

ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการทางจิตเวชในผู้เสพสารเสพติด

วรรณภา ภาจำปา*, รังสิยา วงศ์อุปปา**

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพยาเสพติดเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วไปในสังคมไทย ซึ่งสามารถป้องกัน และลดความรุนแรงลงได้ ด้วยการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยง การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบปัจจัยเสี่ยง ต่อโอกาสเกิดอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพสารเสพติด ใช้การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบกรณีศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม กรณีศึกษาสุ่มเลือกแบบจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน จากกลุ่มผู้เสพสารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการ ทางจิตที่เข้ารับการรักษาในสถาน บริการของรัฐทั่วประเทศ 1,000 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ และได้รับการวินิจฉัยว่าไม่มีอาการทางจิตในสถานบริการเดียวกัน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา chi-square และ multiple logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งสิ้น 8 ปัจจัย ประกอบด้วย รายได้ (AOR 1.874) เสพยาบ้า (AOR 6.950) เสพไอซ์ (AOR 4.241) เสพกัญชา (AOR 3.508) เสพยาอี (AOR 5.983) เสพเคตามีน (AOR 5.569) ใช้ยา รักษาโรคจิตแบบแผน (AOR 2.245) และเสพยาเสพติดร่วมหลายชนิด (AOR 1.441)

คำสำคัญ: สารเสพติด; อาการทางจิตเวช; ปัจจัยเสี่ยง

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author: Rungsinya Wonguppa

Email: rungsinya_won@vu.ac.th

Received 22/01/2024

Revised 19/02/2024

Accepted 21/03/2024

RISK FACTORS FOR PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN SUBSTANCE ABUSERS

*Wanna Pajumpa**, *Rungsiya Wonguppa***

ABSTRACT

The prevalence of mental health issues resulting from substance addiction is a common concern in Thai society, with potential for prevention and mitigation by addressing associated risk factors. This study aimed to assess these risk factors in predicting the emergence of psychiatric symptoms among substance abusers. Employing analytical research methods, a case-control study design was utilized. Cases comprised 1,000 substance abusers diagnosed with mental illness and undergoing treatment in government facilities nationwide, selected through a stratified multistage sampling approach. A control group consisted of substance abusers receiving treatment for drug addiction without diagnosed mental illness in the same facilities. Data collection was conducted using a structured interview form, with analysis performed through descriptive statistics, chi-square tests, and multiple logistic regression.

The study outcomes revealed eight significant factors contributing to the onset of psychotic symptoms due to drug consumption. These factors included income (AOR 1.874), methamphetamine tablet (*YABA*) usage (AOR 6.950), methamphetamine crystal (*ICE*) consumption (AOR 4.241), cannabis usage (AOR 3.508), ecstasy usage (AOR 5.983), ketamine usage (AOR 5.569), consumption of non-prescription medicine (AOR 2.245), and usage of polydrug (AOR 1.441).

Keywords: Substances abuse; Psychiatric symptoms; Risk factors

* Faculty of Nursing, Udomthani Rajabhat University

** Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) คาดประมาณว่าประชากรทั่วโลก 585,000 คน เสียชีวิตโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด¹

หลักฐานในอดีตที่ผ่านมา 50,000 ปี ก่อน คริสตศักราช มีรายงานการใช้สารออกฤทธิ์ทางจิตจากพืช² ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการใช้สารเสพติดมานานกว่า 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) ปรากฏขึ้นในช่วงหลัง ปี พ.ศ. 2520⁷ ในช่วงหลังปี พ.ศ. 2530 มีการใช้สารเสพติดชนิดใหม่ ซึ่งรวมถึงยาอี เคตามีน ไอซ์ (เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด) และโคเคน⁸ เมื่อไม่นานมานี้ การใช้ยารักษาโรคผิดแบบและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่⁹ อย่างไรก็ตาม สถิติอย่างเป็นทางการแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มผู้ใช้ยาที่

ใหญ่ที่สุดที่เข้าถึงการรักษา เนื่องจากกัญชาและพืชกระท่อมมีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดอื่น ๆ จึงมีผู้ใช้เพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ต้องได้รับการรักษา¹⁰

สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณ 296 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5.8 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ในจำนวนนี้ 219 ล้านคน ใช้กัญชา 36 ล้านคน ใช้แอมเฟตามีน 22 ล้านคน ใช้โคเคน และ 20 ล้านคนใช้ยาอี¹¹ ในช่วงเวลาเดียวกัน รายงานการเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนระบุว่า มีประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียนเข้ารับการรักษาพยาบาลจากยาเสพติดกว่า 614,000 คน หรือคิดเป็นอัตรา 92.0 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้กว่าสองในสาม เข้ารับการรักษาพยาบาลใน กลุ่ม Amphetamine Type Stimulant (ATS) ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มอนุพันธ์อื่น กัญชา และอื่น ๆ¹² 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 และไอซ์ ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้เป็นยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาท Amphetamine-type stimulants (ATS) เป็นกลุ่มสารเสพติดสังเคราะห์ที่มีการออกฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสารเสพติดหลักในกลุ่มนี้ได้แก่ amphetamine, methamphetamine, methcathinone, fenetylline, ephedrine, pseudoephedrine, methylphenidate และ MDMA หรือ 'Ecstasy'¹⁵ ผลที่เกิดขึ้นจากการเสพยากลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อระบบประสาทและสมองของผู้เสพ ในระยะสั้น คือ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ความคิดสับสน และอาการประสาทหลอน นอกจากนี้ Ecstasy ยังทำให้รู้สึกซีง่วง ไม่มีสมาธิ ในระยะยาวคือ เกิดโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ทำร้ายตัวเอง ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีอารมณ์แปรปรวน¹⁶ การศึกษาโดยทบทวนวรรณกรรมของ Kathaleen ในงานวิจัยที่ศึกษาในญี่ปุ่น ไต้หวัน ออสเตรเลีย และไทย¹⁷ พบว่า อาการป่วยทางจิตที่พบมาก คือ อาการประสาทหลอน หูแว่ว และอาการอื่นๆ ที่พบ คือ เห็นภาพหลอน

ปัญหาสุขภาพจิตจากการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ ด้วยการลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เป็นปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (enforcing factors) ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการป่วยอาการทางจิตเวชสารเสพติดในผู้ใช้สารเสพติด จะสามารถประเมินความเสี่ยงของการป่วยหรือมีอาการทางจิตเวชสารเสพติด เพื่อนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยง หรือการวางแผนป้องกันและบำบัดรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับอาการทางจิตเวช

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

การศึกษาปัจจัยเสี่ยง เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบกรณีศึกษามีกลุ่มควบคุม (cases control study) จากกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตและไม่มีอาการทางจิต ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการของรัฐ

2. ประชากรและตัวอย่าง

2.1 ประชากร เป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ที่คลินิกจิตเวชและผู้ที่

เข้ารับการรักษาที่คลินิกสารเสพติด
โรงพยาบาล

2.2 ขนาดตัวอย่างผู้ป่วยใช้การ
กำหนดขนาดตัวอย่างอ้างอิงตามผล
การศึกษาของ Schlesselman¹⁸ การศึกษานี้
ได้กำหนดอัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาและ
กลุ่มควบคุมเป็น 1:1 เพื่อให้ได้ความเชื่อมั่น
ร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ
5 จำนวนขนาดตัวอย่างแต่ละภาคของ
สำนักงาน ป.ป.ส. ตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วย
จิตเวชสารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ปีงบประมาณ 2562 ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่าง
ศึกษาผู้ที่รักษาอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้อง
กับยาเสพติด จำนวน 1,000 ตัวอย่าง และผู้ที่
บำบัดรักษายาเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตเวช
จำนวน 1,000 ตัวอย่าง รวมจำนวน 2,000
ตัวอย่าง

2.3 วิธีการสุ่มใช้การสุ่มแบบ
Multi-stages Systematic random sampling
proportion to size

ขั้นตอนแรก คัดเลือกจังหวัด
10 จังหวัด จากทั่วประเทศตามภาค ป.ป.ส.
หลังจากนั้น จึงคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละ
จังหวัดตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสาร
เสพติด และ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์
ปีงบประมาณ 2562 (ที่มา: ระบบศูนย์กลาง
การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย
กรมสุขภาพจิต) กับจำนวนตัวอย่างทั้งหมด
ในช่วงการศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 เลือกโรงพยาบาล
ในแต่ละจังหวัดที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา
และกำหนดขนาดตัวอย่างรายโรงพยาบาล
คำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสาร
เสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระบบ
ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ต่อ
จำนวนตัวอย่างทั้งหมดรายพื้นที่ให้ได้ตาม
จำนวนขนาดตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกตัวอย่าง
แบบระบบ ขณะเข้าร่วมในการศึกษา ต้องมี
อายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถสื่อสาร
เข้าใจ สามารถให้ข้อมูลได้ ลงนามยินยอม
และอยู่ระหว่างการติดตามรักษา

1) กลุ่มศึกษา (Cases) เป็น
ผู้ป่วยนอกที่อยู่ระหว่างการรักษาที่แพทย์
วินิจฉัย ตาม ICD-10 รหัส F10 - F19 ที่คลินิก
จิตเวช ในโรงพยาบาลที่สุ่มเลือกได้

2) กลุ่มควบคุม (Controls)
ผู้ป่วยนอกที่อยู่ระหว่างการรักษายาเสพติดที่
คลินิกสารเสพติดในสถานบริการเดียวกัน ที่
แพทย์วินิจฉัย ตาม ICD-10 ไม่ใช่รหัส F10 -
F19 การกำหนดกรอบตัวอย่างให้เป็นเพศ
เดียวกันกับกลุ่มศึกษาและมีอายุใกล้เคียงกัน
(+/- 3 ปี) สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีจับ
สลาก

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
จากองค์ความรู้จากหลักฐานทางวิชาการ

(Evidence based items) ด้วยการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ 27 ชิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการช่วงเดือน มิถุนายน-ธันวาคม 2564 คณะผู้วิจัยประสานงานกับสถานพยาบาลที่เลือก และขออนุญาตใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลจากนั้นจึงสุ่มเลือกตัวอย่าง

ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคลินิกจิตเวช/สารเสพติดช่วยประสานกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้เพื่อแนะนำโครงการวิจัย ทีมวิจัย และให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดโดยย่อการวิจัย และขอความยินยอมจากตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา

ทีมวิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในเก็บข้อมูล กับผู้ป่วยตัวอย่าง ในวัน เวลา สถานพยาบาล/หรือในที่พักอาศัยที่ผู้ป่วย/ญาติแสดงความประสงค์

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และถูกนำเข้าสู่ฐานข้อมูลแบบสอบถาม (double data entry)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป spss v.16 (ลิขสิทธิ์เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) โดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา, Chi Square และ Binary Multiple Logistic Regression

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE631498

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นเพศชายร้อยละ 94 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 24 ปี (ร้อยละ 74, Mean = 30.5, Median = 29, SD = 8.8, Minimum = 13, Maximum = 59, IQR = 12) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 56) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และต่ำกว่า (ร้อยละ 70) มีอาชีพ (ร้อยละ 73) กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยกับพ่อแม่ ร้อยละ 52.2 (อยู่คนเดียวร้อยละ 5.2) ทั้งนี้ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยติดสุราร้อยละ 14.8 ใช้สารเสพติดร้อยละ 17.4 โดยมีญาติและเพื่อนสนิทใช้ยาเสพติดอยู่เป็นประจำร้อยละ 71.3

สารเสพติดครั้งแรกที่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ด (ยาบ้า) ร้อยละ 68 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 18.5 ปี, Median = 18, SD = 3.4, Minimum = 12, Maximum = 25, IQR = 4.75) กัญชาร้อยละ 13 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 15.6 ปี, Median = 15, SD = 2.6, Minimum = 12, Maximum = 20, IQR = 4.5) เฮโรอีนร้อยละ 1 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 17.5 ปี, Median = 17.5, SD = 2.1, Minimum = 16,

Maximum = 19, IQR = 3) และกระท่อม ร้อยละ 5 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 21.8 ปี, Median = 19, SD = 8.7, Minimum = 14, Maximum = 41, IQR = 9.25) และยารักษาโรคผิบบบแบน ร้อยละ 1 (อายุเริ่มใช้เฉลี่ย 12 ปี, Median = 12, Minimum = 12)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยอัตราเสี่ยง พบว่า มี 12 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชของผู้เสพสารเสพติดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

1) สถานภาพสมรส โดยคนโสดมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.3 เท่าของคนมีครอบครัว

2) รายได้ (มากกว่า 6,000 บาทต่อเดือน) มีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.8 เท่าของคนทำงานมีรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือน

ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด

1) ยาบ้า ผู้เสพยาบ้าเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 2.9 เท่า

2) ไอซ์ ผู้เสพไอซ์เป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 2.1 เท่า

3) กัญชา ผู้เสพกัญชาเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.6 เท่า

4) ยาอี ผู้เสพยาอีเป็นประจำมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 2.7 เท่า

5) เคตาซีน ผู้เสพยาเคเป็นประจำมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 3.5 เท่า

6) ยารักษาโรคผิบบบแบน ผู้ใช้ยารักษาโรคผิบบบแบนเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.5 เท่า

7) ยาเสพติดร่วมหลายชนิด ผู้เสพยาเสพติดร่วมหลายชนิด (polydrugs) เป็นประจำมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.4 เท่า

ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด

ผู้ที่เสพยาเสพติดมานาน (นับจากการเสพครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน) พบว่า ผู้ที่เสพยาเสพติดมานานเกินกว่า 10 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.4 เท่า

ความถี่ใช้ยาเสพติด

1) ผู้ที่เสพยาเสพติดเป็นประจำ/ติดยา (เสพมากกว่า 20 วันใน 1 เดือน นับ 30 วันก่อนการบำบัด) พบว่า ผู้ที่เสพยาเสพติดเป็นประจำ/ติดยา มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.3 เท่า

2) ผู้ที่เสพ ยาเสพติด บ่อย ๆ (มากกว่าวันละครั้ง) พบว่า ผู้ที่เสพยาเสพติดบ่อย ๆ มีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.3 เท่า

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการทางจิตเวชจากการเสพยาเสพติด

	อัตราเสี่ยง	น้ำหนักความสัมพันธ์	ช่วงเชื่อมั่น	นัยสำคัญทางสถิติ
สถานภาพสมรส (โสด)	1.341**	1.135	0.933, 1.380	0.205
รายได้ (ไม่เกิน 6,000 บาทต่อเดือน)	1.788***	1.874	1.500, 2.342	0.000***
ยาบ้า	2.9***	6.95	5.208, 9.275	0.000***
ไอซ์	2.058***	4.241	3.015, 5.965	0.000***
กัญชา	1.576***	3.508	2.542, 4.840	0.000***
ยาอี	2.747*	5.983	2.273, 15.751	0.000***
เคตามีน	3.535*	5.569	1.499, 20.682	0.010*
ยารักษาโรคจิตแบบแผน	1.512***	2.465	1.964, 3.095	0.000***
เสพยาพร้อมกันหลายชนิด	1.4**	1.441	1.277, 2.532	0.000**
เสพยาเสพติด (20 วันขึ้นไป)	1.31**	1.024	0.837, 1.254	0.815
จำนวนครั้งที่เสพ (มากกว่าวันละ 1 ครั้ง)	1.336*	1.238	0.938, 1.633	0.131
ช่วงเวลาที่เสพ (มากกว่า 10 ปี)	1.401***	1.154	0.947, 1.405	0.155

ความสัมพันธ์ข้างต้น เมื่อทำการยืนยันน้ำหนักโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ร่วมด้วยการควบคุมตัวแปร พบว่า สามารถยืนยันน้ำหนักปัจจัยร่วมได้ทั้งสิ้น 8 ปัจจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

รายได้ (มากกว่า 6,000 บาทต่อเดือน) มีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.9 เท่าของคนที่ไม่ทำงานมีรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาทต่อเดือน

ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด

1) ยาบ้า ผู้เสพยาบ้าเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 6.9 เท่า

2) ไอซ์ ผู้เสพไอซ์เป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 4.2 เท่า

3) กัญชา ผู้เสพากัญชาเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 3.5 เท่า

4) ยาอี ผู้เสพยาอีเป็นประจำมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 6.0 เท่า

5) เคตามีน ผู้เสพยาเคเป็นเป็นประจำมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 5.6 เท่า

6) ยารักษาโรคจิตแบบแผน ผู้ยารักษาโรคจิตแบบแผนเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 2.5 เท่า

7) ยาเสพติดร่วมหลายชนิด ผู้เสพยาเสพติดร่วมหลายชนิด (polydrugs) เป็นประจำมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.4 เท่า

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษา สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการที่พบในต่างประเทศ การศึกษาในผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาสัมพันธ์กับการใช้ยาเมตามเฟตามีน ก็พบคล้ายคลึงกันในอาการที่พบมาก คือ หลอนประสาท และหิวแหว่¹⁹ ส่วนระดับความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับความถี่ในการใช้ และวิธีการใช้ การศึกษาทบทวนการวิจัยของ Arunogiri และคณะพบว่า อายุที่เริ่มใช้ จำนวนปีที่ใช้ และความถี่ที่ใช้ เมตามเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการป่วยโรคจิต ในหลายการศึกษาพบว่า ความถี่ของการเสพเมตามเฟตามีน ตั้งแต่ 16 วันหรือมากกว่าต่อเดือน มีโอกาสเสี่ยงป่วยโรคจิตสูงกว่า (OR=11.2, 95% CI (5.9-21.1)) เทียบกับคนที่เสพน้อยกว่า ส่วนการใช้การติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงการป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเมตามเฟตามีนเช่นกัน²⁰ การศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงการป่วยโรคจิตเภทในผู้ที่เสพยาเมตามเฟตามีนร่วมกับสารเสพติดอื่น ๆ กับกลุ่มอ้างอิง พบว่า ผู้เสพยามีความ

เสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญในการมีโอกาสป่วยโรคจิตเภท ทั้งกลุ่มที่ใช้สารร่วมที่เป็น Opioids และเครื่องติ่มแอลกอฮอล์²¹

ข้อยุติ (Conclusions)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทั้งสิ้น 8 ปัจจัย ประกอบด้วย รายได้ เสพยาบ้า เสพไอซ์ เสพกัญชา เสพยาอี เสพเคตา มีน ใช้ยารักษาโรคผิดแบบแผน และเสพยาเสพติดร่วมหลายชนิด

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การคัดกรองผู้เสพยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้สามารถเข้าแทรกแซงเพื่อการป้องกันและบำบัดรักษาอาการทางจิตเวชในผู้เสพยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความชุกของอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย การศึกษาที่บ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด

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.
4. Department of Fine Arts. **The “Tra Sam Duang” Laws**. Bangkok: Veteran printing house; 1978. [in Thai].
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. 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> [in Thai].
15. WHO. **Management of substance abuse** [online] 2021 [cited 2021 Jan 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. Schlesselman JJ. Sample size requirements in cohort and case-control studies of disease. **American journal of epidemiology** 1974; 99(6): 381-384.
19. Srisurapanont M, Ali R, Marsden J, Sunga A, Wada K, Monteiro M. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic in-patients. **International Journal of Neuropsychopharmacology** 2003; 6(4): 347-352.
20. 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.
21. Callaghan RC, Cunningham JK, Allebeck P, Arenovich T, Sajeew G, Remington GE, et al. Methamphetamine use and schizophrenia: a population-based cohort study in California. **American Journal of Psychiatry** 2012; 169(4): 389-396.