

ข้อมูลการใช้แอมเฟตามีน	จำนวน (คน) N = 130	ร้อยละ
<u>ระยะเวลาการใช้</u>		
1-5 ปี	104	80
6-9 ปี	26	20
Mean = 3.39 SD = 2.05		
Minimum = 1 Maximum = 9		
<u>รูปแบบวิธีการใช้</u>		
สูบ	130	100
<u>การใช้ยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย</u>		
บุหรื	122	93.8
ไม่มีการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย	8	6.2

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดมานานโดยเฉลี่ย 3.39 ± 2.05 ปี ผู้ป่วยใช้วิธีการเสพโดยการสูบทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้บุหรืร่วมกับการเสพยาบ้า ร้อยละ 93.8

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยของความถี่และปริมาณในการเสพแอมเฟตามีนของผู้ป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีน	Minimum	Maximum	Mean	S.D
ความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์ (ครั้ง)	1	70	10.83	11.28
ปริมาณยาที่ใช้ต่อครั้ง (เม็ด)	0.5	10	2.45	1.75

จากตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เสพแอมเฟตามีน มีความถี่ในการใช้โดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ 10.83 ± 11.28 ครั้ง และปริมาณของแอมเฟตามีนที่เสพในแต่ละครั้งโดยเฉลี่ย 2.45 ± 1.75 เม็ด

สถาบันวิทยบริการ
วาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 – 4

ตารางที่ 6 แสดงระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 1

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน) N = 130	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ได้คะแนน 0-7 คะแนน)	61	46.9
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ได้คะแนน 8-12 คะแนน)	64	49.2
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ได้คะแนน 13-17 คะแนน)	4	3.1
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (ได้คะแนน 18-29 คะแนน)	1	0.8

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 46.9 ประมาณครึ่งหนึ่งมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 49.2 ร้อยละ 3.1 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และร้อยละ 0.8 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนใน สัปดาห์ที่ 2

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน) N = 130	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ได้คะแนน 0-7 คะแนน)	109	83.8
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ได้คะแนน 8-12 คะแนน)	19	14.7
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ได้คะแนน 13-17 คะแนน)	2	1.5

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 83.8 ยังคงมี ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 14.7 และมีภาวะซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 1.5

ตารางที่ 8 แสดงระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนใน สัปดาห์ที่ 3

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน) N = 130	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ได้คะแนน 0-7 คะแนน)	125	96.2
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ได้คะแนน 8-12 คะแนน)	5	3.8

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 96.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีเพียงร้อยละ 3.8 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

ตารางที่ 9 แสดงระดับภาวะซีมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนใน
สัปดาห์ที่ 4

ภาวะซีมเศร้า	จำนวน (คน) N = 130	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซีมเศร้า (ได้คะแนน 0-7 คะแนน)	125	96.2
มีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย (ได้คะแนน 8-12 คะแนน)	5	3.8

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 96.2 ไม่มีภาวะซีมเศร้า และผู้ป่วยร้อยละ 3.8 มี
ภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับภาวะซีมเศร่าในสัปดาห์ที่ 1 ถึง 4

ระดับภาวะซีมเศร่า				จำนวน (คน)	ร้อยละ
สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4		
ไม่มีภาวะซีมเศร่า	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	58	44.6
			ซีมเศร่าเล็กน้อย	3	2.2
ซีมเศร่าเล็กน้อย	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	48	36.9
	ซีมเศร่าเล็กน้อย	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	13	10.0
			ซีมเศร่าเล็กน้อย	1	0.8
		ซีมเศร่าเล็กน้อย	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	1	0.8
	ซีมเศร่าปานกลาง	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	1	0.8
ซีมเศร่าปานกลาง	ซีมเศร่าเล็กน้อย	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	1	0.8
	ซีมเศร่าเล็กน้อย	ซีมเศร่าเล็กน้อย	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	2	1.5
			ซีมเศร่าเล็กน้อย	1	0.8
ซีมเศร่ารุนแรง	ซีมเศร่าปานกลาง	ซีมเศร่าเล็กน้อย	ไม่มีภาวะซีมเศร่า	1	0.8
รวม				130	100

จากตารางที่ 10 พบว่า ร้อยละ 44.6 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซีมเศร่าในสัปดาห์ที่ 1 - 4 คิดเป็นหนึ่งในสามของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยที่เหลือพบว่ามีภาวะซีมเศร่าในสัปดาห์ใด สัปดาห์หนึ่งของการเก็บข้อมูล เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยร้อยละ 36.9 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร่าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 1 แต่ไม่มีภาวะซีมเศร่าตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป ร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร่าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 แต่ไม่มีภาวะซีมเศร่าตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป ร้อยละ 2.2 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซีมเศร่าตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 - 3 แต่ในสัปดาห์ที่ 4 มีภาวะซีมเศร่าเล็กน้อย ร้อยละ 1.5 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร่าปานกลางในสัปดาห์ที่ 1 และมีภาวะซีมเศร่าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 แต่ไม่มีภาวะซีมเศร่าในสัปดาห์ที่ 4

ร้อยละ 0.8 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร่าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 ไม่มีภาวะซีมเศร่า แต่มีภาวะซีมเศร่าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 4

ร้อยละ 0.8 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 1 – 3 แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 4

ร้อยละ 0.8 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางในสัปดาห์ที่ 2 แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 3 และ 4

ร้อยละ 0.8 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางในสัปดาห์ที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 2 แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 3 และ 4

ร้อยละ 0.8 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางในสัปดาห์ที่ 1 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 2 - 4

ร้อยละ 0.8 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงในสัปดาห์ที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางในสัปดาห์ที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 3 และไม่มีภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 4



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วย
ถอนพิษยาแอมเฟตามีนทั้ง 4 สัปดาห์ โดยใช้การทดสอบ Friedman Test

ตารางที่ 11 แสดงผลการทดสอบ Friedman test

ตัวแปร	Mean Rank	p-value
ระดับภาวะซึมเศร้าสัปดาห์ที่ 1	3.21	.000*
ระดับภาวะซึมเศร้าสัปดาห์ที่ 2	2.43	
ระดับภาวะซึมเศร้าสัปดาห์ที่ 3	2.17	
ระดับภาวะซึมเศร้าสัปดาห์ที่ 4	2.19	

* $P < 0.01$

จากตารางที่ 11 พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยา
แอมเฟตามีนทั้ง 4 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าเป็นรายคู่ของสัปดาห์

ข้อมูลแสดงผลการทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อดูความแตกต่างเป็นรายคู่ของระดับภาวะซึมเศร้าในแต่ละสัปดาห์ โดยเลือกจับคู่สัปดาห์ที่ 1 กับ 2 สัปดาห์ที่ 2 กับ 3 และสัปดาห์ที่ 3 กับ 4

เนื่องจากการจับคู่ถึง 3 คู่ จึงต้องทำการปรับค่า α เพื่อไม่ให้มีค่าเกิน 0.05 โดยใช้ทฤษฎีของ Bonferroni method for control Type I error⁽⁶⁴⁾ ให้ค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ α / จำนวนคู่ ในที่นี้คือ α / 3 เพราะฉะนั้นค่านัยสำคัญที่เชื่อถือได้อยู่ที่ 0.016

ตารางที่ 12 แสดงผลการทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test

ตัวแปร	Mean Rank	Z	p-value
สัปดาห์ที่ 2 – สัปดาห์ที่ 1	27.50	-7.076	.000**
สัปดาห์ที่ 3 – สัปดาห์ที่ 2	9.00	-4.025	.000**
สัปดาห์ที่ 4 - สัปดาห์ที่ 3	4.50	.000	1.000

** P < 0.001

จากตารางที่ 12 พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 2 กับสัปดาห์ที่ 1 และระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 3 กับสัปดาห์ที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยที่ระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 2 น้อยกว่าระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 และระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 3 น้อยกว่าระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 2 แต่ระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 5 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

การศึกษาในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าต่างกัน โดยใช้ Chi-square test แต่เนื่องจากสถิติทดสอบ Chi-square มีข้อจำกัดคือ ความถี่ที่คาดหวังในแต่ละเซลล์ไม่ควรต่ำกว่า 5 และเซลล์ที่มีความถี่ที่คาดหวังต่ำกว่า 5 มีไม่มากกว่า 20% ของเซลล์ทั้งหมด⁽⁶⁵⁾ นอกจากนี้จากข้อมูลพบว่าตัวแปรทุกตัวมีบางเซลล์ที่มีค่าเป็น 0 หลายเซลล์ และขนาดตัวอย่างมีขนาดเล็ก ผู้วิจัยจึงได้ใช้ Fisher's exact test แทนในตัวแปรทุกตัวซึ่งไม่สามารถใช้สถิติทดสอบ Chi-square ได้



ศูนย์พัฒนาระบบสุขภาพ

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 1
จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n= 61)		มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย (n= 64)		มีภาวะซึมเศร้า ปานกลาง(n= 4)		มีภาวะซึมเศร้า รุนแรง (n= 1)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>สถานภาพ</u>								
ทหาร	42	68.8	49	76.6	4	100		
พลเรือน	19	31.2	15	23.4			1	100
<u>อายุ</u>								
น้อยกว่า 19 ปี	9	14.7	12	18.8				
19 – 24 ปี	47	77.1	47	73.4	4	100	1	100
มากกว่า 24 ปี	5	8.2	5	7.8				
<u>สถานภาพสมรส</u>								
โสด	48	78.7	52	81.3	4	100	1	100
สมรส	12	19.7	12	18.7				
ม่าย/หย่า	1	1.6						
<u>ศาสนา</u>								
พุทธ	60	98.4	61	95.3	4	100	1	100
อิสลาม	1	1.6	3	4.7				
<u>ผู้นำส่ง</u>								
ผู้บังคับบัญชา /หัวหน้างาน	44	72.1	48	75	4	100		
ญาติ	17	27.9	16	25			1	100

ตารางที่ 13 (ต่อ) แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 1

จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n= 61)		มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย (n= 64)		มีภาวะซึมเศร้า ปานกลาง(n= 4)		มีภาวะซึมเศร้า รุนแรง (n= 1)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>เหตุผลที่มารักษา</u>								
สุขภาพไม่ดี	2	3.3	6	9.4				
ทางบ้านขอร้อง	2	3.3						
ถูกบังคับ	30	49.2	27	42.2	4	100		
ต้องการให้ สังคมยอมรับ	27	44.2	31	48.4			1	100
<u>พักอาศัยกับ</u>								
อยู่คนเดียว	1	1.6	6	9.4				
คู่สมรส	9	14.8	5	7.8				
บิดามารดา	48	78.7	44	68.8	3	75	1	100
เพื่อน	2	3.3	6	9.4	1	25		
ญาติ	1	1.6	3	4.6				
<u>ภาวะเลี้ยงดู</u>								
ไม่มีภาวะ	40	65.5	44	68.8	4	100		
คู่สมรส	2	3.3	2	3.1				
บิดามารดา	7	11.5	13	20.3			1	100
บุตร	12	19.7	5	7.8				
<u>ยาเสพติดรวม</u>								
ไม่มี	3	4.9	5	7.8				
บุหรี่	58	95.1	59	92.2	4	100	1	100

จากตารางที่ 13 พบว่าในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นทหาร ร้อยละ 76.6 เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 68.8 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางทั้งหมดเป็นทหาร ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงซึ่งมีเพียงคนเดียวเป็นพลเรือน

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อายุ 19 – 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.4 และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและรุนแรงทั้งหมดอยู่ในช่วงอายุนั้นเช่นเดียวกัน

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 81.25 เป็นโสด และร้อยละ 18.75 สมรสแล้ว ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 78.7 เป็นโสด รองลงมาคือร้อยละ 19.7 สมรสแล้ว สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและรุนแรงทั้งหมดมีสถานภาพสมรสเป็นโสด

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.4 เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 95.3 และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและรุนแรงทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่มีผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างานเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75 เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 72.1 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางทั้งหมด ถูกนำส่งโดยผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงถูกนำส่งโดยญาติ

สำหรับเหตุผลที่มารับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ต้องการให้สังคมยอมรับ คิดเป็นร้อยละ 48.4 รองลงมาคือร้อยละ 42.2 ถูกบังคับให้มารับการรักษา เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางทั้งหมด และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 49.2 ถูกบังคับให้มารับการรักษา

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 78.7 รองลงมาคือร้อยละ 14.8 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดาเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 68.8

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด คิดเป็นร้อยละ 68.8 รองลงมาคือเลี้ยงดูบิดามารดา ร้อยละ 20.3 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด คิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมาคือร้อยละ 19.7 มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตร

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ใช้บุหรี่ปริมาณมากกว่าการเสพแอมเฟตามีน คิดเป็นร้อยละ 95.1 เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 92.2 รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและรุนแรงทั้งหมดใช้บุหรี่ปริมาณมากกว่าการเสพแอมเฟตามีน

ตารางที่ 14 แสดงค่า Fisher's Exact Test ของความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 1 กับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	Fisher's Exact
สถานภาพ	0.182
อายุ	0.966
สถานภาพสมรส	0.940
ศาสนา	0.675
ผู้นำส่ง	0.305
เหตุผลที่มารักษา	0.195
ขณะนี้พักอาศัยอยู่กับบุคคลใด	0.294
มีภาวะเลี้ยงดูผู้ใด	0.229
ยาเสพติดที่ใช้ร่วมกับแอมเฟตามีน	0.796

จากตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 1 กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ผู้นำส่งโรงพยาบาล เหตุผลที่มารักษา บุคคลที่พักอาศัยร่วม ภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดู และยาเสพติดที่ใช้ร่วมกับแอมเฟตามีน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาในครั้ง นี้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละและค่า Fisher's Exact แสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 2 กับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n= 109)		มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย (n= 19)		มีภาวะซึมเศร้า ปานกลาง(n= 2)		Fisher's Exact
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<u>สถานภาพ</u>							
ทหาร	78	71.6	16	84.2	1	50	0.315
พลเรือน	31	28.4	3	15.8	1	50	
<u>อายุ</u>							
น้อยกว่า 19 ปี	20	18.3	1	5.3			0.153
19 – 24 ปี	82	75.2	16	84.2	1	50	
มากกว่า 24 ปี	7	6.5	2	10.5	1	50	
<u>สถานภาพสมรส</u>							
โสด	88	80.7	16	84.2	1	50	0.556
สมรส	20	18.3	3	15.8	1	50	
ม้าย/หย่า	1	1					
<u>ศาสนา</u>							
พุทธ	106	97.2	18	94.7	2	100	0.510
อิสลาม	3	2.8	1	5.3			
<u>ผู้นำส่ง</u>							
ผู้บังคับบัญชา /หัวหน้างาน	80	73.4	15	78.9	1	50	0.587
ญาติ	29	26.6	14	21.1	1	50	

ตารางที่ 15 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละและค่า Fisher's Exact แสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 2 กับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n= 109)		มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย (n= 19)		มีภาวะซึมเศร้า ปานกลาง(n= 2)		Fisher's Exact
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<u>เหตุผลที่มารักษา</u>							
สุขภาพไม่ดี	6	5.5	2	10.5			0.622
ทางบ้านขอร้อง	2	1.8					
ถูกบังคับ	52	47.7	9	47.4			
ต้องการให้ สังคมยอมรับ	49	45	8	42.1	2	100	
<u>พักอาศัยกับ</u>							
อยู่คนเดียว	4	3.7	3	15.8			0.226
คู่สมรส	12	11.0	1	5.3	1	50	
บิดามารดา	82	75.2	13	68.4	1	50	
เพื่อน	7	6.4	2	10.5			
ญาติ	4	3.7					
<u>ภาวะเลี้ยงดู</u>							
ไม่มีภาวะ	73	67.0	14	73.6	1	50	0.557
คู่สมรส	3	2.8	1	5.3			
บิดามารดา	17	15.5	3	15.8	1	50	
บุตร	16	14.7	1	5.3			
<u>ยาเสพติดโดยรวม</u>							
ไม่มี	8	7.3					0.651
บุหรื	101	92.7	19	100	2	100	

จากตารางที่ 15 พบว่าในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นทหาร คิดเป็นร้อยละ 71.6 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นทหารเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 84.2 สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางมีเพียง 2 คน เป็นทหารร้อยละ 50 และพลเรือนร้อยละ 50

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อายุ 19 – 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.2 เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.2 อยู่ในช่วงอายุนี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 84.2 เป็นโสด และร้อยละ 15.8 สมรสแล้ว ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 80.7 เป็นโสด รองลงมาคือร้อยละ 18.3 สมรสแล้ว

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.2 เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 94.7 และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่มีผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างานเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 78.9 เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าร้อยละ 73.4 ถูกนำส่งโดยผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน

สำหรับเหตุผลที่มารับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ถูกบังคับให้มารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมาคือร้อยละ 42.1 ต้องการให้สังคมยอมรับ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 47.7 ถูกบังคับให้มารับการรักษา รองลงมาคือต้องการให้สังคมยอมรับ คิดเป็นร้อยละ 45.0 สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางทั้งหมดต้องการให้สังคมยอมรับ

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 75.2 รองลงมาคือร้อยละ 11.0 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดาเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 68.4 รองลงมาคืออยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 15.8

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด คิดเป็นร้อยละ 73.6 รองลงมาคือเลี้ยงดูบิดามารดาร้อยละ 15.8 เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด คิดเป็นร้อยละ 67.0 รองลงมาคือร้อยละ 15.5 มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูบิดามารดา

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ใช้บุหรี่ร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน คิดเป็นร้อยละ 92.7 เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางทั้งหมดใช้บุหรี่ร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน

ปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 2



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 แสดงจำนวน ร้อยละและค่า Fisher's Exact แสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยตอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 3 กับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n= 125)		มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย (n= 5)		Fisher's Exact
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<u>สถานภาพ</u>					
ทหาร	91	72.8	4	80.0	1.00
พลเรือน	34	27.2	1	20.0	
<u>อายุ</u>					
น้อยกว่า 19 ปี	21	16.8			0.724
19 - 24 ปี	94	75.2	5	100	
มากกว่า 24 ปี	10	8.0			
<u>สถานภาพสมรส</u>					
โสด	100	80.0	5	100	0.599
สมรส	24	19.2			
ม่าย/หย่า	1	0.8			
<u>ศาสนา</u>					
พุทธ	121	96.8	5	100	1.00
อิสลาม	4	3.2			
<u>ผู้นำส่ง</u>					
ผู้บังคับบัญชา					1.00
หัวหน้างาน	92	73.6	4	80.0	
ญาติ	33	26.4	1	20.0	

ตารางที่ 16 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละและค่า Fisher's Exact แสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 3 กับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n= 125)		มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย (n= 5)		Fisher's Exact
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<u>เหตุผลที่มารักษา</u>					
สุขภาพไม่ดี	8	6.4			
ทางบ้านขอร้อง	2	1.6			
ถูกบังคับ	58	46.4	3	60.0	1.00
ต้องการให้					
สังคมยอมรับ	57	45.6	2	40.0	
<u>พักอาศัยกับ</u>					
อยู่คนเดียว	7	5.6			
คู่สมรส	14	11.2			
บิดามารดา	92	73.6	4	80.0	0.624
เพื่อน	8	6.4	1	20.0	
ญาติ	4	3.2			
<u>ภาวะเลี้ยงดู</u>					
ไม่มีภาวะ	84	67.2	4	80.0	
คู่สมรส	4	3.2			1.00
บิดามารดา	20	16.0	1	20.0	
บุตร	17	13.6			
<u>ยาเสพติดร่วม</u>					
ไม่มี	8	6.4			
บุหรื	117	93.6	5	100	1.00

จากตารางที่ 16 พบว่าในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นทหาร คิดเป็นร้อยละ 72.8 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นทหารเช่นเดียวกัน คิดเป็น ร้อยละ 80.0

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อายุ 19 – 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.2 เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยทั้งหมดอยู่ในช่วงอายุนี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยทั้งหมดมีสถานภาพสมรสเป็นโสด ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 80.0 เป็นโสด รองลงมาคือร้อยละ 19.2 สมรสแล้ว

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.8 เช่นเดียวกับ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่มีผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างานเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.0 เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 73.6 ถูกนำส่งโดยผู้ บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน

สำหรับเหตุผลที่มารับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ถูกบังคับให้มารับ การรักษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือร้อยละ 40.0 ต้องการให้สังคมยอมรับ เช่นเดียวกับ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 46.4 ถูกบังคับให้มารับการรักษา รองลงมาคือ ต้องการให้สังคมยอมรับ คิดเป็นร้อยละ 45.6

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 73.6 รอง ลงมาคือร้อยละ 11.2 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่พัก อาศัยอยู่กับบิดามารดาเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 73.6

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด คิดเป็นร้อยละ 80.0 เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด คิดเป็น ร้อยละ 67.2 รองลงมาคือร้อยละ 16.0 มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูบิดามารดา

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ใช้บุหรี่ร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน คิดเป็นร้อยละ 93.6 เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยทั้งหมดใช้บุหรี่ร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน

ปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 3

ตารางที่ 17 แสดงจำนวน ร้อยละและค่า Fisher's Exact แสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 4 กับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n= 125)		มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย (n= 5)		Fisher's Exact
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
สถานภาพ					
ทหาร	90	72.0	5	100	0.323
พลเรือน	35	28.0			
อายุ					
น้อยกว่า 19 ปี	21	16.8			0.724
19 – 24 ปี	94	75.2	5	100	
มากกว่า 24 ปี	10	8.0			
สถานภาพสมรส					
โสด	101	80.8	4	80.0	1.00
สมรส	23	18.4	1	20.0	
ม่าย/หย่า	1	0.8			
ศาสนา					
พุทธ	121	96.8	5	100	1.00
อิสลาม	4	3.2			
ผู้นำส่ง					
ผู้บังคับบัญชา /หัวหน้างาน	91	72.8	5	100	0.325
ญาติ	34	27.2			

ตารางที่ 17 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละและค่า Fisher's Exact แสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 4 กับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n= 125)		มีภาวะซึมเศร้า เล็กน้อย (n= 5)		Fisher's Exact
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<u>เหตุผลที่มารักษา</u>					
สุขภาพไม่ดี	8	6.4			
ทางบ้านขอร้อง	2	1.6			
ถูกบังคับ	59	47.2	2	40.0	0.785
ต้องการให้ สังคมยอมรับ	56	44.8	3	60.0	
<u>พักอาศัยกับ</u>					
อยู่คนเดียว	7	5.6			
คู่สมรส	13	10.4	1	20.0	
บิดามารดา	92	73.6	4	80.0	0.786
เพื่อน	9	7.2			
ญาติ	4	3.2			
<u>ภาวะเลี้ยงดู</u>					
ไม่มีภาวะ	85	68.0	3	60.0	
คู่สมรส	3	2.4	1	20.0	0.166
บิดามารดา	20	16.0	1	20.0	
บุตร	17	13.6			
<u>ยาเสพติดร่วม</u>					
ไม่มี	8	6.4			
บุหรี	117	93.6	5	100	1.00

จากตารางที่ 17 พบว่าในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นทหาร คิดเป็นร้อยละ 72.0 ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยทั้งหมดซึ่งมีอยู่ 5 คนเป็นทหารเช่นเดียวกัน

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อายุ 19 – 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.2 เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยทั้งหมดอยู่ในช่วงอายุนี้นี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 80.0 ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 80.8 เป็นโสด รองลงมาคือร้อยละ 18.4 สมรสแล้ว

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.8 เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยทั้งหมดมีผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างานเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล เช่นเดียวกับผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 72.8 ถูกนำส่งโดยผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน

สำหรับเหตุผลที่มารับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ต้องการให้สังคมยอมรับ คิดเป็นร้อยละ 60.0 ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 47.2 ถูกบังคับให้มา接受治疗 รองลงมาคือต้องการให้สังคมยอมรับ คิดเป็นร้อยละ 44.8

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 73.6 รองลงมาคือร้อยละ 10.4 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดาเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 80.0

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด คิดเป็นร้อยละ 60.0 เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด คิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงมาคือร้อยละ 16.0 มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูบิดามารดา

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ใช้บุหรืร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน คิดเป็นร้อยละ 93.6 เช่นเดียวกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยทั้งหมดใช้บุหรืร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน

ปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 4

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน AWQ

ตารางที่ 18 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนเป็นรายสัปดาห์

ภาวะถอนพิษยา แอมเฟตามีน	Minimum	Maximum	Mean	S.D.
สัปดาห์ที่ 1	2.00	35.00	10.68	6.47
สัปดาห์ที่ 2	0.00	33.00	7.50	5.72
สัปดาห์ที่ 3	0.00	35.00	5.09	4.93
สัปดาห์ที่ 4	0.00	33.00	2.78	3.99

จากตารางที่ 18 พบว่าความรุนแรงเฉลี่ยของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 1 คือ 10.68 คะแนน รองลงมาคือสัปดาห์ที่ 2 คือ 7.50 คะแนน และสัปดาห์ที่ 3 คือ 5.09 คะแนน ในสัปดาห์ที่ 4 มีความรุนแรงเฉลี่ยของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนน้อยที่สุด คือ 2.78 คะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 7 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า กับภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน

ข้อมูลในส่วนนี้ต้องการหาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ซึ่งใช้แบบวัด Thai HRSD กับภาวะถอนพิษยาซึ่งใช้แบบวัด AWQ ทั้ง 4 สัปดาห์ โดยใช้วิธีหาความสัมพันธ์ของ Spearman's Rank Correlation Coefficient จากค่าคะแนนดิบของแบบวัดทั้งสองข้างต้น

ตารางที่ 19 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ของ Spearman's Rank Correlation Coefficient

ปัจจัยที่กำหนด	r	p-value
ภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 กับภาวะถอนพิษยาสัปดาห์ที่ 1	0.725	0.000*
ภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 2 กับภาวะถอนพิษยาสัปดาห์ที่ 2	0.633	0.000*
ภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 3 กับภาวะถอนพิษยาสัปดาห์ที่ 3	0.561	0.000*
ภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 4 กับภาวะถอนพิษยาสัปดาห์ที่ 4	0.481	0.000*

*P < 0.01

จากตารางที่ 19 พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้ง 4 สัปดาห์

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน โดยการใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบ Amphetamine Withdrawal Questionnaire (AWQ) และแบบทดสอบ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD) สามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ จำนวน 130 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นทหาร ร้อยละ 73.1 มีอายุเฉลี่ย 21.37 ± 2.61 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 80.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.9 ผู้นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน ร้อยละ 73.8 เหตุผลของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาคือถูกบังคับร้อยละ 46.9 รองลงมาคือต้องการให้สังคมยอมรับ ร้อยละ 45.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 73.8 ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด ร้อยละ 67.7

รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีน พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดนิยมใช้วิธีการเสพด้วยวิธีสูบดมควัน นิยมเสพแอมเฟตามีนโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ 10.83 ± 11.28 ครั้ง แต่ครั้งหนึ่งนิยมเสพโดยเฉลี่ย 2.45 ± 1.75 เม็ด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้บุหรี่ร่วมด้วยกับการเสพแอมเฟตามีน ร้อยละ 93.8 ซึ่งส่วนใหญ่ใช้แอมเฟตามีนมานานโดยเฉลี่ย 3.39 ± 2.05 ปี

ข้อมูลเกี่ยวกับระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า สัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 46.9 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 3.1 และเป็นผู้ที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.8 ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นทหาร ร้อยละ 76.6 มีอายุ 19-24 ปี ร้อยละ 73.4 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 81.25 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.3 มีผู้นำส่งโรงพยาบาลคือ ผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน ร้อยละ 75 มีเหตุผลที่มารับการรักษาคือ ต้องการให้สังคมยอมรับ คิดเป็นร้อยละ 48.4 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับ

บิดามารดา ร้อยละ 68.8 ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด ร้อยละ 68.8 และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยส่วนใหญ่ใช้บุหรืหรือร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน ร้อยละ 92.2

ในสัปดาห์ที่ 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 83.8 รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 14.7 และมีภาวะซึมเศร้าปานกลางน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.5 ในสัปดาห์ที่ 2 นี้ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นทหาร ร้อยละ 71.6 มีอายุ 19-24 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 80.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.2 มีผู้นำส่งโรงพยาบาล คือผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน ร้อยละ 73.4 มีเหตุผลที่มาับการรักษา คือถูกบังคับ ร้อยละ 47.7 พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 75.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด คิดเป็นร้อยละ 67 และ ผู้ป่วยใช้บุหรืหรือร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน ร้อยละ 92.7

ในสัปดาห์ที่ 3 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 96.2 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 3.8 ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและรุนแรงในสัปดาห์นี้ ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นทหาร ร้อยละ 72.8 มีอายุ 19-24 ปี ร้อยละ 75.2 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 80 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.8 มีผู้บังคับบัญชาเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 73.6 ถูกบังคับให้มาับการรักษา ร้อยละ 46.4 พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 73.6 ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด ร้อยละ 67.2 และผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ใช้บุหรืหรือร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน คิดเป็นร้อยละ 93.6

สัปดาห์ที่ 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 96.2 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 3.8 ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและรุนแรง เช่นเดียวกับในสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 72 เป็นทหาร มีอายุ 19-24 ปี ร้อยละ 75.2 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 80.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.8 มีผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างานเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 72.8 ถูกบังคับให้มาับการรักษา ร้อยละ 47.2 พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 73.6 ไม่มีภาวะรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ใด ร้อยละ 68 และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ใช้บุหรืหรือร่วมกับการเสพแอมเฟตามีน คิดเป็นร้อยละ 93.6

จากการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนทั้ง 4 สัปดาห์ พบว่า ร้อยละ 44.6เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นทั้ง 4 สัปดาห์ รองลงมา คือ ร้อยละ 36.9 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 1 แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป ผู้ป่วยที่เหลือพบว่า มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในสัปดาห์ใดสัปดาห์หนึ่งของระยะเวลาที่ศึกษา

ทั้งนี้จากการแสดงกราฟในรูปที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 ไปสู่สัปดาห์ที่ 4 แสดงว่าภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนมีแนวโน้มลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 ไปสู่สัปดาห์ที่ 4

ความแตกต่างของระดับภาวะซีมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนทั้ง 4 สัปดาห์ พบว่าระดับภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนทั้ง 4 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความแตกต่างของระดับภาวะซีมเศร้าเป็นรายคู่ของสัปดาห์ พบว่าระดับภาวะซีมเศร้าในสัปดาห์ที่ 2 กับสัปดาห์ที่ 1 และระดับภาวะซีมเศร้าในสัปดาห์ที่ 3 กับสัปดาห์ที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ระดับภาวะซีมเศร้าในสัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับภาวะซีมเศร้า พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซีมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน ทั้ง 4 สัปดาห์

ความรุนแรงของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน พบว่าความรุนแรงเฉลี่ยของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 1 มีมากที่สุด คือ 10.68 คะแนน รองลงมาคือสัปดาห์ที่ 2 คือ 7.50 คะแนน และสัปดาห์ที่ 3 คือ 5.09 คะแนน ซึ่งสัปดาห์ที่ 4 มีความรุนแรงเฉลี่ยของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนน้อยที่สุด คือ 2.78 คะแนน

ความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้ากับภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน พบว่าภาวะซีมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้ง 4 สัปดาห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ พบประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 130 คน พบว่าผู้ป่วยเป็นเพศชายทั้งหมด เนื่องจากโรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในเฉพาะผู้ป่วยเพศชายเท่านั้น อาจเป็นเพราะทางโรงพยาบาลมีกลุ่มเป้าหมายคือ ทหารกองประจำการที่ติดยาเสพติดเป็นส่วนใหญ่ และมีตีกำบำบัดผู้ป่วยในค่อนข้างจำกัด จึงเลือกรับเฉพาะผู้ป่วยเพศชายเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นทหารเรือ ร้อยละ 73.1 และเป็นพลเรือนชายเพียง ร้อยละ 26.9 จึงทำให้มีเหตุผลในการมารับการรักษาครั้งนี้คือถูกผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้างานนำส่ง เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73.8 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้อยู่ในช่วงที่มีการคัดเลือกบุคคลเข้ารับราชการเป็นทหารเรือ โดยการคัดเลือกจากบุคคลที่มีอายุถึงเกณฑ์เข้าเป็นทหาร และผู้ที่มีอายุ 15 ปี แต่ยังไม่ถึง 21 ปี สามารถสมัครเข้ารับราชการทหารได้ จึงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 19 – 24 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 21.36 ± 2.60 ปี จะเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับบทความของ อัมพร โอตระกุล ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจุบันผู้ติดยาเสพติดมีหลายกลุ่มอายุ แต่พบมากที่สุดในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเสพยาบ้า นั้นมีอัตราเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุน้อย คืออายุต่ำกว่า 15 ปี และระหว่าง 16 – 25 ปี แต่จะลดลงในกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น⁽⁶⁶⁾ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 80.8 พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 73.8 และไม่มีภาวะรับผิดชอบผู้ใด ร้อยละ 67.7

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้แอมเฟตามีนเฉลี่ย 3.39 ± 2.05 ปี ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยเริ่มใช้แอมเฟตามีนครั้งแรกในช่วงวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธนพัฒน์ หาพิพัฒน์⁽⁶⁷⁾ ที่พบว่าผู้ติดยาแอมเฟตามีนมักเริ่มใช้ในช่วงวัยรุ่น การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มใช้ยาเสพติดในช่วงวัยรุ่นนั้น เนื่องจากวัยนี้มีนิสัยอยากรู้อยากเห็น อยากรลอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความอยากรู้อยากมีประสบการณ์กับสิ่งต้องห้ามทั้งปวง ยาเสพติดเป็นเรื่องต้องห้ามในบ้าน ในโรงเรียน ในสังคม ยิ่งถูกห้ามมากก็ยิ่งอยากรลอง อย่างไรก็ตามยาเสพติดมีลักษณะต่างไปจากสิ่งต้องห้ามประเภทอื่น เช่นการฝ่าฝืนกฎระเบียบ เพราะเมื่อทดลองแล้วก็ต้องอยากใช้อีกไม่สิ้นสุด⁽⁶⁸⁾

ผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนทั้งหมดใช้วิธีสูบ โดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ 10.83 ± 11.28 ครั้ง ปริมาณโดยเฉลี่ย $2.45 + 1.75$ เม็ด/ ครั้ง สอดคล้องกับการงานวิจัยของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ⁽⁵¹⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนใช้วิธีสูบร้อยละ 96.4 การที่ผู้ป่วยนิยมเสพยาแอมเฟตามีนด้วย

การสูบเพราะว่า การสูบโดยการนำแอมเฟตามีนมาบดในฟรอยด์แล้วเผาไฟสามารถเสพร่วมกันได้ ครั้งละหลายคน และออกฤทธิ์เร็ว ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมมากในกลุ่มวัยรุ่น

ข้อมูลเกี่ยวกับระดับภาวะซึมเศร้า

จากกลุ่มตัวอย่าง 130 คน พบว่าในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 49.2 ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 83.8 และในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 96.2 จะเห็นว่าการมองภาพรวมในแต่ละสัปดาห์ไม่สามารถบอกรายละเอียดของระดับภาวะซึมเศร้าได้ จึงทำการจำแนกผู้ป่วยตามระดับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 - 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.4 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในสัปดาห์ใดสัปดาห์หนึ่งของระยะเวลาที่ศึกษา โดยร้อยละ 36.9 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 1 เท่านั้น แต่ในสัปดาห์ที่ 2 - 4 ไม่พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 แต่ไม่พบภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 4 จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในสัปดาห์ต้น ๆ จะมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงในสัปดาห์ถัดไป สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของ Lago และ Kosten⁽⁵⁴⁾ พบงานวิจัยที่ระบุว่าผู้ป่วยจะมีสภาวะทางอารมณ์ดีขึ้นเป็นลำดับในช่วงของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 21 วัน และ 28 วัน อาจเป็นเพราะภาวะถอนพิษยาของผู้ป่วยลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 ไปสู่สัปดาห์ที่ 4 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัด AWQ ที่พบความรุนแรงของภาวะถอนพิษยาลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 ไปสู่สัปดาห์ที่ 4 ทำให้พบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ต้น ๆ ของการเก็บข้อมูลเท่านั้น

จากการทดสอบ Friedman Test เพื่อดูความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ของสัปดาห์เพื่อดูความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าในแต่ละคู่ของสัปดาห์ที่ทำการศึกษา โดยใช้การทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า สัปดาห์ที่ 2 กับสัปดาห์ที่ 1 มีระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสัปดาห์ที่ 3 กับสัปดาห์ที่ 2 มีระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เช่นกัน นั่นคือ ระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 2 น้อยกว่าสัปดาห์ที่ 1 และระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 3 น้อยกว่าสัปดาห์ที่ 2 แสดงว่าระดับภาวะซึมเศร้ามมีแนวโน้มลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 ไปสู่สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ตามลำดับ แต่ระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะในสัปดาห์ต้น ๆ ของการถอนพิษยา ผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษยาใกล้เคียงกันเป็นปัจจัยร่วม แต่เมื่อเวลาผ่านไป อาการถอนพิษยาเริ่มลดความรุนแรงลงซึ่งความรุนแรงของภาวะถอนพิษยาบ้านั้นขึ้นอยู่กับร่างกายของแต่ละบุคคล ทำให้ในสัปดาห์ที่ 3 ถึงสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะถอนพิษยาเป็นปัจจัยร่วม และอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาแทรก เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่มีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องได้มาก จึงทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกัน หรืออาจเป็นเพราะความรุนแรงของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนมีระยะเวลาเพียง 3 สัปดาห์ แต่ในสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีความรุนแรงมากนัก ซึ่งจะเห็นได้จากค่าคะแนนของแบบวัดถอนพิษยาแอมเฟตามีน AWQ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนน้อยมากในสัปดาห์ที่ 4 ทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 3 กับสัปดาห์ที่ 4 ไม่มีความแตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลที่กำหนด

พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าในแต่ละสัปดาห์ไม่มีความสัมพันธ์กับทุกปัจจัยที่ทำการศึกษาคั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเมื่อแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าแล้วมีจำนวนน้อย เช่น ในสัปดาห์ที่ 1 มีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางเพียง 4 คน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานั้นมีความหลากหลายในปัจจัยส่วนบุคคลค่อนข้างน้อย เนื่องจากทำการเก็บข้อมูล เฉพาะผู้ป่วยในซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทางด้านอาชีพ อายุ สถานภาพสมรส ฯลฯ จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับภาวะซึมเศร้า หรืออาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย เพียง 130 ราย เนื่องจากใช้สูตรในการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ เท่ากับ 10% ของค่า P ซึ่งในที่นี้มีค่ามากกว่า 0.05 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย จึงไม่สามารถหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนได้

ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีน

พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้ง 4 สัปดาห์ นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีความรุนแรงของภาวะถอนพิษยามาก และภาวะซึมเศร่าลดลงเมื่อมีความรุนแรงของภาวะถอนพิษยาลดลง ทำให้กล่าวได้ว่าระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจะมีมาก ในสัปดาห์ต้น ๆ ของช่วงเวลาในการถอนพิษยาซึ่งมีความรุนแรงมาก และระดับภาวะซึมเศร่ากลับลดลง ในสัปดาห์ถัดไป ของช่วงเวลาในการถอนพิษยาซึ่งมีความรุนแรงน้อยกว่า

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีปัญหาและอุปสรรคคือ

1. การเก็บข้อมูลทำได้ช้า เนื่องจากการคัดเลือกผู้ป่วยที่ทำการศึกษารั้งนี้ เลือกผู้ป่วยเสพยาบ้าเพียงอย่างเดียว หรือเสพยาบ้าร่วมกับบุหรี่ ซึ่งเป็นไปได้ยากมาก เพราะผู้เสพยาบ้าส่วนใหญ่มักเสพร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่นด้วย โดยเฉพาะสุรา จึงทำให้พบกลุ่มตัวอย่างน้อย
2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพลเรือนส่วนใหญ่จะไม่สมัครใจอยู่รับการรักษาครบตามกำหนดของโรงพยาบาล เป็นเวลา 30 วัน เนื่องจากมีความรู้สึกว่าคุณกักขัง ต้องถูกฝึกล้างยาล้างยา และคิดถึงบ้าน จึงทำให้ขาดการติดตามเพื่อเก็บข้อมูลเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพลเรือนจึงมีจำนวนน้อย
3. ในการวัดระดับภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดเพียงแบบเดียว ทำการวัดทั้ง 4 สัปดาห์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย และไม่ใช้ความคิดก่อนที่จะตอบคำถาม ทำให้เกิดความล่าช้าในการเก็บข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยต้องทำให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ใช้ความคิด และการสังเกตตนเอง ก่อนการตอบคำถาม นอกเหนือจากการสังเกตผู้ป่วยของผู้วิจัยเอง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง ผลการศึกษาที่ได้จึงอธิบายตามทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่านั้น เนื่องจากยังมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมาก จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีนที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรุนแรงของภาวะถอนพิษยาแอมเฟตามีนมีน้อยมากในสัปดาห์ที่ 4 จึงอาจทำการศึกษารั้งต่อไปในช่วงของการถอนพิษยาแอมเฟตามีนเพียง 3 สัปดาห์จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความละเอียด และรวดเร็วมากขึ้น
3. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ต่าง ๆ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีข้อจำกัดมาก ดังนั้นอาจทำการศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย และมีจำนวนมากกว่าการศึกษาในครั้งนี้ (130 คน)

รายการอ้างอิง

1. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. ความรู้เบื้องต้นเรื่องยาและยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: โอเดย์ สแควร์, 2542.
2. Poshyachinda V, Srisurapanont M, Perngpam U. Amphetamine type stimulants epidemic in Thailand: a country profile. Prepared for the WHO Meeting on Amphetamine. Bangkok : Institute of Health Research, Chulalongkorn University, 1999: 1-23.
3. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. ตอบปัญหา ยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: ส่วนการพัฒนาศือและเทคโนโลยี, 2540.
4. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. สถิติการจับกุมยาเสพติดทั่วประเทศปี 2541-2543. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายระบบข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2543.
5. มานิตย์ อรุณากร. ประวัติความเป็นมาของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท. ใน คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหามารยาเสพติดของยาบ้า ด้านการแพทย์และสาธารณสุข. หน้า 10-17. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2542.
6. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. สิ่งเสพติด 2000. กรุงเทพมหานคร: อรุณาการพิมพ์, 2542.
7. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. ปัญหา ยาเสพติดกับภาวะทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: อรุณาการพิมพ์, 2542.
8. อรรถนพ ลิขิตจิตถะ. เมื่อยาบ้าเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน. วารสารปส. 2540; 14: 12-30.
9. The ATS abuse prevalence . In: Poshyachinda V, Srisurapanont M, Perngpam U. Amphetamine type stimulants epidemic in Thailand: a country profile. Prepared for the WHO Meeting on Amphetamine. Bangkok: Institute of Health Research, Chulalongkorn University, 1999: 7-9.
10. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. ข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาปีงบประมาณ 2542. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2543.
11. ทหารเรือกรุงเทพ, โรงพยาบาล. สถิติผู้ป่วยติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2539-2544. กรุงเทพมหานคร: แผนกบำบัดยาเสพติด, 2544.

12. Amphetamine. เอกสารประกอบการรายงานทางวิชาการ, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี, 2537.
13. Amphetamine and other psychostimulants. In: Brust JCM. Neurological Aspects of substance abuse: Boston: Butterworth-Heinemann, 1993: 60-81.
14. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994: 140-2.
15. ทวีศักดิ์ จันทมณี. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัตถุเสพติด. กรุงเทพมหานคร: พญาไทการพิมพ์, มปป.
16. อรรถนพ วิสฟูทธิมรรค. พฤติกรรมการณ์บริโภคสารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2541.
17. ธีระพล อรุณะภักดิ์, สถาพร ลิ้มมณี, กฤษณะ นุตจรัส, ไพฑูรย์ นาคจำ. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: ๒๑ เซ็นจูรี่, (มปป.)
18. Gossop S, Grant M. Preventing and controlling drug abuse. Geneva: World Health Organization, 1990.
19. ธงชัย อุ่นเอกลาภ. ยาบ้า. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลธัญญารักษ์, 2541.
20. วิโรจน์ สุ่มใหญ่. คลื่นลูกที่สามของยากระตุ้นประสาท. วารสารปัส 2539; 12: 45-53.
21. วิเชษฐ์ พุทธิวิทย์. เมทแอมเฟตามีนบริสุทธิ์ 20 กรัม เท่ากับยาบ้ากี่เม็ด?. วารสารปัส 2539; 14: 63-8.
22. สุชาติ เลาบริพัตร. วิกฤติและทางออกของปัญหาการระบาดของยาบ้า. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
23. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.
24. White MJ. Drug dependence. New Jersey: Prentice Hall, 1991.
25. กิติ ฉายศิริกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. สารกระตุ้นประสาท: ยาบ้า. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง, 2542.
26. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. แอมเฟตามีน. กรุงเทพมหานคร: กองวิชาการและวางแผน สำนักงานป.ป.ส., 2537.

27. Michael R. Jacobs and Kevin O'B Fehr. "Drugs Classes", Drugs and Drug Abuse A Reference Text. 146-7, 1987.
28. Gowin FH, Ellinwood EH. Cocaine and other stimulants. N Engl J Med 1988; 318: 1173-82.
29. Cohen S. Amphetamine abuse. JAMA 1975; 2531: 414-5.
30. สารภี ศิลา และคณะ. การแพร่ระบาดของสารเสพติดที่ไม่ใช่ฝิ่นในชุมชนชาวเขา กรณีศึกษา การใช้สารเสพติดประเภทยาบ้าในชุมชนกะเหรี่ยงเขตพื้นที่แม่สรวงค์น้อย ต. แม่เหาะ อ.แม่สะเรียง จ. แม่ฮ่องสอน. รายงานการวิจัย กรุงเทพมหานคร, 2534.
31. ไพศาล บ่วงนิยม. "ยาบ้าในประเทศไทย (ตอนที่ 1): วารสารยาเสพติดเรื่องการทำลายยาเสพติดให้โทษของกลาง. 27-8: 2535.
32. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคติดยา: คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2540.
33. วิชาญ เกียรติการค้า. ความไวและความจำเพาะของวิธีตรวจกรองเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะใช้ในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร 2541; 19: 101-6.
34. Thomar FO, Robert EE. Abnormal Psychology. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.
35. Jonsson LE. Blockade of intravenous amphetamine euphoria in man. Clin Pharmacol Ther 1971; 12: 889.
36. ธงชัย ชุ่มเอกกลาง. ยาบ้า: เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาแนวทางการบำบัดรักษา ยาบ้า. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 27 กุมภาพันธ์ 2540.
37. กวี ชีวะเสรีชล. ยาบ้า. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2540; 11: 65-70.
38. สุชาติ ตริทิพย์คุณ. กลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน. ใน คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหานาการระบาดของยาบ้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข, หน้า 18-27. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2542.
39. สุชาติ ตริทิพย์คุณ. อาการของผู้เสพ amphetamines และการบำบัดรักษา. วารสารโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 2541; 3: 17-44.
40. King GR, Ellinwood EH. Amphetamines and other stimulants. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. Substance abuse: a comprehensive textbook. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997: 207-23.
41. วิเชียร ดีเป็นธรรม. ความรู้เรื่องยาบ้าสำหรับแพทย์ทั่วไป. คลินิก 2541; 14: 233-36.

42. ทหารเรือกรุงเทพ, โรงพยาบาล. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ, 2544.(อัดสำเนา)
43. Judy G, Javad HK. Development of the symptom of depression. In: Melvin L, editor. Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook. New York: Williams & Wilkins, 1991: 293 – 305.
44. Angold A. Childhood and adolescent depression I epidemiological and aetiological aspects. Br J Psychiatry 1988; 152: 602.
45. Carlson GA, Cantwell DPC. A survey of depression symptoms, syndrome and disorder in child psychiatric population. J Child Psychol Psychiatry 1980; 21: 19 – 25.
46. อลิสา วัชรสินธุ. ภาวะซึมเศร้า. ใน: วัฒนเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพันธ์, นงพงา ลิ้มสุวรรณ, บรรณานิการ. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538: 225 – 32.
47. อุมารพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. การหย่าร้างของบิดามารดาและภาวะซึมเศร้าในเด็ก. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2535; 31: 112 – 21.
48. ดวงใจ กसानติกุล. โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์, 2542.
49. สุชาติ ตริทิพย์ธิคุณ. กลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน. ใน: กองประสานการปฏิบัติการบำบัดผู้ติดยาเสพติด, บรรณานิการ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบบของยาเสพติดด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541: 15-24.
50. จงรักษ์ กุลเศรษฐ. การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาบ้าโรงพยาบาลธัญญารักษ์. วารสารกรมการแพทย์. 2541; 23: 242-47.
51. ก. สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ. ปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต. บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
52. กิติพงศ์ สานิตวรรณกุล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุรเชษฐ ฝ่องธัญญา, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสวนปรุง 2542; 15: 12-20.

53. ชนิตดา พลานูเวช, สมชาย อิศระวาณิชย์, เบญจกรณ์ รุ่งพิทักษ์ไชย, วิไล ชินเวชกิจวานิชย์, วิภา ด้านอำรุงกุล. การวิเคราะห์ส่วนประกอบทางเคมีของยาบ้าในตลาดมืด. วารสารวิทยาศาสตร์ กรมการแพทย์ 2540; 11: 73-80.
54. Lago LA, Kosten TR. Stimulant withdrawal. Addiction 1994; 89: 1477-81.
55. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment - seeking opioid abuse. Arch Gen Psychiatry 1977;54: 71-80.
56. Hall W, Hando J, Darke S, Ross J. Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sydney, Australia. Addiction 1996; 91: 81-7.
57. Brower KJ, Maddahian E, Blow FL, Beresford TP. A comparison of self-reported symptoms and DSM III- R criteria for cocaine withdrawal. Am J Drug Alcohol Abuse 1988; 14: 347-56.
58. Paulson PE, Robinson TE. Regional differences in the effects of amphetamine withdrawal on dopamine dynamics in the striatum. Neuropsychopharmacology 1996; 14: 325-37.
59. ทัสสนี นุชประยูร, เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติในการวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ฉบับปรับปรุงแก้ไข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541: 91-4.
60. Srisurapanont M, Jarusuraisin N, Jittiwutikan J. Amphetamine Withdrawal: I. reliability, validity and factor structure of a measure. Aust N Z J Psychiatry 1999: 33: 89-93.
61. นันทิกา ทวิชาชาติ, อรรถพล สุคนธาภิรมย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, พวงสร้อย วรกุล. โครงการวิจัยเรื่องการสร้างแบบทดสอบที่ใช้ในการคัดกรองโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
62. Lortrakul M, Sukanich P. SC. The reliability and validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for depression. J Psychiatry As soc Thai 1996; 41:235-6.
63. Gore SM. Assessing clinical trials between observer variation. Br Med J 1981; 283:40-3.
64. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

65. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เลียงเชียง, 2540.
66. อัมพร โอตระกุล. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี, 2540.
67. ธนพัฒน์ หาพิพัฒน์. พฤติกรรมการใช้ยาฆ่าของนักศึกษา: กรณีศึกษานักศึกษาวิทยาลัยเกษตรกรรมและวิทยาลัยเทคนิคในภาคกลางสังกัดกรมอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล (สาขาสังคมวิทยา): มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
68. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
วาลงกรณ์มหาวิทาลัย

ประวัติของผู้ตอบแบบสอบถาม

วันที่สัมภาษณ์ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้อมูลส่วนบุคคล

HN _____ AN _____

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ _____ ปี
3. สถานภาพ โสด คู่ หม้าย/หย่า แยกกันอยู่
4. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ ระบุ _____
5. ที่อยู่ _____
6. ผู้ใดนำคุณส่งโรงพยาบาล
- มาด้วยตนเอง บิดามารดาหรือผู้ปกครองนำส่ง
- ตำรวจนำส่ง ผู้นำชุมชนนำส่ง
- ญาตินำส่ง ระบุ _____ อื่น ๆ ระบุ _____
7. เหตุผลสำคัญที่คุณมารับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดในครั้งนี้
- สุขภาพไม่ดี กลัวถูกจับ
- ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด
- ต้องการให้สังคมยอมรับ กลัวมีผลกระทบต่อการทำงาน
- อื่น ๆ ระบุ _____
8. ปัจจุบันคุณอาศัยอยู่กับผู้ใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- อยู่คนเดียว อาศัยอยู่กับลูกหลาน
- อาศัยอยู่กับคู่สมรส อาศัยอยู่กับเพื่อน
- อาศัยอยู่กับพ่อแม่ อื่น ๆ ระบุ _____
9. คุณต้องรับผิดชอบ ดูแลหรือเลี้ยงดูผู้ใดบ้าง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ไม่มีภาระรับผิดชอบผู้ใด บุตร
- คู่สมรส พี่น้อง
- พ่อแม่ อื่น ๆ ระบุ _____
- รวมทั้งสิ้นจำนวน _____ คน

ข้อมูลลักษณะการใช้ยาเสพติด

10. คุณใช้ยาเสพติดชนิดใด และเสพยาเหล่านั้นโดยวิธีใดบ้างก่อนมารับการรักษาในครั้งนี้

ชนิดของยาเสพติด	วิธีการใช้	จำนวนการใช้ (ครั้ง/สัปดาห์)	ปริมาณยาเสพติด ที่ใช้ในแต่ละครั้ง
<input type="checkbox"/> ยาบ้า	<input type="checkbox"/> กิน <input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ฉีด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
<input type="checkbox"/> ยาเสพติด อื่น ๆ ที่ใช้ร่วมกับ ยาบ้า	<input type="checkbox"/> เหล้า <input type="checkbox"/> กาแฟ <input type="checkbox"/> บุหรี่ <input type="checkbox"/> เครื่องดื่ม บำรุงกำลัง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ

- ระยะเวลาที่เสพ

11. บุคคลในครอบครัวเคยมีปัญหাসุภาพจิต (โรคจิต - โรคประสาท) หรือไม่

มี กรุณาระบุว่ามีผู้ใดบ้าง ไม่มี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อผู้ทำแบบสอบถาม

วันที่

เวลา

อาการต่อไปนี้บรรยายเกี่ยวกับอาการถอนยาแอมเฟตามีนของท่านในช่วง 7 วันที่ผ่านมา โปรดขีดเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่บรรยายอาการของท่านได้ใกล้เคียงที่สุด (หากท่านหยุดยาแอมเฟตามีนมาน้อยกว่า 7 วัน กรุณาบรรยายอาการของท่านตั้งแต่ท่านเริ่มหยุดยา)

อาการ (Symptoms)	ไม่มีเลย (Not at all) = 0	มีน้อยมาก (Very little)= 1	มีพอควร (A little) = 2	มีมาก (Quite a lot) = 3	มีมากอย่าง ยิ่ง(Quite a lot) = 4
1. รู้สึกอยากยา (Drug craving)					
2. รู้สึกซึมเศร้า (Dysphoric mood)					
3. รู้สึกหมดความสนใจหรือความสุข ใจ (Loss of interest of pleasure)					
4. รู้สึกวิตกกังวล (Anxiety)					
5. รู้สึกเชื่องช้า (Slowing in movement)					
6. รู้สึกกระวนกระวาย (Agitation)					
7. ไม่มีเรี่ยวแรงหรืออ่อนเพลีย (Decreased energy or fatigue)					
8. รู้สึกอยากอาหารมากขึ้นหรือทาน อาหารมากขึ้น (Increased appetite or eating too much)					
9. ฝันร้ายหรือรู้สึกว่าความฝัน เหมือนจริง (Vivid or unpleasant dreams)					
10. รู้สึกอยากนอนหรือนอนมาก (Craving for sleep or sleeping too much)					

1. Hyperarousal subscale score (ข้อ 1+6+9)

คะแนน

2. Anxiety subscale score (ข้อ 3+4+5)

คะแนน

3. Reversed vegetative subscale score (ข้อ 7+8+10)

คะแนน

4. Total AWQ (3-subscale scores + ข้อ 2)

คะแนน

From: Srisurapanont M. Jarusuraisin N. Jittiwutikan J. Amphetamine withdrawal: I. Reliability, validity
And factor structure of a measure. Aust N Z J Psychiatry 1999;33:89-93

HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION

คะแนน

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, ลึกลับ, หดหนทาง, ไร้ค่า)
- 0 ไม่มี
- 1 จะบอกภาวะนี้ต่อเมื่อถามเท่านั้น
- 2 จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง
- 3 สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ทางการแสดงสีหน้า, ท่าทาง, น้ำเสียงและมักร้องไห้
- 4 ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเอง และภาษากาย
2. ความรู้สึก
- 0 ไม่มี
- 1 ตื่นเต้นตนเอง รู้สึกทำให้ผู้อื่นเสียใจ
- 2 รู้สึกผิด หรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต
- 3 ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ, มีอาการหลงผิดว่าตนผิด
- 4 ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประนาม และ/หรือ เห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม
3. การฆ่าตัวตาย
- 0 ไม่มี
- 1 รู้สึกชีวิตไร้ค่า
- 2 คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นได้กับตนเอง
- 3 มีความคิดหรือทำที่จะฆ่าตัวตาย
- 4 พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใด ๆ ที่รุนแรงให้ 4 คะแนน)
4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น
- 0 ไม่มีปัญหาเข้านอนแล้วหลับยาก
- 1 แจ้งว่านอนหลับยากบางครั้ง ได้แก่ นานกว่าครึ่งชั่วโมง
- 2 แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน
5. การนอนไม่หลับในช่วงกลาง
- 0 ไม่มีปัญหา
- 1 ผู้ป่วยแจ้งว่ากระสับกระส่ายและนอนไม่หลับสนิทช่วงกลางคืน
- 2 ตื่นกลางดึก หากมีลูกจากที่นอน ให้คะแนน 2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)
6. การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ
- 0 ไม่มีปัญหา
- 1 ตื่นแต่เช้ามืด แต่นอนหลับต่อได้
- 2 นอนต่อไม่หลับอีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว

7. การงานและกิจกรรม

0 ไม่มีปัญหา

1 มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมรรถภาพ, อ่อนเปลี้ย, หรือหย่อนกำลังที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ: การงาน หรืองานอดิเรก

2 หหมดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ : งานอดิเรก หรืองานประจำ- ไม่ว่าจะทราบโดยตรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือทางอ้อมจากการไม่กระตือรือร้น, ลังเลใจ และเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องกระตุ้นให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)

3 เวลาที่ใช้จริงในการทำกิจกรรมลดลง หรือผลงานลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันในการทำกิจกรรม (งานของโรงพยาบาลหรืองานอดิเรก) ยกเว้นหน้าที่ประจำในโรงพยาบาล

4 หยุดทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 4 ถ้าผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล หรือถ้าผู้ป่วยทำหน้าที่ประจำวันไม่ได้ หากไม่มีคนช่วย

8. อาการเชิงข้อขัด (ความช้าของความคิดและการพูดจา: สมาธิบกพร่อง, การเคลื่อนไหวลดลง)

0 การพูดจาและความคิดปกติ

1 อาการเชิงข้อขัดเล็กน้อยขณะสัมภาษณ์

2 มีอาการเชิงข้อขัดชัดเจนขณะสัมภาษณ์

3 สัมภาษณ์ได้อย่างลำบาก

4 อยู่นิ่งโดยสิ้นเชิง

9. อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ

0 ไม่มี

1 งุนงงงัน อยู่ไม่สุข

2 เล่นมือ เล่นผม ฯลฯ

3 เดินไปมานิ่งไม่ติดที่

4 บีบมือ กัดเล็บ ดึงผม กัดริมฝีปาก

10. ความวิตกกังวลในจิตใจ

0 ไม่มีปัญหา

1 รู้สึกตึงเครียดและหงุดหงิด

2 กังวลเรื่องเล็กน้อย

3 การพูดจาหรือสีหน้ามีท่าทีวันกลัว

4 การแสดงความกลัวโดยไม่ต้องถาม

11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย

0 ไม่มี

- 1 เล็กน้อย
- 2 ปานกลาง
- 3 รุนแรง
- 4 เสื่อมสมรรถภาพ

อาการร่วมด้านสรีรวิทยาของความวิตกกังวล เช่น :

ระบบทางเดินอาหาร: ปากแห้ง ลมขึ้น อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ปวดเกร็งท้อง เรอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ใจสั่น ปวดศีรษะ

ระบบหายใจ : หายใจหอบเร็ว ถอนหายใจ

ปัสสาวะบ่อย

เหงื่อออก

12. อาการทางกายระบบทางเดินอาหาร
 - 0 ไม่มี
 - 1 เบื่ออาหาร แต่รับประทานโดยผู้อื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น
 - รู้สึกหิวในท้อง
 - 2 รับประทานยากหากไม่มีคนคอยกระตุ้น
 - ขอหรือจำต้องได้ยาระบาย หรือยาเกี่ยวกับลำไส้ หรือยาลำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร
13. อาการทางกาย อาการทั่วไป
 - 0 ไม่มี
 - 1 ตึงแขนขา หลังหรือศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หดแรงแและอ่อนเพลีย
 - 2 มีอาการใด ๆ ที่ชัดเจนให้คะแนน 2
14. อาการทางระบบสืบพันธุ์
 - 0 ไม่มีอาการ อาการเช่น: หดความต้องการทางเพศ, ปัญหาด้านประจำเดือน
 - 1 เล็กน้อย
 - 2 ปานกลาง
15. อาการคิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย
 - 0 ไม่มี
 - 1 หมกมุ่นในตนเอง (ด้านร่างกาย)
 - 2 หมกมุ่นเรื่องสุขภาพ
 - 3 แจ้งถึงอาการต่าง ๆ บ่อย เรียกร้องความช่วยเหลือ ฯลฯ
 - 4 มีอาการหลงผิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย
16. น้ำหนักลด เลือกข้อ ก. หรือ ข.
 - ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ
 - 0 ไม่มีน้ำหนักลด
 - 1 อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

2. น้ำหนักลดชัดเจน (ตามที่ผู้ป่วยบอก)
3. ไม่ได้ประเมิน

ข. จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย เมื่อช่วงวัดน้ำหนักที่เปลี่ยนไปจริง

0. น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
1. น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
2. น้ำหนักลดมากกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
3. ไม่ได้ประเมิน

17. การหยั่งเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง

0. ยอมรับว่ากำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย
1. ยอมรับความเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับ อากาศที่เลว ดินฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ
2. ปฏิเสธความเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

รวมคะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายละเอียดของคะแนนจากการวิเคราะห์ความสอดคล้อง ของแบบวัด Hamilton
Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย โดยผู้วัด 2 ท่าน คือ ผู้วิจัยกับจิตแพทย์

Subj	method	point
1.00	1.00	11.00
1.00	2.00	13.00
2.00	1.00	19.00
2.00	2.00	22.00
3.00	1.00	8.00
3.00	2.00	9.00
4.00	1.00	20.00
4.00	2.00	18.00
5.00	1.00	15.00
5.00	2.00	13.00
6.00	1.00	14.00
6.00	2.00	16.00
7.00	1.00	11.00
7.00	2.00	13.00
8.00	1.00	9.00
8.00	2.00	10.00
9.00	1.00	10.00
9.00	2.00	12.00
10.00	1.00	9.00
10.00	2.00	10.00

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุกัญญา เลิศสกุลชล เกิดวันที่ 26 มิถุนายน 2520 สำเร็จการศึกษาปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2541 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2542



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย