

ความเสี่ยงของการเกิดอาการทางจิตจากการเสพสารเสพติด ในประเทศไทย

พูนรัตน์ ลียติกุล*

บทคัดย่อ

การใช้สารเสพติดทำให้เกิดภาวะโรคหลายโรคทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงของการเกิดอาการทางจิตจากการเสพสารเสพติดชนิดต่าง ๆ เป็นการศึกษาระบบ case control study กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกยาเสพติด/คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนแบบจำแนกชั้นภูมิสุ่มกระจุก จำนวน 2,000 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์และสังเกตโดยผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกฝนร่วมกับนักวิจัยรวมทั้งการซักประวัติตรวจร่างกายจากบุคลากรทางการแพทย์ วิเคราะห์ทางสถิติด้วยไคสแควร์และสมการถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 94 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 24 ปี สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 56 สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่าร้อยละ 70 ไม่มีอาชีพร้อยละ 27 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตเวชประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส (โสด) และไม่มีอาชีพ (ว่างงาน ทำงานบ้าน ไม่มีรายได้) 2) ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด ได้แก่ ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ด) ไอซ์ (เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด) กัญชา เฮโรอีน สารระเหย ยาอี เคตามีน ยารักษาโรคจิตแบบแผน และเสพยาเสพติดร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ 3) ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด (นานมากกว่า 10 ปี) และ 4) เสพยาเสพติดเป็นประจำ (เสพมากกว่า 20 วันใน 1 เดือน) และเสพยาเสพติดบ่อย ๆ (มากกว่าวันละครั้ง) ปัจจัยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวชเพิ่มขึ้น 1-7 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: สารเสพติด, อาการทางจิต, ความเสี่ยง, ประเทศไทย

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

Corresponding author: Poonrut Leyatikul Email: poonrutlee@gmail.com

Received 11/04/2022

Revised 29/04/2022

Accepted 19/05/2022

RISK OF PSYCHOTIC SYMPTOMS FROM SUBSTANCE ABUSE IN THAILAND

*Poonrut Leyatikul**

Substance abuse creates a burden of many diseases on drug users' physical and mental health. This case-control study aimed to compare the risk of developing psychotic symptoms from various substance abuse. The samples were drug users admitted to drug abuse clinics/psychiatric clinics in government hospitals aged 18 years and over across the country. A stratified multistage cluster sampling method was used to eligible 2,000 individuals. The samples were interviewed and observed by research assistants trained with researchers and healthcare professionals' history taking and physical examination. Statistical analysis utilized chi-square and multiple logistics regression.

The respondents were 94% male; most were over 24 years of age, 56% were single, 70% had graduated from junior high school and lower, and 27% unemployed. Factors affecting psychiatric symptoms consisted of 1) personal factors including marital status (single), and no occupation (unemployment, housework, no income), 2) drug factors such as yaba (methamphetamine tablet), ice (methamphetamine crystal), marijuana, heroin, volatile substances, ecstasy, ketamine, non-prescribed medicines, 3) duration of drug use (more than 10 years), and 4) regularly used (more than 20 days in 1 month), and frequently used (more than once a day). These factors statistically significantly increased 1-7 times the risk of developing psychiatric symptoms.

Keywords: Substance abuse, Psychotic symptom, Causal factors, Thailand

**Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University*

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาสำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 1903¹ นโยบายยาเสพติดในประเทศไทยเป็นหนึ่งในข้อห้ามในกรอบกระบวนการยุติธรรมทางอาญา นโยบายเหล่านี้ระบุว่า การใช้ยาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ทั้งหมดเป็นสิ่งผิดกฎหมายมีโทษปรับและจำคุก ยกเว้นสำหรับ ผู้ใช้สารเสพติดที่ต้องการเข้ารับการรักษาเท่านั้น² แม้ว่านโยบายด้านยาเสพติดจะเป็นวาระแห่งชาติ แต่จำนวนผู้เสพยาเสพติดในระบบทะเบียนกลับเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ³ เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (ATS) เป็นสารเสพติดที่แพร่ระบาดอย่างมากในภูมิภาคนี้⁴ ในประเทศไทย คาดประมาณว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสพยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปีที่ผ่านมา 1.97 ล้านคน⁵ ผลของการใช้สารเสพติดทำให้เกิดภาวะโรคหลายโรคทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพ ผลกระทบต่อชุมชนและรวมถึงสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ⁶ ยาเสพติดส่งผลโดยตรงต่อระบบประสาทและระบบสมองของผู้เสพ โดยในระยะแรกจะทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ความคิดสับสน และมีอาการประสาทหลอน ซึม ง่วง ไม่มีสมาธิ ในระยะยาวจะเกิดอาการโรคจิตเวช ซึมเศร้า โรควิตกกังวล ทำร้ายตัวเอง ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรม

ก้าวร้าวรุนแรงและมีอารมณ์แปรปรวน⁷ โดยอาการทางจิตเวชสารเสพติดที่พบบ่อยในผู้ใช้สารเสพติด คือ อาการประสาทหลอน อาการหูแว่ว และเห็นภาพหลอน⁸⁻¹⁰ ข้อมูลการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงชีวิตถึงร้อยละ 86.2¹¹

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความเครียดของมารดา อาการบาดเจ็บที่สมอง ความเครียดทางจิตสังคม และการใช้ยาผิดแบบแผน สามารถกระตุ้นให้เกิดโรคทางจิตเวชได้¹² ในบรรดาปัจจัยเหล่านี้ พบในการวิจัยหลายชิ้นว่าการใช้สารเสพติดสามารถนำไปสู่โรคทางจิตเวชโดยไม่เกี่ยวข้องกับการปัจจัยทางพันธุกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยผู้ใหญ่และในสัตว์โตเต็มวัย¹³⁻¹⁷ สารเสพติดที่อาจทำให้เกิดโรคทางจิตเวช ได้แก่ แอมเฟตามีน scopolamine เคตาไมน์ phencyclidine (PCP) และ LSD¹⁸ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคทางจิตเวชที่เกิดจากแอมเฟตามีนทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงในการศึกษาโรคจิตเภทโดยเปลี่ยนการมุ่งเน้นที่มุมมองของจิตวิเคราะห์ไปเป็นมุมมองของสารสื่อประสาท¹⁹ ความสัมพันธ์ระหว่างโรคทางจิตเวชที่เกิดจากยาเสพติด โดยเฉพาะโรคจิตเภททำให้นักวิจัยสามารถศึกษาการได้รับสารและบทบาทของสารสื่อประสาทในโรคจิตเภทได้ ดังนั้นแบบจำลองในสัตว์จึงถูกใช้อธิบายโรคจิตเภทและสารเสพติด²⁰ นอกเหนือจากสารเสพติดแล้ว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิด

การเจ็บป่วย รวมทั้งทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต และนำไปสู่การใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ในทางที่ผิดร่วมด้วยเพิ่มความเสี่ยงผลกระทบปัญหาสุขภาพมากขึ้น²¹

การศึกษาเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทยล่าสุดพบว่า มีการใช้สารเสพติดอย่างหลากหลาย ได้แก่ กัญชา ยาบ้า กระท่อม ไอซ์ ยาอี สารระเหย เคตามีน เฮโรอีน อนุพันธ์ฝิ่น และโคเคน โดยมีทั้งการใช้ยาเดี่ยวและการใช้ผสมกัน⁵ ในขณะที่ข้อมูลการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องตีมแอลกอฮอล์ กัญชา ยาบ้า สารกลุ่มประสาท สารระเหย กระท่อม สารกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น และโคเคน¹¹ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงของการเกิดอาการทางจิตเวชจากการเสพสารเสพติดชนิดต่าง ๆ ผลการวิจัยจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการตรวจคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอาการทางจิตเพื่อลดผลกระทบทางสังคมและจิตใจของการใช้ยาเสพติด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงของการเกิดอาการทางจิตเวชจากการเสพสารเสพติดชนิดต่าง ๆ

วิธีการศึกษา (Method)

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ case control study โดยกำหนดอัตราส่วนระหว่าง case และ control เป็น 1:1

ประชากรและตัวอย่าง

การศึกษานี้ กลุ่มประชากรเป็นผู้เสพยาเสพติดในปี 2564 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นคนไทยที่อยู่ในระบบทะเบียนราษฎรในจังหวัดตัวอย่างเป็นผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก ยาเสพติด/คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 155,500 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดการทดสอบ F test แบบ Linear multiple regression: Fixed model, R² deviation from zero โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) 0.95 การประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) 0.05 และจำนวนตัวทำนาย (number of predictors)¹⁷ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 595 ราย และได้กำหนดค่า design effect จากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน 3.3 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,964 ราย

กลุ่มศึกษา (cases) เป็นผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา จำนวน 1,000 ราย

กลุ่มควบคุม (controls) เป็นผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่า ไม่มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลของรัฐแห่งเดียวกันกับกลุ่มศึกษาในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา โดยจะต้องมีเพศกำเนิดเป็นเพศเดียวกับกลุ่มศึกษา มีอายุใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา (อายุ +3 ปี) และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา จำนวน 1,000 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนแบบจำแนกชั้นภูมิสุ่มกระจุก (Stratified multistage cluster sampling) ทั้งนี้ ประเทศไทยถูกแบ่งชั้นภูมิออกเป็น 10 ภาค ตามพื้นที่ปฏิบัติงานของสำนักงาน ป.ป.ส. แต่ละภาคจะถูกสุ่มเลือก 1 จังหวัด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย²² แต่ละจังหวัดคัดเลือกเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐที่มีคลินิกจิตเวชและคลินิกยาเสพติดให้บริการและยินดีเข้าร่วมในการศึกษา กำหนดตัวอย่างในแต่ละสถานพยาบาลเป็นสัดส่วน (proportional to sizes) แปรผันตามสถิติผู้เข้ารับการรักษาในปีงบประมาณ 2562 เก็บตัวอย่างแบบ consecutive sampling เฉพาะคนไทยที่อยู่ในระบบทะเบียนราษฎรในจังหวัดตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีการรักษาที่คลินิกจิตเวช/คลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลที่คัดเลือกและสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ไปจนได้ตัวอย่างครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด

ผลลัพธ์และตัวแปร

ผลลัพธ์ในการศึกษานี้ คือ อาการทางจิต ตามการวินิจฉัยโดยบุคคลากรการแพทย์ จากสถานบริการของรัฐ ว่ามีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดในรหัส F11-F16, F18-F19 ตาม ICD10 ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษา ได้แก่ ชนิดของสารเสพติดที่เสพ พฤติกรรมการเสพยา และลักษณะทางประชากร

เครื่องมือ

เครื่องมือเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ เป็นคำถามเฉพาะผู้เสพยาเสพติด ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยอ้างอิงแนวทางจากรายงานคณะกรรมการยาของรัฐบาลเยอรมันและสถาบันอาชญาวิทยาแห่งออสเตรเลีย^{23,24} แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ลักษณะทางประชากร 5 ประเด็น (เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะการจ้างงาน และการศึกษา) พฤติกรรมการเสพยาเสพติด 4 ประเด็น (ระยะเวลาที่เสพ ความถี่ต่อวัน ปริมาณ ยาเสพติดที่เสพต่อครั้ง และการเสพยาเสพติดร่วม (polydrug) และอาการผิดปกติ 17 อาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บข้อมูลด้วยการสังเกตและการสัมภาษณ์ โดยนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกฝน การซักประวัติตรวจร่างกาย โดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ การเก็บข้อมูลดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ กลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษา

โดยสมัครใจ ไม่มีการบันทึกชื่อ ที่อยู่ และ ข้อมูลอัตลักษณ์ส่วนบุคคลใด ๆ แต่จะถูกแทนที่ด้วยรหัสตัวเลข นอกจากนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้ตามมาตรฐานการรักษาความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับรวบรวมได้ นำเข้าฐานข้อมูลด้วยวิธีสอบทาน (data double entry) แก้ไขข้อมูลที่มี ค่าผิดปกติ ค่าที่ขาดหายไป วิเคราะห์ทางสถิติด้วยความถี่ ค่าเฉลี่ย การกระจาย ไคสแควร์ (chi-square) และสมการถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุ (multiple logistic regression)

จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมของ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งดำเนินการภายใต้ ปรักฎญาเฮลซิงกิ ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา (Results)

ลักษณะทางประชากรและพฤติกรรมเพศ

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)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรเปรียบเทียบกลุ่มผู้มีอาการทางจิตและไม่มีอาการทางจิต

		มีอาการทางจิตเวช (n=1000)	ไม่มีอาการทางจิตเวช (n=1000)	รวม (n=2000)
เพศ	ชาย	941 (94.1)	941 (94.1)	1,882 (94.1)
	หญิง	59 (5.9)	59 (5.9)	118 (5.9)
การศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	28 (2.8)	4 (0.4)	32 (1.6)
	ประถมศึกษา	350 (35.0)	337 (33.7)	687 (34.3)
	มัธยมต้น	308 (30.8)	373 (37.3)	681 (34.1)
	มัธยมปลาย	236 (23.6)	189 (18.9)	425 (25.2)
	อนุปริญญา/สายอาชีพ	40 (4.0)	71 (7.1)	111 (5.6)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรเปรียบเทียบกลุ่มผู้มีอาการทางจิตและไม่มีอาการทางจิต (ต่อ)

		มีอาการทางจิตเวช (n=1000)	ไม่มีอาการทางจิตเวช (n=1000)	รวม (n=2000)
	ปริญญาตรีและสูงกว่า	38 (3.8)	26 (2.6)	64 (3.2)
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	99 (9.9)	69 (6.9)	168 (8.4)
	ว่างงาน	219 (21.9)	140 (14.0)	359 (18.0)
	รับจ้าง/ใช้แรงงาน	437 (43.7)	508 (50.8)	945 (47.2)
	พนักงาน	21 (2.1)	76 (7.6)	97 (4.9)
	ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	68 (6.8)	73 (7.3)	141 (7.0)
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12 (1.2)	8 (0.8)	20 (1.0)
	อาชีพอิสระ/วิชาชีพ	33 (3.3)	74 (7.4)	107 (5.3)
	เกษตรกรรม	99 (9.9)	45 (4.5)	144 (7.2)
	อื่นๆ	12 (1.2)	7 (0.7)	19 (1.0)
อายุ	Mean (SD)	31.238 (9.27)	29.819 (8.28)	30.529 (8.81)
	Min-Max	13-59	14-58	13-59
	Median (IQR)	30 (12)	28 (11)	29 (12)

สารเสพติดหลักที่ใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ด (ยาบ้า) ร้อยละ 68 เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด (ไอซ์) ร้อยละ 8 กัญชาร้อยละ 7 กระท่อม/น้ำดื่มกระท่อมร้อยละ 7 ยาอี เคตาซีน สารระเหย และเฮโรอีน ชนิดละร้อยละ 1 และต่ำกว่า และยารักษาโรคจิตแบบแผน (กลุ่ม benzodiazepine, ยากล่อมประสาท/ยานอน

หลับ/ยาคลายเครียด ยาแก้ไอ) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 ใช้ยาเสพติดผสมกันหลายชนิดในการเสพครั้งเดียวกัน เช่น เสพยาบ้าร่วมกับไอซ์ เสพไอซ์ร่วมกับกัญชา เสพยาอีร่วมกับเคตาซีน ฯลฯ และร้อยละ 79 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย

กลุ่มศึกษาร้อยละ 46.1 เคยเข้ารับการบำบัดจิตเวชมาก่อน ร้อยละ 67.8 เคยเข้ารับ

การบำบัดยาเสพติดมาก่อน ทั้งนี้ร้อยละ 36.5 เคยได้รับการบำบัดยาเสพติดและจิตเวชมาก่อนการบำบัดในครั้งนี้อาการผิดปกติทางจิตที่พบมากที่สุดประกอบด้วย ก้าวร้าว พุดคนเดียว เห็นภาพหลอน ความคิดช้าลง ไม่มีสมาธิ ใจสั้น มีหูแว่ว หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ฉุนเฉียว ควบคุมตัวเองไม่ได้ หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย อาละวาด

ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตเวช

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส/โสดมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช และอาชีพ (ว่างงาน เกษียณ ทำงานบ้าน ไม่มีอาชีพ/ไม่มีรายได้) มีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช

2) ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด ได้แก่ ยาบ้า ไอซ์ กัญชา ยาอี เคตามีน ยารักษาโรค ผิดแบบแผน และเสพยาเสพติดร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช

3) ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด ผู้ที่เสพยาเสพติดมานาน (นับจากการเสพครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน) พบว่า ผู้ที่เสพยาเสพติดมานานเกินกว่า 10 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช

4) ความถี่ใช้ยาเสพติด ผู้ที่เสพยาเสพติดเป็นประจำ/ติดยา (เสพมากกว่า 20 วัน ใน 1 เดือน นับ 30 วันก่อนการบำบัด) และผู้ที่เสพยาเสพติดบ่อย ๆ (มากกว่าวันละครั้ง) มีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตเวช

	มีอาการทางจิตเวช	ไม่มีอาการทางจิตเวช	OR	95%CI	P-value
ระดับการศึกษา					
- มัธยมต้นและต่ำกว่า	68.6	71.4	0.875	0.72, 1.06	0.172
- มัธยมปลายและสูงกว่า	31.4	28.6			
สถานภาพ					
- โสด	59.9	52.7	1.341	1.12, 1.60	0.001**
- สมรส/หม้าย/หย่าร้าง	40.1	47.3			
อาชีพ					
- ไม่ทำงาน/งานบ้าน/ไม่มีอาชีพ	33	21.6	1.788	1.46, 2.18	0.000***
- มีอาชีพ	67	78.4			

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตเวช (ต่อ)

	มีอาการทางจิตเวช	ไม่มีอาการทางจิตเวช	OR	95%CI	P-value
ยาบ้า					
- เสพ	83.1	62.9	2.9	2.35, 3.58	0.000***
- ไม่เสพ	16.9	37.1			
ไอซ์					
- เสพ	22.4	12.3	2.058	1.62, 2.62	0.000***
- ไม่เสพ	77.6	87.7			
กัญชา					
- เสพ	17	11.5	1.576	1.22, 2.03	0.000***
- ไม่เสพ	83	88.5			
สารระเหย					
- เสพ	1.2	0.9	1.337	0.56, 3.19	0.51
- ไม่เสพ	98.8	99.1			
เฮโรอีน					
- เสพ	1.2	0.7	1.723	0.68, 4.39	0.249
- ไม่เสพ	98.8	99.3			
ยาอี					
- เสพ	1.9	0.7	2.747	1.15, 6.57	0.018*
- ไม่เสพ	98.1	99.3			
เคตาซีน					
- เสพ	1.4	0.4	3.535	1.16, 10.78	0.018*
- ไม่เสพ	98.6	99.6			
ยารักษาโรคจิตแบบแผน					
- ไข้	43.9	34.1	1.512	1.26, 1.81	0.000***
- ไม่ไข้	56.1	65.9			

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตเวช (ต่อ)

	มีอาการทางจิตเวช	ไม่มีอาการทางจิตเวช	OR	95%CI	P-value
เสพยาเสพติด					
- 20 วันขึ้นไป	62.6	56.1	1.31	1.09, 1.57	0.003**
- 1-19 วัน	37.4	43.9			
จำนวนครั้งที่เสพ					
- มากกว่าวันละ 1 ครั้ง	16.4	12.8	1.336	1.04, 1.72	0.023*
- วันละครั้งและน้อยกว่า	83.6	87.2			
ช่วงเวลาที่เสพ					
- มากกว่า 10 ปี	53.1	44.7	1.401	1.18, 1.67	0.000***
- 0-10 ปี	46.9	55.3			
เสพร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์					
- ร่วม	11.6	7.5	1.618	1.19, 2.20	0.001**
- ไม่ร่วม	88.4	92.5			

น้ำหนักปัจจัยสาเหตุอาการทางจิตเวช
เมื่อทำการวิเคราะห์น้ำหนักปัจจัยโดยควบคุมอิทธิพลร่วมของตัวแปรบนน้ำหนักปัจจัยเสี่ยงดังนี้

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล
อาชีพ (ว่างงาน เกษียณ ทำงานบ้าน ไม่มีอาชีพ/ไม่มีรายได้) มีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 1.9 เท่าของคนทำงานมีอาชีพมีรายได้
- 2) ปัจจัยด้านตัวยาเสพติด

(1) ยาบ้า ผู้เสพยาบ้าเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 7 เท่า

(2) ไอซ์ ผู้เสพไอซ์เป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 4.3 เท่า

(3) กัญชา ผู้เสพกัญชาเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 3.4 เท่า

(4) สารระเหย ผู้เสพสารระเหยเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 2.9 เท่า

(5) เฮโรอีน ผู้เสพเฮโรอีนเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 7.7 เท่า

(6) ยาอี ผู้เสพยาอีเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 6.5 เท่า

(7) เคตาซีน ผู้เสพยาเคเป็นเป็นประจำมีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 5.1 เท่า

(8) ยารักษาโรคจิตแบบแผน ผู้ใช้ยารักษาโรคจิตแบบแผนเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 3 เท่า

(9) ยาเสพติดร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตเวช เป็น 2 เท่า

ตารางที่ 3 น้ำหนักปัจจัยสาเหตุอาการทางจิตเวชของผู้เสพยาเสพติด

	COR	AOR	95%CI	P-value
การศึกษาต่ำกว่า ม.ปลาย/อาชีวศึกษา	0.88	0.91	0.74, 1.13	0.383
สถานภาพโสด	1.34	1.01	0.82, 1.23	0.948
ไม่มีอาชีพ/ตกงาน/แม่บ้าน	1.79	1.90	1.52, 2.38	0.000***
เสพยาบ้า	2.9	7.01	5.23, 9.38	0.000***
เสฟไอซ์	2.06	4.35	3.07, 6.17	0.000***
เสฟกัญชา	1.58	3.47	2.49, 4.83	0.000***
เสฟสารระเหย	1.34	2.97	1.13, 7.75	0.027*
เสฟเฮโรอีน	1.72	7.70	2.56, 23.12	0.000***
เสพยาอี	2.75	6.57	2.48, 17.39	0.000***
เสฟเคตาซีน	3.54	5.15	1.41, 18.80	0.013*
ใช้ยารักษาโรคจิตแบบแผน	1.51	3.01	2.41, 3.78	0.000***
เสพยาเสพติดเป็นประจำ	1.31	1.01	0.83, 1.24	0.926
เสพยาเสพติดวันละหลายครั้ง	1.34	1.27	0.97, 1.68	0.087
เสพยาเสพติดมานาน	1.40	1.08	0.89, 1.31	0.452
เสพยาเสพติดร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์	1.62	2.09	1.48, 2.97	0.000***

วิจารณ์ (Discussions)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นชาย อาจไม่สอดคล้องกับรายงานยาเสพติดโลก ที่ระบุว่าผู้ใช้ยาเสพติดมีส่วนเพิ่มมากขึ้น²⁵ ปัจจัยด้านประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสความเสี่ยงการปรากฏอาการทางจิตเวชของผู้เสพ การศึกษานี้พบเฉพาะผู้ไม่มีงานทำ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น พบปัจจัยการมีงานทำมีรายได้ และระดับการศึกษา²⁶

ส่วนปัจจัยด้านตัวยาในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้เสพยากระตุ้นแอมเฟตามีน (ยาบ้า ไอซ์ ยาอี) มีความเสี่ยงต่อการปรากฏอาการทางจิตเวชเพิ่มมากขึ้น 4-7 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าเพิ่มความเสี่ยง 2-11 เท่า^{27,28} นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบความเสี่ยงของการเกิดอาการจิตเวชในผู้ที่ใช้กัญชาเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2-7 เท่า^{27,29,30} ความเสี่ยงจากการเสพยาหยาผลให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการจิตเวช 3 เท่าเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการเสพยาหยาผลมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า^{27,31} เช่นเดียวกับการเสพยาหยาอื่น เคตามีน การใช้ยารักษาโรคจิตแบบแผน และการใช้แอลกอฮอล์ร่วมในการเสพยาหยาผลมีผลให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการจิตเวช เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น^{27,28,30} ทั้งนี้การใช้

ยาเสพติดร่วมกันหลายชนิดในการเสพครั้งเดียวกัน (polydrug) เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการจิตเวช²⁸ การใช้โคเคนไม่พบความสัมพันธ์ในการศึกษานี้เนื่องจากขนาดตัวอย่าง พบผู้ใช้โคเคนน้อยมากในสังคมไทย ทำให้การทดสอบทางสถิติไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะทดสอบนัยสำคัญ แต่พบนัยสำคัญของการเสพโคเคนเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการจิตเวชในการศึกษาอื่น^{27,30}

แม้พฤติกรรมเสพจะไม่พบนัยสำคัญในการศึกษานี้ แต่การศึกษาอื่น ๆ พบว่า ความถี่ของการใช้แอมเฟตามีน/เมตแอมเฟตามีน มีผลให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการจิตเวช^{27,28} เช่นเดียวกับขนาดการใช้ และระดับการเสพแบบติด^{26,27} ความถี่ในการเสพโดยผู้ที่เสพประจำ (ตั้งแต่ 16 วันขึ้นไป ในเดือนที่ผ่านมา) เพิ่มอัตราของโอกาสเสี่ยงการเกิดอาการโรคจิตมากขึ้น²⁶ แต่แบบแผนการใช้วิธีการเสพ (การฉีด) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงการเกิดอาการจิตเวชสารเสพติด²⁶

นอกจากนี้ การศึกษาอีกหลายชิ้นยังพบปัจจัยอื่น ๆ ด้วย อาทิ คนเร่ร่อน (ไม่มีที่อาศัย) ญาติเป็นผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่มีประวัติความรุนแรงในวัยเด็ก^{26,32}

ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้พบว่า การเสพยาบ้า ไอซ์ กัญชา สารหยาผล เฮโรอีน ยาอี เคตามีน การใช้ยารักษาโรคจิตแบบแผน และการเสพยา

เสพติดร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการจิตเวช 2-7 เท่า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากผลการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปพิจารณาคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพสารเสพติด เพื่อวางแผนทางการป้องกันโรคทางจิตเวช และหาแนวทางลดความรุนแรงของอาการจิตเวชของผู้เสพสารเสพติด เพื่อลดผลกระทบทางสังคมและจิตใจของการใช้ยาเสพติด

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Fine Art Department. The Sam Duang Act. Bangkok: Veteran Organisation Publishing; 1978. [in Thai].
2. Kanato M, Nunun W, Momem K. The Study of Drugs Policies. Khon Kean: ISAN KKU; 2010. [in Thai].
3. Office of the Narcotic Control Board. Drug Users Treatment Statistics in Thailand. Unpublished statistics; 2020. [in Thai].
4. Farrell M, Marsden J, Ali R, Ling, W. Methamphetamine: drug use and psychoses becomes a major public health issue in the Asia Pacific region. *Addiction* 2002; 97: 771-772.
5. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Size Estimation of Substances Users

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ข้อมูลการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง การศึกษานี้พบว่า การเสพยาเสพติดชนิดต่าง ๆ การใช้ยารักษาโรคผิดแบบแผน และการเสพยาเสพติดร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการจิตเวช

- Population in Thailand 2019. *ONCB Journal* 2020; 36(2): 37-48.
6. Australian institute of criminology. National amphetamine type stimulant strategy: Background paper [online] 2007 [cited 202 Jan 5]. Available from: <http://www.amphetamines.org.au/downloads/NationalATStrategyBackground.pdf>
7. McCrady BS, Epstein EE. *Addictions: A comprehensive guidebook*. Oxford University Press; 2013.
8. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, Li M, Stoltenberg SF, Gendelman HE, Bevins RA. Methamphetamine-associated psychosis. *Journal of*

- Neuroimmune Pharmacology** 2012; 7(1): 113-139.
9. 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.
10. Gan H, Zhao Y, Jiang H, Zhu Y, Chen T, Tan H, Zhao M. A research of methamphetamine induced psychosis in 1,430 individuals with methamphetamine use disorder: Clinical features and possible risk factors. **Frontiers in Psychiatry** 2018; 9: 1-8.
11. Maneeganol S, Arunponpaisal S, Pimpanit V, Jarassaeng N, Boontoch K. Prevalence of Substance Use in Psychiatric Outpatient Clinic at Srinagarind Hospital. **J Psychiatr Assoc Thailand** 2014; 59(4): 371-380.
12. Dean K, Murray RM. Environmental risk factors for psychosis. **Dialogues in clinical neuroscience** 2005; 7(1): 69-80.
13. Tenn CC, Fletcher PJ, Kapur S. Amphetamine- sensitized animals show a sensorimotor gating and neurochemical abnormality similar to that of schizophrenia. **Schizophrenia research** 2003; 64(2-3): 103-114.
14. Barak S, Weiner I. Scopolamine induces disruption of latent inhibition which is prevented by antipsychotic drugs and an acetylcholinesterase inhibitor. **Neuropsychopharmacology** 2007; 32(5): 989-999.
15. Chatterjee M, Ganguly S, Srivastava M, Palit G. Effect of 'chronic' versus 'acute' ketamine administration and its 'withdrawal' effect on behavioural alterations in mice: implications for experimental psychosis. **Behavioural brain research** 2011; 216(1): 247-254.
16. Castañé A, Santana N, Artigas F. PCP - based mice models of schizophrenia: differential behavioral, neurochemical and cellular effects of acute and subchronic treatments. **Psychopharmacology** 2015; 2(21): 4085-4097.
17. Martin DA, Marona- Lewicka D, Nichols DE, Nichols CD. Chronic LSD alters gene expression profiles in the mPF relevant to schizophrenia. **Neuropharmacology** 2014; 83: 1-8.
18. Murray RM, Paparelli A, Morrison PD, Marconi A, Di Forti M. What can we

- learn about schizophrenia from studying the human model, drug-induced psychosis?. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 2013; 162(7): 661-670.
19. Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature* 2010; 468(7321): 187-193.
20. Jones CA, Watson DJG, Fone K. Animal models of schizophrenia. *British journal of pharmacology* 2011; 164(4): 1162-1194.
21. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *The Lancet* 2009; 373(9662): 492-501.
22. Ahmed S. **Methods in Sample Surveys**. [online] 2009 [cited 202 Jan 18]. Available from: [http://ocw.jhsph.edu/courses/StatMethodsForSample Surveys/PDFs/Lecture2.pdf](http://ocw.jhsph.edu/courses/StatMethodsForSampleSurveys/PDFs/Lecture2.pdf).
23. Drug Commissioner of the German Federal Government. **S3 Practice guideline methamphetamine- related disorders** [online] 2009 [cited 2022 Jan 18]. Available from: <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/literatur/s3-gl-methamphetamine-related-disorders-long.pdf>
24. National Drug Research Institute of the Australian Institute of Criminology. **National amphetamine-type stimulant strategy background paper** [online] 2007 [cited 2022 Jan 18]. Available from: <https://www.yumpu.com/en/document/read/22206335/national-amphetamine-type-stimulant-strategy-background-paper>
25. UNODC. **World Drug Report 2018**. United Nations publication; 2018.
26. 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.
27. McKetin R, Lubman DI, Baker AL, Dawe S, Ali RL. Dose- related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: evidence from a prospective longitudinal study. *JAMA psychiatry* 2013; 70(3), 319-324.
28. DiMiceli LE, Sherman SG, Aramrattana A, Siroj B, Celentano DD. Methamphetamine use is associated with high levels of depressive symptoms in adolescents and young adults in Rural Chiang Mai Province,

- Thailand. **BMC public health** 2016; 16(1): 1-9.
29. Foti DJ, Kotov R, Guey LT, Bromet EJ. Cannabis use and the course of schizophrenia: 10-year follow-up after first hospitalization. **American Journal of Psychiatry** 2010; 167(8): 987-993.
30. Degenhardt L, Saha S, Lim CC, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. The associations between psychotic experiences and substance use and substance use disorders: findings from the World Health Organization World Mental Health surveys. **Addiction** 2018; 113(5): 924-934.
31. Grant JE, Lust K, Chamberlain SR. Hallucinogen use is associated with mental health and addictive problems and impulsivity in university students. **Addictive behaviors reports** 2019; 10(2019): 1-7.
32. Swangpun K, Kanato M, Leyatikul P. The risk of drug abuse among preschool students in Phuket, Thailand. **Iranian journal of public health** 2019; 48(3): 451-457.