

3-1-2011

## Severity of methamphetamine relapses of individuals receiving substance-dependency treatment at Thanyarak Institute

W Jitpong

V Verachai

R. Kalayasiri

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

---

### Recommended Citation

Jitpong, W; Verachai, V; and Kalayasiri, R. (2011) "Severity of methamphetamine relapses of individuals receiving substance-dependency treatment at Thanyarak Institute," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 55: Iss. 2, Article 6.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.55.2.6>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol55/iss2/6>

This Modern Medicine is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## ความรุนแรงของการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ของผู้กำลังรับการบำบัด ณ สถาบันธัญญารักษ์

วรัญญา จิตรพงศ์\*

วิโรจน์ วีรัชย์\*\* รัตมน กัลยาศิริ\*\*\*

**Jitpong W, Verachai V, Kalayasiri R. Severity of methamphetamine relapses of individuals receiving substance-dependency treatment at Thanyarak Institute. Chula Med J 2011 Mar-Apr; 55(2): 153 - 69**

**Objective :** *To study the severity relapse of methamphetamine or ya-ba use and its related factors.*

**Methods :** *Data from 250 methamphetamine users who reported sustained cessation for at least one month but got relapse and receiving inpatient treatment at Thanyarak Institute was collected retrospectively by using three questionnaires, namely; 1) General Background Questionnaire; 2) Severity of Dependence Scale (SDS) Thai version; and 3) Mini International Neuropsychiatric Interview - lifetime (MINI-lifetime) Thai version. Demographics, family/social variables, diagnosis, and treatments were analyzed for association with methamphetamine relapse severity by using Chi-Squares test, Fisher's Exact Test and logistic regression analysis.*

**Results :** *Of 250 individuals, 153 (61.2%) were severely relapse on methamphetamine. Variables associated with severe methamphetamine-relapse from Chi-Squares test were marital status, religions, persons who spent most of the time with, level of relationship with father, reporting family and/or psychological problems before admission, manic episode, antisocial personality disorder, alcohol, marijuana, and other substance dependence,*

\* นิสิตปริญญาโทบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*mode of current admission, and methods used for the last successful remission (i.e., inpatient treatment) ( $p < 0.05$ ). When analyzed by logistic regression analysis, being widow/divorced/separated or never married, voluntarily receiving current methamphetamine-use treatment, and having history of other substance dependence were associated with severe methamphetamine relapse.*

**Conclusion** : *Most of the methamphetamine subjects in this study had severe relapse. Risk factors for severity relapse were family factor (i.e., non-coupled marital status) and other substance dependence which might reflect the severity of current substance dependence problems. Individuals receiving current treatment voluntarily were more severely using methamphetamine than those being forced legally to get treatment.*

**Keywords** : *Methamphetamine, ya-ba, dependence, relapse severity, Thanyarak Institute.*

Reprint request: Kalayasiri R. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand. Email address: rasmon.k@chula.ac.th.

Received for publication. March 10, 2010.

วรัญญา จิตรม่อง, วิโรจน์ วีรชัย, รัศมน กัลยาศิริ. ความรุนแรงของการเสพติด  
เมแทบอลิซึมของผู้กำลังรับการบำบัด ณ สถาบันธัญญารักษ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2554  
มี.ค. - เม.ย.; 55(2): 153 - 69

- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาถึงความรุนแรงของการเสพติดเมแทบอลิซึมหรือยาบ้าซ้ำ และ  
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการเสพติดเมแทบอลิซึมซ้ำ
- วิธีการศึกษา** : ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากผู้กำลังเข้ารับการบำบัดการเสพติด  
แบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ จำนวน 250 คน ที่เคยหยุดการใช้  
เมแทบอลิซึมได้อย่างน้อย 1 เดือน แต่กลับมาเสพติด โดยใช้แบบสอบถาม  
ทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านครอบครัวและ  
ความสัมพันธ์ 2) แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติดฉบับภาษาไทย  
3) แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางประสาทจิตเวชในตลอดช่วงชีวิตแบบ  
ย่อฉบับภาษาไทย ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของ  
การเสพติดกับข้อมูลส่วนบุคคล ตัวแปรด้านครอบครัวและสังคม การวินิจฉัย  
ทางจิตเวชและสารเสพติด และประวัติการบำบัดรักษา โดยใช้การทดสอบ  
ไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอย
- ผลการศึกษา** : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 61.2 มีความรุนแรงใน  
การเสพติดเมแทบอลิซึมซ้ำในระดับที่รุนแรง เมื่อวิเคราะห์ด้วยการทดสอบ  
ไคสแควร์พบตัวแปรที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่  
สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา บุคคลที่ใช้เวลาดื่มเป็นส่วนใหญ่ ระดับ  
ความสัมพันธ์กับบิดา การมีปัญหาคีร์ว การมีปัญหาด้านจิตใจก่อนเข้ารับ  
การบำบัด การมีภาวะเมเนีย การมีบุคลิกภาพแบบอันธพาล การเคยติด  
แอลกอฮอล์ กัญชา และสารเสพติดอื่น ๆ รวมถึงรูปแบบการเข้ารับการบำบัด  
ในครั้งปัจจุบัน และวิธีการที่ใช้หยุดสารเสพติดในครั้งก่อนหน้า เช่น การเข้ารับ  
รักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ( $p < 0.05$ ) ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์แบบแจกแจง  
หลายตัวแปรโดยการวิเคราะห์ถดถอย พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย  
หย่า แยกกันอยู่ หรือเป็นโสด รวมถึงผู้ที่ได้เข้ารับรักษาโดยสมัครใจในครั้ง  
ปัจจุบัน และเคยติดสารเสพติดอื่น ๆ มาก่อน เป็นผู้ที่มีการใช้สารเสพติดซ้ำ  
ในครั้งปัจจุบันในระดับที่รุนแรง

- สรุป** : ระดับความรุนแรงในการเสพติดของลุ่มตัวอย่างที่เคยหยุดเสพติดได้สำเร็จ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับรุนแรง โดยปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การไม่มีคู่ชีวิต รวมถึงสิ่งที่แสดงถึงความรุนแรงของปัญหาการติดสาร เช่น มีการติดสารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีระดับการเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำในระดับที่รุนแรง นอกจากนี้ พบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยตนเองเป็นผู้ที่มีความรุนแรงในการใช้สารมากกว่าผู้ที่ถูกบังคับทางกฎหมายให้มารับการบำบัดรักษา
- คำสำคัญ** : เมทแอมเฟตามีน, ยาบ้า, การติด, ความรุนแรงการกลับเป็นซ้ำ, สถาบันธัญญารักษ์.

ปัญหาการเสพติดยังคงส่งผลกระทบต่อประเทศชาติอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของกรมราชทัณฑ์ ในปีพ.ศ. 2549 ถึง 2551 พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของ ผู้กระทำผิดเป็นผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติ ยาเสพติดและสารระเหย และมีแนวโน้มที่จำนวนผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ จะเพิ่มสูงขึ้นทุกปี<sup>(1,2)</sup> จากภาวะดังกล่าว ภาครัฐได้ออกมาตรการทางกฎหมายที่สำคัญ เช่น มาตรการบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545<sup>(3)</sup> นอกจากนี้ยังมี กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูการติดยาเสพติด ทั้งการบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดรักษาทางจิตใจ เช่น จิตบำบัด วิธีการทางศาสนา อาชีวบำบัด และชุมชน บำบัด<sup>(4)</sup> โดยมีการนำวิธีการดังกล่าวไปใช้ในผู้เสพติด ที่ถูกจับกุมและถูกคุมประพฤติ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเงื่อนไขการควบคุมประพฤติและ กลับไปเสพติดซ้ำเป็นจำนวนถึงสามแสนคน นับ ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา<sup>(5)</sup>

**การเสพติดซ้ำ** หมายถึง พฤติกรรม การกลับไปใช้สารเสพติดหรือการกลับเป็นซ้ำหลังจากที่สามารถเลิกใช้สารได้สำเร็จแล้ว เป็นกระบวนการที่ ประกอบด้วยหลายระยะ เช่น อาจเริ่มจากระยะที่ผู้เสพติดได้แล้วกลับคิดว่าตนไม่มีความสามารถที่จะฟื้นฟูสภาพได้ โดยพยายามปฏิเสธ และหาวิธีอื่นมาบรรเทา แต่ไม่สำเร็จ ร่วมกับการไปเจอตัวกระตุ้นความอยากสาร ทำให้ขาดการควบคุมตนเอง และกลับไปเสพติดซ้ำ<sup>(6)</sup> ปัจจัยที่ทำให้เสพติดซ้ำนั้น ประกอบด้วยทั้งปัจจัยด้านตัวบุคคล เช่น ความอยากเสพติด อาการถอน การขาดแรงจูงใจในการ เลิกเสพติดต่อเนื่อง และการขาดทักษะในการจัดการ สถานการณ์ที่เสี่ยง ต่อการเสพติด รวมถึงปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อม เช่น การสามารถหาสารมาเสพได้โดยง่าย หรือ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีแต่ผู้เสพติด จากการศึกษาที่ผ่านมา ในประเทศไทย พบว่าผู้เสพติดมีความเห็นว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด คือ ปัจจัยด้านการบำบัด รักษา ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านกระบวนการยุติธรรม<sup>(7)</sup>

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงปัญหาความสำคัญของการเสพติด โดยเฉพาะเมเฟตามีนหรือยาบ้า ซึ่งเป็นสารเสพติดผิดกฎหมายที่มีผู้กระทำผิดมากที่สุดในประเทศไทย สารเมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นประสาทที่ออกฤทธิ์ ในการเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทที่สำคัญ เช่น โดปามีน<sup>(8)</sup> และพบการแพร่ระบาดขยายวงกว้างไปสู่กลุ่มประชากร แทบทุกชนชั้น ถือเป็นปัญหาทางสังคมและทาง การสาธารณสุขที่มีความสำคัญ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงระดับความรุนแรงของการติดยาเสพติดเมเฟตามีนซ้ำในผู้ที่เคยหยุดเสพได้นานอย่างน้อย 1 เดือนก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งปัจจุบัน รวมถึงปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล ความสัมพันธ์กับเพื่อนและครอบครัว ความผิดปกติทางจิตเวช และการติดยาเสพติด และการเข้ารับการบำบัดรักษาครั้ง ปัจจุบันและครั้งก่อนหน้า ผลการศึกษาและข้อมูลที่ได้ สามารถนำไปปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการทำการ ศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของการเสพติดเมเฟตามีนซ้ำต่อไป

## วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาแบบย้อนหลังในกลุ่มผู้เสพติดเสพติดประเภทเมเฟตามีนที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาทุกคน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ แบบผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ถึง มกราคม พ.ศ. 2553 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เคยสามารถหยุดเสพติดเมเฟตามีนได้สำเร็จอย่างน้อย 1 เดือน โดยเคยเข้ารับการบำบัดไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบสมัครใจ หรือบังคับบำบัด หรือ หยุดได้ด้วยตนเอง จนครบจำนวนทั้งสิ้น 250 ราย โดยการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจากสถาบันธัญญารักษ์ แบบสอบถามที่ให้มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** และ ประวัติการบำบัดรักษาการเสพติดเมเฟตามีน ได้แก่

ข้อมูลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมีบุคคลในความรับผิดชอบ การมีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง ผลกระทบจากการเสพสารเมทแอมเฟตามีน ประวัติการบำบัดรักษาการเสพสารเมทแอมเฟตามีนและสาเหตุในการเสพ ประวัติการเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนได้สำเร็จ มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ โดยผู้ตอบแบบสอบถามทำแบบทดสอบนี้ด้วยตนเอง

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด** Severity of Dependence Scale (SDS) เป็นแบบประเมินที่ปรับปรุง โดย Gossop, M. และคณะ เมื่อปี ค.ศ. 1995<sup>(9, 10)</sup> ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ที่ 0.89 จากการทำ test-retest ใช้วัดความรุนแรงในการติดสารเสพติด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน รวม 5 ข้อคำถาม ใช้เวลา 5 นาที โดยข้อคำถามที่ 1- 4 มีคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย ไม่เคย / แทบจะไม่เคย (0 คะแนน) บางเวลา (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) เสมอ / เกือบเสมอ (3 คะแนน) ในข้อคำถามที่ 5 มีคำตอบให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย ไม่ยาก (0 คะแนน) ค่อนข้างยาก (1 คะแนน) ยากมาก (2 คะแนน) เป็นไปไม่ได้เลย (3 คะแนน) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แปลผลโดยยึดจุดตัดที่ 4 คะแนนหรือมากกว่า ในการระบุว่า มีพฤติกรรมการเสพยาอย่างรุนแรงจนถึงขั้นติดสารเสพติด<sup>(11)</sup> แบบสอบถามฉบับภาษาไทย ได้รับการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญการใช้ภาษาทั้งสองภาษา และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยจิตแพทย์ จำนวน 3 ท่าน แก้ไขปรับปรุงแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของเนื้อหา โดยผู้ตอบแบบสอบถามทำแบบทดสอบนี้ด้วยตนเอง

**ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช** Mini International Neuropsychiatric Interview - lifetime (M.I.N.I - lifetime) ฉบับภาษาไทย<sup>(12)</sup> ในโรคจิตเวชที่พบบ่อย เช่น โรคกลุ่มภาวะทางอารมณ์

โรคกลุ่มวิตกกังวล การติดสารเสพติดประเภทต่าง ๆ และบุคลิกภาพแบบอันธพาล ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition - DSM-IV) จากผลการศึกษามีความแม่นยำและความน่าเชื่อถือสูงที่ 0.75 ด้วยการทดสอบ kappa<sup>(13)</sup> และในฉบับภาษาไทยมีการปรับปรุงเนื้อหาเพื่อปรับจากการใช้วินิจฉัยตัวโรคในปัจจุบันเป็นการเคยมีโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติดตลอดทั้งชีวิต มีค่าความน่าเชื่อถือที่สูงทั้งการทดสอบซ้ำและการเทียบระหว่างเครื่องมือในการวินิจฉัยการติดสารเสพติด เช่น ผื่นหรืออนุพันธ์ ซึ่งมีค่า kappa = 1.00 และ 0.97 ตามลำดับ<sup>(14)</sup> ทั้งนี้ แบบทดสอบนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for Windows Version 16 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ การทดสอบไคสแควร์ และ Fisher's Exact Test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ทดสอบ logistic regression ด้วยวิธี backward likelihood ratio เพื่อดูความสัมพันธ์ของตัวแปรเมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลพื้นฐาน ครอบครัวยุค และความผิดปกติทางจิตเวช และการใช้สารเสพติด

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมในการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำในแบบที่มีความรุนแรงโดยมีคะแนน SDS เฉลี่ย  $4.2 \pm 2.2$  คะแนน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ยประมาณ  $27 \pm 7$  ปี ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศชายและส่วนใหญ่มิระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือมากกว่า โดยพบผู้มีสถานภาพสมรสเป็นโสดมากกว่าผู้ที่สมรส หรือเป็นหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ส่วนใหญ่ทำงานมีรายได้ และมีที่พักอาศัยเป็นของตนเองเกือบ

ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลที่ต้องรับผิดชอบดูแล ในด้านครอบครัวพบว่าร้อยละ 38 ของกลุ่มตัวอย่างให้ประวัติว่ามีการใช้สารเสพติด เช่น เมทแอมเฟตามีน กัญชา แอลกอฮอล์ในครอบครัว (มีผู้ไม่ตอบร้อยละ 18.4) ในด้านของความสัมพันธ์ พบว่ามีผู้มีความสัมพันธ์กับมารดา และบิดาอยู่ในระดับที่มากถึงมากที่สุด มีร้อยละ 58 และ 42 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่เห็นว่าตนเองมีระดับความสัมพันธ์กับเพื่อนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดมีเพียงร้อยละ 36.4 แต่กลับพบว่าบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาว่างอยู่ด้วยเป็นส่วนใหญ่คือ

เพื่อน รองลงมาคือ ครอบครัว และอยู่คนเดียว ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งตอบว่าตนเองมีปัญหาคีร์วก่อนเข้ารับการบำบัดครั้งปัจจุบัน และประมาณเกือบครึ่งหนึ่งเช่นกันที่ตอบว่าตนเองมีปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตใจโดยมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลาง จนถึงมากที่สุด ในช่วง 30 วันก่อนเข้ารับการบำบัด โดยความผิดปกติทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ บุคลิกภาพแบบอันธพาล รองลงมาคือ ภาวะไฮโปแมนเนีย ภาวะซึมเศร้า และภาวะแมนเนีย ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัว และความผิดปกติทางจิตเวชของผู้เสพติดเมทแอมเฟตามีน  
เข้าที่เข้ารับการบำบัด

	ผู้เข้ารับการรักษ (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<b>เพศ</b>		
ชาย	134	53.6
หญิง	116	46.4
<b>สถานภาพสมรส</b>		
สมรส	93	37.2
หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	43	17.2
โสด	114	45.6
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	232	92.8
อื่น ๆ เช่น คริสต์ อิสลาม	18	7.2
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	101	40.4
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	149	59.6
<b>ประกอบอาชีพมีรายได้</b>	191	76.4
<b>มีบุคคลที่ต้องรับผิดชอบดูแล</b>	89	35.6
<b>มีที่พักอาศัยเป็นของตนเองหรือครอบครัว</b>	183	73.2
<b>มีบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา</b>	96	38.4
<b>แอลกอฮอล์</b>		
<b>ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับมารดา</b>		
น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์	63	25.2
ปานกลาง	42	16.8
มากถึงมากที่สุด	145	58.0



ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัว และความผิดปกติทางจิตเวชของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน  
ซ้ำที่เข้ารับการรักษา (ต่อ)

	ผู้เข้ารับการรักษา ( N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<b>ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบิดา</b>		
น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์	104	41.6
ปานกลาง	41	16.4
มากถึงมากที่สุด	105	42.0
<b>ระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเพื่อน</b>		
น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์	83	33.2
ปานกลาง	76	30.4
มากถึงมากที่สุด	91	36.4
<b>บุคคลที่ใช้เวลาว่างส่วนใหญ่อยู่ด้วย (N = 247)</b>		
ครอบครัว	99	40.1
เพื่อน	105	42.5
อยู่คนเดียว	43	17.4
<b>มีปัญหาครอบครัวในช่วง 30 วันก่อนเข้ารับการรักษา</b>	130	52.0
<b>มีปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตใจในช่วง 30 วันก่อนเข้ารับการรักษา</b>	115	46.0
<b>บุคลิกภาพแบบอันธพาล</b>	65	26.0
<b>ภาวะซึมเศร้า (ในตลอดช่วงชีวิต)</b>	26	10.4
<b>ภาวะแมเนีย (ในตลอดช่วงชีวิต)</b>	17	6.8
<b>ภาวะไฮโปแมเนีย (ในตลอดช่วงชีวิต)</b>	43	17.2

นอกเหนือจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังเคยติดสารเสพติดชนิดอื่น โดยติดบุหรี่เป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือแอลกอฮอล์ สารเสพติดอื่น ๆ (เช่น สารระเหย กระเทียม) กัญชา และ ผื่นหรือสารอนุพันธ์จากฝิ่น ตามลำดับ วิธีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนที่นิยมมากที่สุด คือ วิธีการสูดควัน เหตุผลส่วนใหญ่ในการเสพยาครั้งแรกคือ ต้องการทดลอง แต่เหตุผลส่วนใหญ่ในการเสพยาซ้ำ คือ เพื่อนชวน และต้องการคลายเครียด ทั้งนี้ ผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยวิธีการบังคับบำบัดในครั้งปัจจุบันและมีความเห็นว่าผลกระทบในด้านของกฎหมายที่ต้องเผชิญนั้นมีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือไม่รุนแรงมากที่สุด รองลงมาคือ เห็นว่าผลกระทบดังกล่าวมีความรุนแรง

ปานกลาง ตามด้วยรุนแรงมากถึงมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับการรักษาครั้งแรก สำหรับผู้ที่เคยเข้ารับการรักษามาก่อนพบว่าผู้ที่เคยผ่านการบำบัดจำนวนสูงสุดคือ 5 ครั้ง ส่วนใหญ่หยุดการใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้นานอย่างน้อย 1 เดือนโดยการอยู่ในสถานที่ควบคุมหรือเรือนจำ รองลงมาคือ การอยู่ในสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้มากที่สุดในการหยุดการเสพยาเมทแอมเฟตามีนได้ในครั้งหลังสุดเป็นเวลากว่า 1 เดือน คือ การหักดิบด้วยตนเอง และส่วนใหญ่มียะเวลาที่สามารถหยุดเสพยาได้ก่อนเข้ารับการรักษาครั้งปัจจุบันอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 20 เดือน (ค่าเฉลี่ย  $14.1 \pm 26.2$  เดือน สูงสุดหยุดได้ 20 ปี) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2. การใช้สารเมแทมเฟตามีน สารเสพติดอื่น และประวัติการรักษาของผู้ที่เสพติดเมแทมเฟตามีนซ้ำ

	ผู้เข้ารับการรักษ (N = 250)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<b>ความรุนแรงในการเสพติดเมแทมเฟตามีนซ้ำ (ครั้งปัจจุบัน)</b>		
รุนแรง (SDS* $\geq 4$ คะแนน)	153	61.2
ไม่รุนแรง (SDS < 4 คะแนน)	97	38.8
<b>สาเหตุการเสพติดเมแทมเฟตามีนครั้งแรก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ต้องการทดลอง	207	82.8
ต้องการคลายเครียด	73	29.2
เพื่อนชวน	137	54.8
เห็นเพื่อนใช้	114	45.6
<b>สาเหตุการเสพติดเมแทมเฟตามีนซ้ำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ต้องการทดลอง	30	12.0
ต้องการคลายเครียด	123	49.2
เพื่อนชวน	144	57.6
เห็นเพื่อนใช้	120	48.0
<b>วิธีการเสพติดเมแทมเฟตามีนที่ใช้บ่อยที่สุด (N = 249)</b>		
กิน	11	4.4
สูดหรือสูบควัน	238	95.6
<b>รูปแบบการเข้าบำบัด (ครั้งปัจจุบัน)</b>		
เข้ารักษาโดยสมัครใจ	32	12.8
เข้ารักษาโดยบังคับบำบัด	218	87.2
<b>ความรุนแรงของปัญหาทางกฎหมายด้านสารเสพติดที่กำลังเผชิญอยู่ (N = 218)</b>		
ไม่เคยถึงเล็กน้อย	104	47.7
ปานกลาง	71	32.6
มากถึงมากที่สุด	43	19.7
<b>วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้งหลังสุด</b>		
บำบัดแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล	15	6.0
อยู่ในสถานที่ห้ามเสพ	34	13.6
หักดิบด้วยตนเอง	187	74.8
หาสารอื่นทดแทน	14	5.6
<b>ระยะเวลาที่สามารถหยุดการเสพยาบ้าครั้งหลังสุด (เดือน)</b>		
1 เดือน	64	25.6
มากกว่า 1 เดือน ถึง 20 เดือน	134	53.6
มากกว่า 20 เดือน	52	20.8
<b>ติดสารเสพติดอื่น (ในตลอดช่วงชีวิต)</b>		
แอลกอฮอล์	100	40.0
บุหรี่	180	72.0
สารเสพติดอื่นๆ เช่น สารระเหย กระจกอม เหล้าแห้ง	57	22.8
ฝิ่นหรืออนุพันธ์	11	4.4
กัญชา	48	19.2

\*SDS, Severity Dependence Scale.

### ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการติดกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงในการเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับปัจจัยในด้านต่าง ๆ ในตารางที่ 3 พบว่าผู้ที่มึระดับความรุนแรงในการเสพยาในแบบรุนแรงจะมีสัดส่วนผู้ที่มีสถานภาพโสด และหมายเหยร้าง หรือ แยกกันอยู่ มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีความรุนแรงของการเสพยาในแบบไม่รุนแรงและมีสัดส่วนของการนับถือศาสนาพุทธน้อยกว่าผู้ที่เสพยาแบบไม่รุนแรง ( $p < 0.05$ ) โดยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานทั่วไปอื่น ๆ กับความรุนแรงของการเสพยาทั้งนี้ ผู้ที่เสพยาแบบรุนแรงจะมีสัดส่วนการใช้เวลาวางเป็นส่วนใหญ่กับครอบครัวน้อยกว่าผู้ที่มีการเสพยาแบบไม่รุนแรง ใช้เวลาวางเป็นส่วนใหญ่กับเพื่อนมากกว่าผู้ที่มีการใช้สารซ้ำว่าผู้ที่เสพยาแบบไม่รุนแรง โดยจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบิดาในระดับน้อยกว่าผู้ที่เสพยาแบบไม่รุนแรง และมีสัดส่วนการมีปัญหากับครอบครัวในช่วง 30 วันก่อนการบำบัดมากกว่าผู้ที่เสพยาแบบไม่รุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัญหาทางจิตใจนั้น พบว่าผู้ที่เสพยาในระดับที่รุนแรงมีสัดส่วน

การตอบว่ามีปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตในช่วง 30 วันก่อนการบำบัดตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงมากที่สุด มากกว่าผู้ที่เสพยาแบบไม่รุนแรง นอกจากนี้ ผู้เสพยาแบบรุนแรงมีปัญหาบุคลิกภาพแบบอันธพาล ภาวะเมเนีย รวมถึงการติดแอลกอฮอล์ กัญชา หรือสารเสพติดอื่น ๆ เช่น สารระเหย กระเทียม ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้เสพยาแบบไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน โดยไม่พบว่าภาวะทางจิตเวชอื่น ๆ จะมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเสพยา อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่าผู้ที่มีการเสพยาในแบบรุนแรงได้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจในครั้งปัจจุบัน และใช้การบำบัดในโรงพยาบาลเป็นวิธีการที่ใช้หยุดการเสพยาได้นานกว่า 1 เดือนในครั้งล่าสุดก่อนครั้งปัจจุบัน ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่เสพยาแบบไม่รุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ไม่พบว่าการใช้วิธีการบำบัดแบบอื่น รวมถึงปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น การใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว วิธีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนที่ใช้บ่อยที่สุด สาเหตุการใช้ซ้ำ ความรุนแรงของผลกระทบด้านกฎหมายที่กำลังเผชิญ และระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพยา จะมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเสพยา ( $p > 0.05$ )

### ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

	การใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ				$\chi^2$	df	p-Values
	ไม่รุนแรง ( <i>n</i> = 97)		รุนแรง ( <i>n</i> = 153)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สถานภาพสมรส							
สมรสแล้ว	49	50.5	44	28.8	14.3	2	0.001 <sup>a</sup>
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	9	9.3	34	22.2			
โสด	39	40.2	75	49.0			
ศาสนา							
พุทธ	94	96.9	138	90.2	4.0	1	0.045 <sup>a</sup>
อิสลาม คริสต์ อื่น ๆ	3	3.1	15	9.8			
ความสัมพันธ์กับบิดา							
น้อยถึงไม่มีความสัมพันธ์	37	38.1	67	43.8	7.5	2	0.024 <sup>a</sup>
ปานกลาง	10	10.3	31	20.3			
มากถึงมากที่สุด	50	51.5	55	35.9			

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

	การใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ		$\chi^2$		df	p-Values
	ไม่รุนแรง (n = 97)	รุนแรง (n = 153)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>บุคคลที่ใช้เวลาว่างด้วยเป็นส่วนใหญ่</b>						
ครอบครัว	50	52.1	49	32.5	11.0	2 0.004 <sup>a</sup>
เพื่อน	36	37.5	69	45.7		
อยู่คนเดียว	10	10.4	33	21.9		
มีปัญหาในครอบครัวใน 30 วันก่อน	42	43.3	88	57.5	4.8	1 0.028 <sup>a</sup>
มีปัญหาอารมณ์ใน 30 วันก่อน	32	34.4	83	54.2	10.8	2 0.005 <sup>a</sup>
ภาวะเมเนีย (ในตลอดช่วงชีวิต)	2	2.1	15	9.8	5.6	1 0.018 <sup>a</sup>
บุคลิกภาพแบบอันธพาล	17	17.5	48	31.4	5.9	1 0.015 <sup>a</sup>
ติดแอลกอฮอล์	31	32.0	69	45.1	4.3	1 0.039 <sup>a</sup>
ติดกัญชา	11	11.3	37	24.2	6.3	1 0.012 <sup>a</sup>
ติดสารเสพติดอื่น ๆ	14	14.4	43	28.1	6.3	1 0.012 <sup>a</sup>
<b>รูปแบบการเข้าบำบัด (ครั้งปัจจุบัน)</b>						
เข้ารักษาโดยสมัครใจ	5	5.2	27	17.6	8.3	1 0.004 <sup>a</sup>
เข้ารักษาโดยบังคับบำบัด	92	94.8	126	82.4		
<b>วิธีการที่ใช้หยุดยาได้ครั้งหลังสุด</b>						
บำบัดแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล	0	0.0	15	9.8	12.5	3 0.006 <sup>a</sup>
สถานที่ห้ามเสพ	18	18.6	16	10.5		
หักดิบด้วยตนเอง	74	76.3	113	73.9		
หาสารอื่นทดแทน	5	5.2	9	5.9		

<sup>a</sup> p < 0.05 Chi-Square test, two-tailed

จากตารางที่ 4 เมื่อทำการควบคุมตัวแปรอื่น ๆ เพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำ โดยใช้สถิติการถดถอยด้วยวิธี backward likelihood ratio ผลปรากฏว่าการมีสถานภาพสมรสหย่า หรือแยกกันอยู่และผู้ใช้สถานภาพสมรสโสดมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำในแบบรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสอยู่ร่วมกับคู่สมรส โดยสามารถทำนายได้ว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสหย่า หรือแยกกันอยู่มีโอกาสในการกลับมาเสพติดในแบบที่รุนแรงคิดเป็น 4.4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่สมรส และผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด มีโอกาสในการกลับมาเสพติดในแบบที่รุนแรง

คิดเป็น 1.9 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่สมรส นอกจากนี้ บุคคลที่ติดสารเสพติดอื่น ๆ เช่น สารระเหย กระทั่งมั่วรวมด้วย เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเสพติดในแบบที่รุนแรง โดยสามารถทำนายได้ว่าผู้ติดสารเสพติดอื่น ๆ เหล่านี้ มีโอกาสในการกลับมาเสพติดในแบบที่รุนแรงคิดเป็น 2.4 เท่า เมื่อเทียบกับบุคคลที่ไม่เคยติดสารเสพติดอื่น ๆ มาก่อนที่น่าสนใจคือ บุคคลที่เข้ารักษาโดยสมัครใจ (ครั้งปัจจุบัน) เป็นผู้มีการเสพติดในระดับที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มที่เข้ารักษาโดยการบังคับบำบัด โดยสามารถทำนายได้ว่าบุคคลที่เข้ารักษาโดยสมัครใจ มีการเสพติดในแบบที่รุนแรงคิดเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับบุคคลที่เข้ารักษาโดยบังคับบำบัด

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงในการใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอย

ปัจจัยศึกษา	p-Values	Adjusted OR	95% Confidence Interval of Adjusted OR	
			Lower	Upper
สถานภาพสมรส				
สมรส	-	-	-	-
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	0.001	4.44	1.80	10.99
โสด	0.04	1.87	1.02	3.45
ติดยาเสพติดอื่นๆ เช่น				
สารระเหย กระทั่ง				
ไม่ใช่	-	-	-	-
ใช่	0.02	2.36	1.14	4.86
รูปแบบการเข้าบำบัด (ครั้งปัจจุบัน)				
เข้ารักษาโดยบังคับบำบัด	-	-	-	-
เข้ารักษาโดยสมัครใจ	0.04	3.03	1.05	8.74

## วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงระดับความรุนแรงของการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้กำลังรับการบำบัด ณ สถาบันรักษารักษ์ จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่าการมีสถานภาพสมรสที่ไม่ได้อยู่ร่วมกันเป็นคู่ เช่น โสด หรือเป็นหม้าย หย่าร้าง หรือ แยกกันอยู่ รวมถึงรูปแบบการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจในครั้งปัจจุบัน และการติดยาเสพติดอื่น ๆ เช่น สารระเหย ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรุนแรงในการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

การสมรสหรือการมีคู่ครองจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลหรือเป็นหนึ่งในปัจจัยด้านครอบครัวที่ บ่งถึงว่าบุคคลหนึ่งมีระบบการสนับสนุนทางสังคม สิ่งทีพบในการวิจัยนี้ มีความสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าการมีสถานภาพสมรสแบบเดียว หรือการมีปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวหรือสังคมที่ดีจะมีความสัมพันธ์กับการใช้สารหรือการกลับมาเสพยาเสพติดโดยทั่วไปซ้ำ เช่น

การสูบบุหรี่<sup>(15)</sup> การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>(16, 17)</sup> หรือแม้กระทั่งการเสพยาเมทแอมเฟตามีนเอง<sup>(18)</sup> นอกจากนี้ ปัจจัยด้านครอบครัวที่พบว่าอาจมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำแม้ไม่นัยสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอย คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์กับบิดาที่ไม่ดี การรายงานว่ามีปัญหากับครอบครัว และการใช้เวลาว่างส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวน้อย ทั้งนี้ ปัจจัยด้านครอบครัวเหล่านี้ อาจทำให้ผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนมีความสามารถในการตัดสินใจหรือความสามารถ ในการดูแลตนเองไม่ดีเท่าที่ควรเมื่อต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากขาดแรงสนับสนุนทางครอบครัว จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้กลับมาเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำในแบบที่รุนแรงดังกล่าว ผลที่ได้เหล่านี้เป็นการยืนยันถึงความสำคัญของปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยสนับสนุนทางสังคมที่อาจมีส่วนช่วยในการป้องกันการกลับไปติดยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

การมีความผิดปกติทางจิตเวช และการติดสารเสพติดอื่น ๆ มีความเกี่ยวเนื่องกับความอยาก การใช้และการหวนกลับมาใช้สารเสพติด<sup>(19-21)</sup> อาจกล่าวได้ว่ากลไกความเกี่ยวข้องระหว่างความผิดปกติทางจิตเวชกับการติดสารเสพติดแบ่งได้เป็นสองรูปแบบใหญ่ ๆ คือ การมีสาเหตุเกิดจากปัจจัยเดียวกัน และการที่ความผิดปกติหนึ่งเป็นสาเหตุของอีกความผิดปกติหนึ่ง<sup>(22)</sup> ทั้งนี้ จากผลการศึกษาเบื้องต้นพบแนวโน้มว่าผู้ที่รายงานว่ามีปัญหาทางอารมณ์ใน 30 วันก่อนหน้าเข้ารับการบำบัดและการมีบุคลิกภาพแบบอันธพาลจะมีความรุนแรงของการเสพยาเมเฟตามีนซ้ำครั้งนี้ได้สูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>(23, 24)</sup> ผลการศึกษาที่ได้บ่งว่าปัญหาทางอารมณ์ที่มารวมถึงการมีลักษณะนิสัยที่เป็นแบบควบคุมอารมณ์ตนเองได้ยากหรือไม่ยังคิด อาจทำให้กลับไปเสพยาเมเฟตามีนซ้ำได้อีก นอกจากนี้ยังพบภาวะเมเนียร์ในผู้เสพยาเมเฟตามีนซ้ำได้สูงกว่าที่พบในประชากรปกติทั่วไปที่พบเพียงร้อยละ 1-4<sup>(25)</sup> ซึ่งโดยตัวสารเมเฟตามีนเอง อาจทำให้ผู้เสพยาเมเฟตามีนมีอาการคล้ายภาวะเมเนียร์หรือไฮโปเมเนียร์ได้เช่นกัน จึงอาจเป็นเหตุให้พบภาวะดังกล่าวได้สูงในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษายังไม่สามารถระบุได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการเสพยาเมเฟตามีนหรือไม่ ทั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางจิตเวชที่กล่าวถึงข้างต้นกับความรุนแรงของการเสพยาเมเฟตามีนเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอย เช่นเดียวกับประวัติการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะที่พบว่ามีแนวโน้มสัมพันธ์กับการเสพยาเมเฟตามีนซ้ำแบบรุนแรงเช่นกัน โดยปัจจัยด้านการติดสารเสพติดอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการเสพยาเมเฟตามีนซ้ำแบบรุนแรงเมื่อนำเข้าสมการการถดถอยมีอยู่เพียงปัจจัยเดียว คือ การติดสารจำพวกสารระเหยหรือกระท่อม อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีการเสพยาเมเฟตามีนในสัดส่วนที่สูงพอ และสามารถเป็นตัวแทนการติดสารเสพติดอื่นได้ ทั้งนี้จากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าผู้เสพยาเมเฟตามีนซ้ำประมาณร้อยละ 15-20 มีประวัติการติดสารเสพติดอื่นมากกว่า 1 ชนิดเสมอ โดยพบว่าผู้เสพยาเมเฟตามีนซ้ำมักใช้สารอื่นทดแทน เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง เมื่อไม่สามารถหา

เมเฟตามีนได้ กลัวถูกจับ หรือต้องการเลิกเสพยาเมเฟตามีน<sup>(26)</sup> นอกจากนี้ การมีการติดสารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย บ่งว่าผู้นั้นย่อมมีปัญหาคติสารที่มีความรุนแรงและซับซ้อน จึงอาจเป็นสาเหตุให้มีการกลับมาใช้เมเฟตามีนซ้ำในระดับที่รุนแรงได้

รูปแบบการบำบัดแบบสมัครใจหรือบังคับ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพยาเมเฟตามีนซ้ำ ทั้งนี้ การที่บุคคลหนึ่งจะสมัครใจเข้ารับการรักษาหรือปรึกษาปัญหาการเสพยาเมเฟตามีนใด ๆ ของตนเองนั้น มักมีการติดสารที่รุนแรงจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ หรือหน้าที่ความรับผิดชอบการทำงาน<sup>(27, 28)</sup> และการมีการติดสารที่รุนแรงในเบื้องต้นนี้ อาจส่งผลต่อการกลับไปเสพยาเมเฟตามีนซ้ำหลังการบำบัดรักษา จึงไม่น่าแปลกใจที่การศึกษาครั้งนี้จะพบว่า การบำบัดในครั้งปัจจุบันแบบสมัครใจจะมีความสัมพันธ์กับการเสพยาเมเฟตามีนซ้ำแบบรุนแรง เช่นเดียวกับการศึกษาของศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเมเฟตามีนที่ทำการศึกษามาโดยบังเอิญโดยศึกษาการกลับไปเสพยาเมเฟตามีนซ้ำหลังเข้ารับการบำบัด 1 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดเนื่องจากมีความต้องการเลิกเสพยาเมเฟตามีนด้วยตนเองหรือได้รับการขอรับรองจากครอบครัว จะมีการกลับไปเสพยาเมเฟตามีนซ้ำได้สูงถึงประมาณร้อยละ 20 ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่มากกว่าการเข้ารับการบำบัดเนื่องจากถูกจับ หรือ การถูกแจ้งให้เข้ารับบำบัดจากฝ่ายปกครอง (ประมาณร้อยละ 10) อย่างเกือบมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.054$ )<sup>(29)</sup> ในทำนองเดียวกัน วิธีการที่ใช้เพื่อเลิกการเสพยาเมเฟตามีนได้สำเร็จก่อนกลับมาใช้ซ้ำ พบว่าการเคาระรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพยาเมเฟตามีนซ้ำในแบบที่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ที่บำบัดแบบผู้ป่วยในมีอัตราการกลับไปเสพยาเมเฟตามีนซ้ำมากกว่าการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรืออยู่ในค่ายหรือสถานกักกัน<sup>(29)</sup> ซึ่งอธิบายได้ในทำนองเดียวกันว่า หากใช้การรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นวิธีการเลิกเสพยาเมเฟตามีน อาจแสดงว่าพื้นฐานเดิมน่าจะเป็นผู้ที่มีการเสพยาเมเฟตามีนที่รุนแรงมาก่อน จึงเป็นไปได้ว่าถึงแม้จะหยุดเสพยาเมเฟตามีนได้ ก็สามารถที่จะกลับไปเสพยาเมเฟตามีนซ้ำในแบบที่รุนแรงสืบเนื่องจากพื้นฐานที่เสพยาเมเฟตามีนรุนแรงมาก่อนนั่นเอง

ผลการศึกษาอื่นๆ ที่ได้เกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้เสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ พบว่ามีความสอดคล้องกับองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่ก่อน แม้ว่าจะไม่พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการเสพติดก็ตาม เช่น ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แม้ว่าการศึกษา เดิมจะพบในผู้ที่มีอายุค่อนข้างต่ำกว่า 25 ปี ที่มีการกลับมาเสพติดในแบบที่รุนแรงและมีแนวโน้มว่าจะลดลงเรื่อย ๆ<sup>(30, 31)</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ นั้นกำหนดให้เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป นอกจากนี้ เหตุผลสำคัญในการก้าวเข้ามาสู่วงจรของปัญหาสารเสพติดในการเสพเมทแอมเฟตามีนครั้งแรก พบว่าเป็นเรื่องของความต้องการที่จะทดลอง ซึ่งเหตุผลดังกล่าวดูเหมือนจะเป็นเหตุผลที่อยู่คู่กับปัญหาการเสพติดมาโดยตลอด ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของสุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย ในปี พ.ศ. 2522<sup>(32)</sup> ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 246 คน ก็มีข้อค้นพบเช่นเดียวกัน แม้ระยะเวลาจะผ่านเลยมามากกว่า 30 ปีแล้วก็ตาม นอกจากนี้ ยังพบการเสพติดในครอบครัว สอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้<sup>(33)</sup> อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 3 ของกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่ให้เหตุผลของการเสพเมทแอมเฟตามีนว่าเกิดจากการเห็นคนในครอบครัวใช้จากเดิมสารเสพติดโดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า มักจะได้รับความนิยมในการเสพจากกลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาต่ำและต้องทำงานที่ไร้แรงงานเข้มข้น เพื่อให้สามารถทำงานได้นานขึ้นมากขึ้นและหนักขึ้น แต่ปัจจุบันกลับเป็นสารที่ถูกใช้ในวงกว้างไม่ใช่เพียงกลุ่มผู้ใช้แรงงานเท่านั้น โดยผู้ที่มีการศึกษาที่สูงขึ้น เช่น ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ก็หันมาเสพเพื่อความบันเทิงเช่นเดียวกัน<sup>(34)</sup> เนื่องมาจากฤทธิ์ของเมทแอมเฟตามีนส่งผลให้ผู้เสพรู้สึกคึกคัก ตื่นตัวไม่ง่วง มีอาการเมาแบบเคลิ้มอ่อน ๆ เกิดความรู้สึกมีความสุข อันเป็นผลจากการหลั่งสารโดปามีนบริเวณระบบลิมบิกนั่นเอง<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ จากผลการศึกษาเบื้องต้น พบว่าการนับถือศาสนามีความสัมพันธ์กับรูปแบบ

ความรุนแรงในการเสพติดแต่เมื่อนำไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยกลับไม่พบความสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเพราะเกิดจากผลบวกเทียมในเบื้องต้นจากการมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไปหรือมีกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอื่นนอกเหนือจากศาสนาพุทธจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 7 เท่านั้น อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมก็ไม่พบปัจจัยด้านการนับถือศาสนาจะมีผลต่อความรุนแรงของการกลับไปเสพติด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดของการวิจัยที่ควรคำนึงถึง คือ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยไม่ได้ควบคุมความรุนแรงของการเสพติดที่มีอยู่เดิมก่อนที่จะหยุดเสพ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรุนแรงของการเสพติดตั้งแต่ต้นก่อนที่จะสามารถหยุดสารได้ครั้งก่อนในระดับที่มีความหลากหลาย นอกจากนี้ยังเป็นการ ศึกษา “ความรุนแรง” ของการเสพติด โดยไม่ได้เป็นศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่กลับไปเสพติดกับไม่ได้เสพติด จึงไม่สามารถนำไปใช้ในการทำนายการกลับไปเสพติดได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้ค้นพบว่าปัจจัยด้านครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม เช่น การไม่มีคูครอง การติดสารเสพติดอื่น ๆ และ การเข้าบำบัด รักษาแบบสมัครใจ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงของการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ จึงควรเป็นเรื่องที่ต้องตระหนักในการป้องกันการกลับมาติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำในแบบรุนแรง โดยอาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพยาบาลทุกท่าน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันธัญญารักษ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการประสานงาน และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ ผศ.พญ. ชุติมา หุ่มเรืองวงศ์ ผศ.(พิเศษ) นพ. ภัทร พิทยรัตน์เสถียร และ นางสาว อังคณา กมลเพชร ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของแบบสอบถามวัดระดับความรุนแรงการติดสารเสพติด ขอขอบคุณ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่



กรุณาแนะนำเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล และที่สำคัญยิ่งคือ ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี งานวิจัยนี้ ได้รับสนับสนุนเงินทุนวิจัยจากทุนพัฒนานักวิจัยรุ่นกลาง (RMU5380025: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) และ ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ (นางสาว วรรณญา จิตรพอง) จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### อ้างอิง

1. กรมราชทัณฑ์. สถิติ ผู้ต้องราชทัณฑ์ [ออนไลน์]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2552]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.correct.go.th/stat102/>
2. กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม. จำนวนผู้เข้ารับ การฟื้นฟูของสำนักงานคุมประพฤติทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2546-2552 [ออนไลน์]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2552]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.154.185.6/web/index.php?q=node/188>
3. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. มาตรการ ในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด [ออนไลน์]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2552]. เข้าถึง ได้จาก: <http://www.oncb.go.th>
4. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. รูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2547
5. กรมคุมประพฤติ. กระทรวงยุติธรรม. รายงานสรุปผล การปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 (เดือนตุลาคม 2550 - เมษายน 2551) [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 29 เม.ย. 2552]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.154.185.6/web/index.php?q=node/264>.
6. Gorski TT. The Cenaps model of relapse prevention: basic principles and procedures, J Psychoactive Drugs 1990 Apr - Jun; 22(2): 125-33
7. สมภพ เชาว์เพชรไพโรจน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูแล้ว ศึกษาเฉพาะกรณี ผู้ป่วยชายที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารงาน ยุติธรรม คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์, 2550.
8. Cruickshank CC, Dyer KR. A review of the clinical pharmacology of methamphetamine, Addiction 2009 Jul;104(7):1085-99
9. Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, Strang J. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction [online]. 1995 May [cited 2009 Apr 29]; 90(5): 607-14. Available from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?>
10. Gossop M, Best D, Marsden J, Strang J. Letters to the editor. Addiction [online]. 1997 Mar [cited 2009 Apr 29]; 92(3):353-4. Available from: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119158170/PDFSTART>
11. Topp L, Mattick RP. Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. Addiction [online]. 1997 Jul [cited 2009 Apr 29];92(7):839-45. Available from: <http://web.ebscohost.com/>
12. พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปฐ 2546 ม.ค. - เม.ย.;19(1):18-9
13. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the



- development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* [online]. 1998 [cited 2009 Apr 29];59 Suppl 20:22-57 Available from: [http://www.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayareferences/Sheehan\\_1998.pdf](http://www.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayareferences/Sheehan_1998.pdf)
14. Malison RT, Kalayasiri R, Sanichwankul K, Sughondhabirrom A, Mutirangura A, Pittman B, Gueorguieva R, Kranzler H, Gelernter J. Inter-rater reliability and validity of DSM-IV opioid dependence in a Hmong isolate using the Semi-Structured Assessment for Drug Dependence and Alcoholism Thai version. In: College on Problem on Drug Dependence 71st Annual Meeting; Reno/Sparks, Nevada; 2009.p.93
  15. Sanders D, Peveler R, Mant D, Fowler G. Predictors of successful smoking cessation following advice from nurses in general practice. *Addiction* 1993 Dec; 88(12): 1699 - 705
  16. Booth BM, Russell DW, Soucek S, Laughlin PR. Social support and outcome of alcoholism treatment: an exploratory analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1992; 18(1): 87-101
  17. Skutle A. Association between gender and marital status and confidence in remaining abstinent among alcohol abusers in treatment. *Addiction* 1999 Aug; 94(8):1219-25
  18. Mau MK, Asao K, Efird J, Saito E, Ratner R, Hafi M, Seto T. Risk factors associated with methamphetamine use and heart failure among native Hawaiians and other Pacific Island peoples. *Vasc Health Risk Manag* 2009 ;5(1):45 - 52
  19. Nakama H, Chang L, Cloak C, Jiang C, Alicata D, Haning W. Association between psychiatric symptoms and craving in methamphetamine users, *Am J Addict* 2008 Sep - Oct; 17(5): 441-6
  20. Wingo AP, Ghaemi SN. Frequency of stimulant treatment and of stimulant-associated mania/hypomania in bipolar disorder patients. *Psychopharmacol Bull* 2008; 41(4): 37 - 47
  21. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 2004 Nov 15; 56(10):730-7
  22. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications, *Harv Rev Psychiatry* 1997 Jan - Feb; 4(5): 231-44
  23. วิโรจน์ สุ่มใหญ่. ยาบ้า. กรุงเทพมหานคร: ชีระการพิมพ์, 2543.
  24. สมภพ เรืองตระกูล. เวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2546.
  25. Ketter T. Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder *J Clin Psychiatry* 2010 Jun;71(6):e14
  26. บังอร สุปรีดา, อรุณญา แพ้จุ้ย, พัทธ์ชัย สุริยะใจ, เกษฏาวัลย์ ตันริยงค์, กัณณิกา สิทธิพงษ์. การสำรวจอัตราการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทดแทนยาบ้าของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในภาคเหนือ. *กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*, 2549.
  27. Ekprechakul T, Jitpong W, Verachai V, Kakayasiri R. Rate of alcohol consults in individuals with alcohol dependence. (In submission)
  28. O'Toole TP, Pollini RA, Ford D, Bigelow G. Physical health as a motivator for substance abuse treatment among medically ill adults:

- is it enough to keep them in treatment?,  
Subst Abuse Treat 2006 Sep;31(2):143-50
29. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. การสำรวจ  
อัตราการเสพยาและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด  
ทดแทนยาบ้าของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษา  
ในภาคเหนือ. กรมการแพทย์ กระทรวง  
สาธารณสุข, 2549.
30. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด  
สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม. แนวคิด  
การป้องกันยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง.  
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งศิลป์การพิมพ์  
(1977), 2552: 331.
31. ไพฑูรย์ แสงพุ่ม, ธนะรัชต์ นามผลดี. ปกิณกะสาระ  
เส้นทางชีวิตผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร:  
สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายา  
เสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรม,  
2550: 1132.
32. สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. การศึกษาภาวการณ์ติดยา  
เสพติดซ้ำของผู้ป่วยซึ่งมารักษาที่โรงพยาบาล  
พระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลธัญญารักษ์  
[วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต].  
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522: 43
33. พ.ต.ต.หญิงธชกานต์ ปัทมะศิริ. ปัจจัยทางสังคมที่มี  
ผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัด  
ยาเสพติดที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัด  
ปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาสังคมวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัย  
เกษตรศาสตร์, 2542
34. วิชัย ไปษะจินดา, อุษณีย์ พึ่งปาน, วิภา ด้านธำรงกุล.  
สถานภาพการบริโภคสารเสพติดในประเทศไทย.  
กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบัน  
วิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
2545