

ความชุกอาการทางจิตเวชในผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทย

พูนรัตน์ ลียติกุล*, ผการัตน์ เรียวแรง**

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้อย่างชัดเจนในสังคมไทย การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ผ่านการสำรวจครัวเรือนแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิห้าขั้นตอน โดยแบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 เขตพื้นที่ จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบในระดับจังหวัด ตำบล และชุมชนตามลำดับ ครัวเรือนถูกสุ่มเลือกโดยอ้างอิงจากแผนที่ชุมชน ฉบับปรับปรุงล่าสุด ภายในแต่ละครัวเรือน สมาชิกถูกแบ่งชั้นภูมิตามเพศ และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่มในแต่ละชั้นภูมิ

กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีจำนวนทั้งสิ้น 34,410 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบบพบหน้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และอนุมาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI), การประมาณค่าจุด และการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี มีประมาณ 6 ล้านคน หรือคิดเป็น อัตรา 122.42 คนต่อประชากร 1,000 คน ที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิด โดยพบว่า เพศชายและกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 20-24 ปี) มีอัตราการใช้สารเสพติดสูงที่สุด ทั้งยังเป็นกลุ่มที่มีความชุกของอาการทางจิตเวชสูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ การพูดเพ้อเจ้อ การแยกตัวจากสังคม พฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย และการทำร้ายผู้อื่น

คำสำคัญ: สารเสพติด; อาการจิตเวช; ความชุก

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

Corresponding author: Phakarat Reawraeng Email: phakaratritwises@gmail.com

Received 09/01/2025

Revised 07/02/2025

Accepted 05/03/2025

PREVALENCE OF SUBSTANCE INDUCED PSYCHOSIS IN THAILAND

Poonrut Leyatikul, Phakarat Reawraeng***

ABSTRACT

Mental health problems arising from substance use have become increasingly evident in Thai society. This descriptive study aimed to assess the prevalence of psychiatric symptoms among individuals who use illicit substances. A cross-sectional household survey was conducted using a five-stage stratified sampling method. Thailand was divided into 10 regions, and systematic random sampling was performed at the provincial, sub-district, and community levels. Households were systematically selected based on the most recent updated community maps. Within each selected household, members were stratified by gender, and simple random sampling was applied using a random number table in each stratum.

A total of 34,410 individuals participated in the study. Data were collected from March to October 2024 using face-to-face structured interviews. Descriptive and inferential statistics were employed, including frequency distribution, percentage, odds ratio (OR), 95% confidence intervals (CI), point estimation, and chi-square test.

The findings revealed that approximately six million Thais aged 12–65 years, or 122.42 per 1,000 population, had used at least one type of illicit substance. The highest prevalence of substance use was observed among males and individuals aged 20–24 years. This group also exhibited the highest prevalence of substance-induced psychiatric symptoms, with statistically significant differences. The most commonly reported symptoms included delusional speech, social withdrawal, aggressive behavior, restlessness, and physical assault of others.

Keywords: Substance abuse; Psychiatric symptoms; Prevalence

* Faculty of Medicine, Vongchavalitkul University

** Thunyarak Udonthani Hospital, Udonthani

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) คาดประมาณว่าประชากรทั่วโลก 585,000 คน เสียชีวิตโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด¹

หลักฐานในอดีตที่ผ่านมา 50,000 ปี ก่อนคริสตกาล มีรายงานการใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตจากพืช² ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการใช้สารเสพติดมานานกว่า 15,000 ปี³ ต่อมาสารเสพติดกลายเป็นที่นิยมเพื่อนันทนาการ ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเสพติดมาช้านาน^{4,5} พืชเสพติดพื้นเมืองทั่วไป ได้แก่ ฝิ่น กัญชา และพืชกระท่อม ยาสังเคราะห์ชนิดแรกที่ใช้ในประชากร คือ เฮโรอีน ซึ่งพบครั้งแรกในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2500 และต่อมาแพร่ระบาดอย่างมาก⁶ การใช้สารกระตุ้น (แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน) แพร่ระบาดในช่วงหลังปี พ.ศ. 2510 สารระเหย (เบนซีน แลคเกอร์ และกาว) ปรากฏขึ้นในช่วงหลังปี พ.ศ. 2520⁷ ในช่วงหลังปี พ.ศ. 2530 มีการใช้สารเสพติดชนิดใหม่ ซึ่งรวมถึงยาอี เคตามีน ไอซ์ (เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด) และโคเคน⁸ เมื่อไม่นานมานี้ การใช้ยารักษาโรคจิตแบบและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่⁹ อย่างไรก็ตาม สถิติอย่างเป็นทางการแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มผู้ยาที่ใหญ

ที่สุดที่เข้าถึงการรักษา เนื่องจากกัญชาและพืชกระท่อมมีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดอื่นๆ จึงมีผู้ใช้เพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ต้องได้รับการรักษา¹⁰

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณ 296 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.8 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ในจำนวนนี้ 219 ล้านคน ใช้กัญชา 36 ล้านคน ใช้แอมเฟตามีน 22 ล้านคน ใช้โคเคน และ 20 ล้านคน ใช้ยาอี¹¹ ในช่วงเวลาเดียวกัน รายงานการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนระบุว่า มีประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดกว่า 614,000 คน หรือคิดเป็นอัตรา 92.0 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้กว่าสองในสาม เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในกลุ่ม Amphetamine Type Stimulant (ATS) ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น กัญชา และอื่นๆ¹² คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ดำเนินการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปีที่ผ่านมานี้ (ไม่นับบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จำนวนประมาณ 1,966,826 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.91 ของประชากรอายุ 12-65 ปี¹³ ในจำนวนนี้เข้ารับการ

บำบัดรักษาในระบบจำนวน 241,857 คน¹⁴
หรือคิดเป็นร้อยละ 8.13 ของผู้เข้ายา

สารเสพติดที่แพร่ระบาดอยู่ในประเทศไทยมีหลายชนิด ข้อมูลจากระบบ บสต. บ่งชี้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้เข้ายาบ้า และ ไอซ์ ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้เป็นยา กลุ่ม กระตุ้น ระบบประสาท Amphetamine-type stimulants (ATS) เป็นกลุ่มสารเสพติดสังเคราะห์ที่มีการออกฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสารเสพติดหลักในกลุ่มนี้ได้แก่ amphetamine, methamphetamine, methcathinone, fenetylline, ephedrine, pseudoephedrine, methylphenidate และยาอี (ecstasy)¹⁵ ผลที่เกิดขึ้นจากการเสพยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อระบบประสาทและสมองของผู้เสพ ในระยะสั้น คือ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ความคิดสับสน และอาการประสาทหลอน นอกจากนี้ Ecstasy ยังทำให้สีกซึม ง่วง ไม่มีสมาธิ ในระยะยาว คือ เกิดโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ทำร้ายตัวเอง ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีอารมณ์แปรปรวน¹⁶ การศึกษาโดยทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในญี่ปุ่น ไต้หวัน ออสเตรเลีย และไทย¹⁷ พบว่าอาการป่วยทางจิตที่พบมาก คือ อาการประสาทหลอน หูแว่ว และอาการอื่นๆ ที่พบคือ เห็นภาพหลอน

การใช้สารเสพติดที่แตกต่างกันแต่ละชนิด อาจส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเวชแตกต่างกัน ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิตจากสารเสพติดที่ครบถ้วน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำความเข้าใจพลวัตการแพร่ระบาดของเหตุนี้อย่างยิ่งในสังคม ข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงแต่ทำหน้าที่เป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์เท่านั้น แต่ยังเอื้อประโยชน์ต่อการออกแบบและดำเนินกลยุทธ์การแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้คำแนะนำสำหรับการวิจัยเชิงลึกเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนและรอบด้านยิ่งขึ้นเกี่ยวกับ รูปแบบ แนวโน้ม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้มีอาการจิตเวชจากสารเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2567
2. เพื่อบ่งชี้ความชุกของผู้มีอาการจิตเวชจากสารเสพติด

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย
ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย ออกแบบเป็นการสำรวจครัวเรือนชนิดภาคตัดขวางทั่วประเทศ เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้เข้ายาเสพติดและแบบแผนการใช้ยาในประเทศไทย พ.ศ. 2567

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมาย คือ คนไทยที่มีสัญชาติไทยในทะเบียนราษฎรทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2567 ประชากรกลางปีมีอยู่ทั้งสิ้นจำนวน 64,753,796 คน เป็นประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี จำนวน 49,055,591 คน อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและกรุงเทพมหานครจำนวน 16,652,219 คน และนอกเขตเทศบาลจำนวน 32,403,372 คน เป็นชาย 24,148,152 คน และเป็นหญิง 24,907,439 คน

ครัวเรือนทั่วประเทศมีทั้งสิ้น 28,906,005 ครัวเรือน คุณสมบัติของครัวเรือนตัวอย่าง ต้องตั้งอยู่ในแผนที่ชุมชนที่ปรับปรุงใหม่ โดยครัวเรือนนั้นต้องตั้งอยู่ในชุมชนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 6 เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่สำรวจ

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทยที่มีอายุ 12-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่าง ไม่น้อยกว่า 3 เดือนในปีที่ผ่านมาจากวันที่สำรวจ จำนวน 34,410 คน จาก 27 จังหวัดทั่วประเทศ

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่างๆ อยู่ระหว่าง 17.48-240.72 ต่อ 1,000 ประชากร ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่าผลจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนเท่ากับ 8

2.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกห้าขั้นตอน โดยแบ่งพื้นที่เป้าหมายออกตามพื้นที่ปฏิบัติงานภาค ปปส. เป็น 10 ชั้นภูมิย่อย คือ กรุงเทพมหานคร 50 เขต ภาค 1 รวม 9 จังหวัด ภาค 2 รวม 8 จังหวัด ภาค 3 รวม 8 จังหวัด ภาค 4 รวม 12 จังหวัด ภาค 5 รวม 8 จังหวัด ภาค 6 รวม 9 จังหวัด ภาค 7 รวม 8 จังหวัด ภาค 8 รวม 7 จังหวัด และภาค 9 รวม 7 จังหวัด

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง คือ สุ่มตัวอย่างจังหวัด/เขต ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีของกทม/ภาคนั้น รวม 27 จังหวัด (กทม. 17 เขต)

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สอง คือ สุ่มตัวอย่างตำบล/แขวง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีของจังหวัด/เขตนั้น รวม 533 ตำบล/แขวง

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สาม คือ สุ่มตัวอย่างชุมชน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีของตำบล/แขวงนั้น รวม 1,165 ชุมชน/หมู่บ้าน

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สี่ คือ สุ่มตัวอย่างครัวเรือน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วน

กับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีของชุมชนนั้น โดยใช้แผนที่ที่ปรับปรุงใหม่ และบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับ จดในชุมชนนั้น รวม 17,205 ครัวเรือน

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่ห้า ในครัวเรือน ตัวอย่าง สมาชิกครัวเรือนที่มีอายุ 12-65 ปี จะถูกจำแนกออกเป็น 2 ชั้นภูมิชายและหญิง แต่ละชั้นภูมิทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจาก ตารางเลขสุ่ม ชายและหญิงชั้นภูมิละ 1 คน สัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่สามารถพูดจาสื่อสารได้ดี และยินยอมร่วมมือในการตอบแบบ สัมภาษณ์ครัวเรือนละ 2 คน (1 ชาย 1 หญิง) รวมทั้งสิ้น 34,410 ตัวอย่าง

แนวทางการสุ่มตัวอย่างที่มี ประสิทธิภาพนี้ช่วยให้มั่นใจได้ว่าจะมีการ รวบรวมข้อมูลที่เป็นตัวแทนประชากรเพื่อ คาดประมาณความชุกของการใช้สารเสพติด ได้อย่างแม่นยำในมิติคุณลักษณะประชากร และภูมิศาสตร์ที่หลากหลายของประเทศไทย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล สำหรับการศึกษานี้ดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์ แบบพบหน้ากันอย่างมีโครงสร้างกับสมาชิก ในครัวเรือนที่คัดเลือกแบบสุ่มที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี โดยใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูล มาตรฐาน ช่วงเวลาดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่ เดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 และการ สัมภาษณ์ดำเนินการโดยนักวิจัยภาคสนามที่ ผ่านการฝึกอบรมอย่างครอบคลุมเพื่อให้

แน่ใจว่ามีความสม่ำเสมอ ถูกต้อง และปฏิบัติ ตามจริยธรรม

3.1 ทีมงานการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็น นักศึกษาปริญญาโท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวช

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่พนักงาน สนาม ได้รับการอบรมอย่างรอบด้านและฝึก ปฏิบัติในการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินคัดกรอง จากนั้นได้รับการ ทดสอบจนผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำก่อน ปฏิบัติงาน

ในการเก็บข้อมูล จัดพนักงานสนาม เป็นทีมลงเก็บรวบรวมข้อมูลทีมละ 8 คน และ มีหัวหน้าพนักงานสนาม 1 คน

พนักงานสนามชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง และขอคำยินยอมต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีลง นามคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่ม ตัวอย่างมีเวลาตัดสินใจ 1 วัน ในการลงนาม และนัดหมายรับคำยินยอมวันรุ่งขึ้น ในกรณี กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกจะนัดหมายใหม่ หาก การนัดหมายเกินกว่า 3 ครั้งจะประเมินว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้คำยินยอม

การสอบทานข้อมูล ในตอนเย็นของ การปฏิบัติงานภาคสนามแต่ละวัน หัวหน้า พนักงานสนามรวบรวมแบบสัมภาษณ์จาก พนักงานสนามแต่ละคน และมอบหมายให้ พนักงานสนามคนอื่นในทีมทำการตรวจทาน ความครบถ้วนของข้อมูล และให้หัวหน้า

พนักงานสนามตรวจสอบขั้นสุดท้ายก่อน
นำส่งผู้วิจัย

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์ จะนำ
ข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ค่าสถิติ
ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยกระบวนการ
ในขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วย

4.1 การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลเป็นการ
ตรวจสอบความสมบูรณ์ ข้อมูลขาดหาย
โดยเฉพาะในคำถามที่สำคัญ ความเป็นไปได้
ของข้อมูล ความชัดเจนของลายมือหรือ
คำตอบ (เขียนไม่ชัดเจนอ่านไม่ออก) ซึ่งจะทำ
ให้ทราบถึงข้อบกพร่องของข้อมูล และ
สามารถแก้ไขได้ทันเวลา ทำให้ข้อมูลที่ได้มี
ความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้น

4.2 การลงรหัส

การสร้างคู่มือลงรหัส เริ่มตั้งแต่การ
กำหนดรหัสจนถึงการลงรหัส ตัวแปรจาก
คำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิดจะถูก
กำหนดรหัสเป็นคู่มือลงรหัส ข้อมูลในแบบ
สัมภาษณ์ถูกลงรหัสตามคู่มือลงรหัสที่
กำหนดรหัสไว้ล่วงหน้า

4.3 การนำเข้าข้อมูล

ข้อมูลที่ลงรหัสแล้วถูกนำเข้าใน
เครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยวิธีสอบทาน (data
double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อน
ข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนที่เป็น
อิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อน

และความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล
และแก้ไขปรับปรุงจนแน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง

4.4 การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล

การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการ
ตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูง
ต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย
(Missing data) และแก้ไขปรับปรุงให้
เหมาะสม

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ หลังจากนำเข้า
และจัดทำฐานข้อมูลแล้ว นำมาวิเคราะห์โดย
ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ Odd ratio, 95% C.I.,
point estimation, chi square

5. จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองด้าน
จริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 050/2567
การยินยอมให้ข้อมูลต้องได้รับความยินยอม
เป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างทุก
ราย ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้เยาว์ จะได้รับ
ความยินยอมเพิ่มเติมจากผู้ปกครองตาม
กฎหมายด้วย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมได้รับการ
ปฏิบัติอย่างเป็นความลับสูงสุดและนำไปใช้
เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น
โดยเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมสำหรับ
การวิจัยในมนุษย์ กรอบจริยธรรมที่เข้มงวดนี้
ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้เข้าร่วมจะได้รับการ
คุ้มครอง มีความสมบูรณ์ของข้อมูล และ
ปฏิบัติตามแนวทางการวิจัยด้านจริยธรรม
ระหว่างประเทศ

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.1 เป็นเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 24 ปี) ร้อยละ 65.7 สถานภาพโสดร้อยละ 11.9 ว่างาน และร้อยละ 8.2 เป็นนักเรียน/นักศึกษา

ผลการสำรวจพบว่าประชากรอายุระหว่าง 12-65 ปี ประมาณ 6 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตรา 122.42 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิด สารเสพติดในบทความนี้ได้แก่ ยาบ้า (methamphetamine tablet) ไอซ์ (crystal methamphetamine) ยาอี (ecstasy) ยาเค (ketamine) โคเคน (cocaine) ผีน (opium) เฮโรอีน (heroin) สารระเหย (volatile substances) กระท่อม กัญชา และสารผสม (เช่น happy water, เคนมผง ฯลฯ) ไม่นับรวม

บุหรี่ปุหรี่ไฟฟ้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยา รักษาโรคจิตแบบแผน

ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิต จำนวน 4 แสนคนคิดเป็นร้อยละ 6.75 ของผู้เสพสารฯ มีความซุก 8.27 ต่อประชากร 1,000 คน โดยความซุกของอาการพูดเพ้อเจ้อ (พูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อย ๆ พูดมาก พูดไม่เป็นคำ) 4.46 ต่อประชากร 1,000 คน อาการแยกตัวจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร เก็บตัวในห้อง 3.87 ต่อประชากร 1,000 คน อาการก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น 3.58 ต่อประชากร 1,000 คน รองลงมาเป็นอาการหวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล หูแว่ว/เห็นภาพหลอน แต่งกายที่มีลักษณะแปลก ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ คิดว่าตนเองมีความสามารถเหนือผู้อื่น และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดจากคนทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและความซุกผู้มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด

	จำนวน	ร้อยละ	ความซุก (ต่อพันประชากร)
ผู้ใช้สารฯ	6,005,450		122.42
ผู้มีอาการทางจิต	405,623	6.75	8.27
เพ้อเจ้อ	218,781	3.64	4.46
แต่งกายไม่เหมาะสม	69,920	1.16	1.43
ก้าวร้าว	175,435	2.92	3.58
แยกตัวจากสังคม	189,632	3.16	3.87
หวาดระแวง	114,622	1.91	2.34
คิดว่าเหนือผู้อื่น	47,399	0.79	0.97
หลอน	114,521	1.91	2.33
พฤติกรรมอื่น	73,048	1.22	1.49

ประชากรชายอายุระหว่าง 12-65 ปี ประมาณ 4.8 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตรา 199.33 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 7.39 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 14.74 คนต่อประชากร 1,000 คน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศหญิงซึ่งมีประมาณ 1.2 ล้านคนหรือคิดเป็นอัตรา 47.86 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 4.17 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 2.00 คนต่อประชากร 1,000 คน

กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 12-19 ปี) ประมาณ 5.4 แสนคนหรือคิดเป็นอัตรา 86.80 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 2.94 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 2.55 คนต่อประชากร 1,000 คน ในขณะที่กลุ่มวัยรุ่น

(อายุ 20-24 ปี) ประมาณ 7.2 แสนคนหรือคิดเป็นอัตรา 181.08 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 12.58 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 22.79 คนต่อประชากร 1,000 คน กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 25-44 ปี) ประมาณ 2.6 ล้านคนหรือคิดเป็นอัตรา 137.49 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 6.38 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 8.77 คนต่อประชากร 1,000 คน และกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุ 45-65 ปี) ประมาณ 2.1 ล้านคนหรือคิดเป็นอัตรา 107.61 คนต่อประชากร 1,000 คน ใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด ร้อยละ 6.20 มีอาการทางจิต คิดเป็นความชุก 6.67 คนต่อประชากร 1,000 คน ทั้งนี้ความชุกในแต่ละกลุ่มอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ความชุกผู้มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

		จำนวน	ร้อยละ	ความชุก (ต่อพันประชากร)
เพศ P=<0.0001				
ชาย	ผู้ใช้สารฯ	4,813,372		199.33
	ผู้มีอาการทางจิต	355,859	7.39	14.74
หญิง	ผู้ใช้สารฯ	1,192,078		47.86
	ผู้มีอาการทางจิต	49,764	4.17	2
อายุ P=<0.0328				
12-19	ผู้ใช้สารฯ	545,714		86.8
	ผู้มีอาการทางจิต	16,057	2.94	2.55

ตารางที่ 2 ความชุกผู้มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ (ต่อ)

		จำนวน	ร้อยละ	ความชุก (ต่อพันประชากร)
20-24	ผู้ใช้สารฯ	726,757		181.08
	ผู้มีอาการทางจิต	91,457	12.58	22.79
25-44	ผู้ใช้สารฯ	2,588,710		137.49
	ผู้มีอาการทางจิต	165,157	6.38	8.77
45-65	ผู้ใช้สารฯ	2,144,268		107.61
	ผู้มีอาการทางจิต	132,953	6.2	6.67

สารเสพติดแพร่ระบาดมากในกลุ่มวัยรุ่น (20-24 ปี) และมีความชุกของอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดสูงสุด เป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง

วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.1 เป็นเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 24 ปี) ร้อยละ 65.7 มีสถานภาพโสด และร้อยละ 20.1 อยู่ในสถานะว่างงานหรือนักเรียน/นักศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการใช้สารเสพติดเนื่องจากอยู่ในช่วงวัยของการค้นหาอัตลักษณ์และมีแนวโน้มทดลองสิ่งใหม่ตามแรงกดดันทางสังคมหรือเพื่อนร่วมวัย

ผลการสำรวจในกลุ่มประชากรอายุ 12-65 ปีทั่วประเทศประมาณ 6 ล้านคน หรือคิดเป็น 122.42 คนต่อประชากร 1,000 คน พบว่าใช้สารเสพติดหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด โดยมีความชุกของอาการทางจิตในกลุ่มนี้สูง

ถึง 6.75% ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงผลกระทบทางสุขภาพจิตของการใช้สารเสพติดที่ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงด้านร่างกาย

เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่าผู้ชายมีอัตราการใช้สารเสพติด (199.33 ต่อ 1,000 คน) และมีอาการทางจิต (14.74 ต่อ 1,000 คน) สูงกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าเพศชายมีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงและการเข้าถึงสารเสพติดสูงกว่าเพศหญิง จากปัจจัยทางสังคม บทบาทเพศ และค่านิยมเรื่อง “ความกล้าแสดงออก”¹⁸

นอกจากนี้ กลุ่มวัยรุ่นอายุ 20-24 ปี มีความชุกของการใช้สารเสพติดและอาการทางจิตสูงสุด (22.79 ต่อ 1,000 คน) สอดคล้องกับงานวิจัย วัยรุ่นตอนต้นและตอนปลายเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการพัฒนาอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะอาการหวาดระแวง เห็นภาพหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสัมพันธ์กับการกระตุ้นระบบ

ประสาทส่วนกลางที่ผิดปกติจากสารเสพติด
จำพวกแอมเฟตามีน (Amphetamine-type
stimulants)^{19,20}

จากข้อมูลนี้สามารถตั้งข้อสังเกตเชิง
วิจัยได้ว่า กลุ่มอายุ 20-24 ปี แม้จะมีจำนวน
ประชากรน้อยกว่ากลุ่มวัยทำงานหรือวัย
ผู้ใหญ่ แต่กลับมี **ความชุกของอาการทาง
จิตจากการใช้สารเสพติดสูงสุด** แสดงให้
เห็นถึงความรุนแรงของผลกระทบที่ต้องได้รับ
การเฝ้าระวังอย่างเข้มข้น ทั้งในระดับ
ครอบครัว ชุมชน และสถาบันการศึกษา

ข้อยุติ (Conclusions)

สารเสพติดแพร่ระบาดมากในเพศชาย
กลุ่มวัยรุ่น (20-24 ปี) มีความชุกของอาการ
ทางจิตจากการใช้สารเสพติดสูงสุด โดยพบ
ความชุกของอาการพูดเพ้อเจ้อ แยกตัวจาก
สังคม อาการก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น
เป็นกลุ่มอาการที่พบมาก

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 1) กำหนด
กลุ่มเป้าหมายหลักในการควบคุมสารเสพติด** โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นอายุ 20-24 ปี ซึ่งมี
อัตราการใช้สารเสพติดและความชุกของ
อาการทางจิตที่สูงที่สุด ควรได้รับการบำบัด
แบบบูรณาการระหว่างการเลิกยาและฟื้นฟู
สุขภาพจิต 2) พัฒนานโยบายสาธารณสุขเชิง
ป้องกัน ที่เน้นการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจใน
เด็กและเยาวชน ผ่านการเสริมสร้างทักษะ

ชีวิต (Life Skills Training) ในสถานศึกษา
โดยเฉพาะในระดับมัธยมและอุดมศึกษา
3) สนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการ
สุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ** โดยเฉพาะใน
พื้นที่ที่มีความชุกของการใช้สารเสพติดสูง
เช่น เขตเมืองชั้นใน เขตชุมชนแออัด หรือ
พื้นที่ที่มีอัตราการว่างงานสูง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ 1) จัดตั้งระบบ
คัดกรองอาการทางจิตในผู้ใช้สารเสพติดทุก
ประเภท โดยใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ได้รับการรับรอง เช่น MINI หรือ ASSIST ร่วมกับ
ระบบส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ 2) ผูกอบรม
เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับชุมชน
ให้มีความสามารถในการระบุอาการจิตเวช
เบื้องต้นที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เพื่อให้
สามารถวินิจฉัยและส่งต่อได้ทันทั่วทั้ง 3) จัด
กิจกรรมแนะแนวและกลุ่มบำบัดใน
สถานศึกษา เพื่อเป็นการเฝ้าระวังเชิงรุกใน
กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่เพิ่ง
เริ่มต้นพฤติกรรมเสี่ยงและยังสามารถป้องกัน
การเสพติดระยะยาวได้

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษานี้ตอบคำถามว่า
“Substance-induced Psychosis Pathway”
ที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้สารเสพติดบางประเภท
โดยเฉพาะประเภทกระตุ้นประสาท มี
แนวโน้มสูงที่จะกระตุ้นภาวะทางจิต เช่น
ประสาทหลอน หวาดระแวง หรืออารมณ์
แปรปรวนอย่างรุนแรง สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่ม

วัยรุ่นและวัยต้นของผู้ใหญ่ควรเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของมาตรการควบคุมและบำบัดยาเสพติดในระยะยาว เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มพัฒนาอาการทางจิตได้

มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งให้เห็นถึงความจำเป็นในการผสมผสานการควบคุมสารเสพติดเข้ากับการพัฒนาระบบสุขภาพจิตในระดับชุมชน ไม่ใช่เพียงมุ่งเน้นการลงโทษหรือกักกัน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2019.
2. Merlin MD. Archaeological evidence for the tradition of psychoactive plant use in the old world. **Economic Botany** 2003; 57(3): 295-323.
3. Sullivan RJ, Hagen EH. Psychotropic substance-seeking: Evolutionary pathology or adaptation? **Addiction** 2002; 97(4): 389-400. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00024.x>.
4. Department of Fine Arts. **The "Tra Sam Duang" Laws**. Bangkok: Veteran printing house; 1978.
5. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36.
6. Poshyachinda V. **Heroin in Thailand. in the 4th Anniversary of the Office of the Narcotics Control Board**. Bangkok: Office of the Prime Minister; 1980; 56-87.
7. Poshyachinda V, Srisurapanont M, Perngparn U. **Amphetamine type stimulants epidemic in Thailand: a country profile**. In WHO meeting on amphetamine, MDMA, and other psycho stimulants phase II. Bangkok, Thailand; 1999.pp. 22-26.
8. Poshyachinda V, Phittayanon P, Simasatitkul V, Perngparn U. **Stimulant use, abuse, and dependence in Thailand. Alcohol and drugs perspectives, prevention and Control-Asia Pacific region**. Sri Lanka: Alcohol and Drug Information Centre; 1998. 77-106.
9. Wonguppa R, Kanato M. The prevalence and associated factors of new psychoactive substance use: A 2016 Thailand national household survey. **Addict Behav Rep** 2018; 7: 111-115.

- 10.Kanato M, Leyatikul P. Wonguppa R. Cannabis Situation among the Thai Youth after Law Amendment. **ONCB Journal** 2022; 36(2): 27-36.
- 11.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2023**. Vienna: United Nations publication; 2023.
- 12.Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P, (Eds.). **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2022**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2023.
- 13.Kanato M, Leyatikul P. Size Estimation of Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
- 14.Office of Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. **Statistics on Addiction Treatment & Rehabilitation** [online] 2020 [cited 2024 March 7]. Available from: <https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash>
- 15.WHO. **Management of substance abuse** [online] 2021 [cited 2021 January 21]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/facts/ATS/en/
- 16.McCrady BS, Epstein EE. **Addictions: A comprehensive guidebook**. Oxford University Press; 2013.
- 17.Grant KM, LeVan TD, Wells SM, Li M, Stoltenberg SF, Gendelman HE, et al. Methamphetamine-associated psychosis. **Journal of Neuroimmune Pharmacology** 2012; 7(1): 113-139.
- 18.Srisurapanont M, Ali R, Marsden J, Sunga A, Wada K, Monteiro M. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic inpatients. **International Journal of Neuropsychopharmacology** 2003; 6(4): 347-352.
- 19.Arunogiri S, Foulds JA, McKetin R, Lubman DI. A systematic review of risk factors for methamphetamine-associated psychosis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry** 2018; 52(6): 514-529.
- 20.Callaghan RC, Cunningham JK, Allebeck P, Arenovich T, Sajeew G, Remington G, et al. Methamphetamine use and schizophrenia: a population-based cohort study in California. **American Journal of Psychiatry** 2012;169(4), 389-396.