

ปัจจัยทางจิต – สังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษา  
ในโรงพยาบาลศัลยกรรมกระดูกด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน



นาย ก. สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ

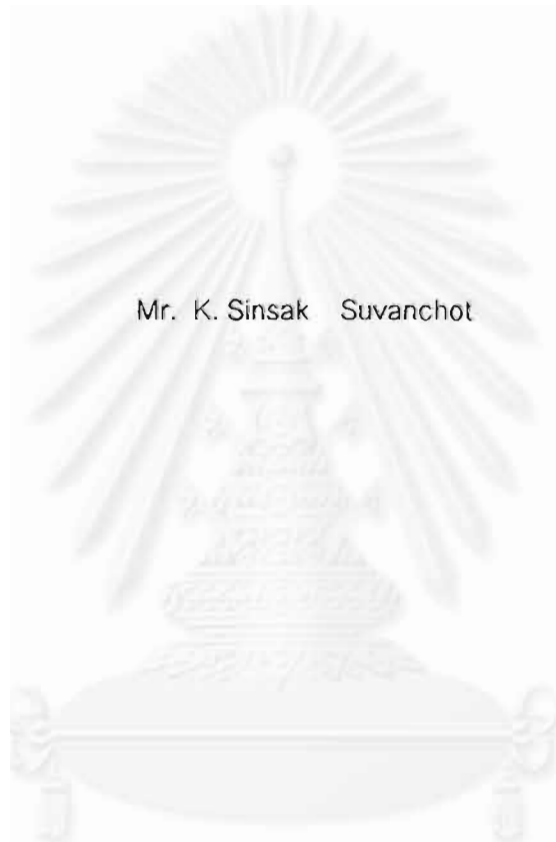
สถาบันวิทยบริการ  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2542

ISBN 974-333-331-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PSYCHO – SOCIAL FACTORS OF NEW PATIENTS WITH AMPHETAMINE AND  
HEROIN USE DISORDER IN THANYARAK HOSPITAL



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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkon University

Academic Year 1999

ISBN 974-333-331-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทางจิต – สังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาใน  
โรงพยาบาลรัฐบุรุษด้วยภาวะผิดปกติกจากกรใช้ยาบ้า  
และเฮโรอีน

โดย

นาย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ

ภาควิชา

จิตเวชศาสตร์

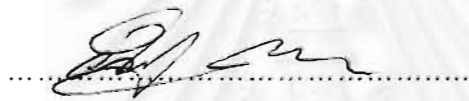
อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์นายแพทย์อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร

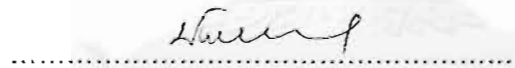
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้มหาวิทยาลัยวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต



คณบดีคณะแพทยศาสตร์

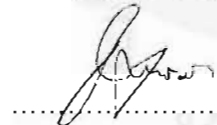
( ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล )

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



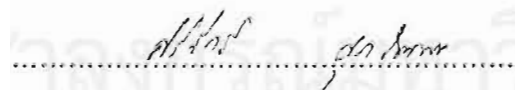
ประธานกรรมการ

( รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ )



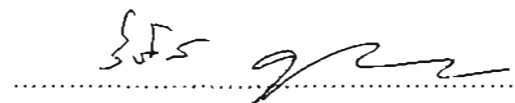
อาจารย์ที่ปรึกษา

( อาจารย์นายแพทย์อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง )



อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

( อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร )



กรรมการ

( อาจารย์วีวัฒน์ ชุตมประเสริฐกุล )

ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ : ปัจจัยทางจิต - สังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน (PSYCHO-SOCIAL FACTORS OF NEW PATIENTS WITH AMPHETAMINE AND HEROIN USE DISORDER IN THANYARAK HOSPITAL)  
อ.ที่ปรึกษา : อาจารย์นายแพทย์อรรถพล สุนทรธาวินัย ณ พัทลุง , อ.ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร ; 152 หน้า , ISBN 974-333-331-2.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสภาพจิตใจ และสภาพสังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 350 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์สภาพทางสังคม และแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้างในผู้ป่วย 10 ราย ค่าสถิติที่ใช้ประกอบด้วย ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าฐานนิยม, ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด และเปรียบเทียบความแตกต่างโดย Chi-square test , Fisher's exact test และ Unpaired t-test ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS PC

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเสพยาบ้าจำนวน 302 คน และผู้ป่วยเสพยาเฮโรอีนจำนวน 48 คน ผู้ป่วยเริ่มเสพยาเสพติดเมื่ออายุเฉลี่ย  $16.58 \pm 3.31$  ปี (อายุต่ำสุด = 11 ปี, อายุสูงสุด = 29 ปี) ผู้ป่วยเสพยาเสพติดก่อนมาได้รับการรักษาเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ย  $26.61 \pm 17.72$  เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 62.6 ได้รับการชักจูงให้เสพยาเสพติดจากเพื่อน ผู้ป่วยร้อยละ 94.7 เคยมีเพื่อนเสพยาเสพติด ผู้ป่วยร้อยละ 91.7 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 95.2 สามารถหาซื้อยาเสพติดได้ง่ายภายในเวลา 10 นาที - 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยเสพยาบ้ามีช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรกต่ำกว่าผู้ป่วยเสพยาเฮโรอีนอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ผู้ป่วยเสพยาบ้าใช้เสพยาติมาเป็นระยะเวลานานน้อยกว่าผู้ป่วยเสพยาเฮโรอีนอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และ ผู้ป่วยเสพยาบ้าใช้เงินในการซื้อยาเสพติดน้อยกว่าผู้ป่วยเสพยาเฮโรอีนอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ส่วนใหญ่สภาพปัญหาจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.4 คือ ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 42.3 มีความผิดปกติทางจิตชนิดคลุ้มคลั่ง (Manic disorder) และร้อยละ 34.9 มีความผิดปกติทางจิตชนิดซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) ผู้ป่วยเสพยาบ้ามีอัตราการเกิดความผิดปกติทางจิตชนิดหวาดกลัว (Panic attack) และความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง (Manic disorder) มากกว่าผู้ป่วยเสพยาเฮโรอีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาบ้าและเฮโรอีนของผู้ป่วยคือ ปัญหาครอบครัว, ความรู้สึกด้อยคุณค่าของตนเอง, การมีเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด, การถูกชักชวนให้ใช้ยาเสพติดโดยกลุ่มเพื่อน, สามารถหาซื้อยาเสพติดได้ง่ายในชุมชน และสภาพปัญหาทางจิตใจที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดต้องการให้สังคมยอมรับเพื่อช่วยให้มีกำลังใจที่จะเลิกเสพยาเสพติด

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์  
สาขาวิชา สุขภาพจิต  
ปีการศึกษา 2542

ลายมือชื่อผู้วิจัย.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

# # 4075201330: MAJOR MENTAL HEALTH

key word : PSYCHO-SOCIAL FACTORS / AMPHETAMINE USE DISORDER / HEROIN USE DISORDER /  
NEW PATIENT

K. SINSAK SUVANCHOT: PSYCHO-SOCIAL FACTORS OF NEW PATIENTS WITH  
AMPHETAMINE USE DISORDER AND HEROIN USE DISORDER IN THANYARAK HOSPITAL.  
THESIS ADVISOR: ATTAPOL SUKONTHAPIROM NA PATTALUNG, MD. THESIS COADVISOR:  
SIRILUCK SUPPAPITIPORN, MD; 152 pp. ISBN 974-333-331-2.

The purposes of this study were to explore psychological and social conditions of new patients who suffered from amphetamine use disorder and heroin use disorder. The subject of this study included 350 new patients who were treated in Thanyarak hospital. The instrument consisted of social interview form and diagnostic interview for mental disorder. In-depth interview was conducted on 10 new patients. Percentage, mean, standard deviation, Mode, maximum and minimum were determined. Chi-square test, Fisher's Exact test and t-test were used for statistical analysis. All of data were analyzed with SPSS program.

In this study, it was found that 302 patients used amphetamine and 48 patients used heroin. The average age that they started using drug was  $16.58 \pm 3.31$  years (minimum =11 years, maximum = 29 years). The average time that they started using drug until they got treatments was  $26.61 \pm 17.72$  months. Most of them, 62.6 percent, were encouraged using drug by peers. 94.7 percent, associated with peers who used drug. 91.7 percent, were educated about harmfulness of drug abuse. Almost all of them, 95.2 percent, could obtain drug within 10 minutes to 1 hour. Initiation age of amphetamine users that started using drug was significantly lower than heroin users ( $p$ -value  $< 0.05$ ). Drug using periods of amphetamine users were significantly lower than heroin users ( $p$ -value  $< 0.05$ ). Expenditure on drug of amphetamine users was significantly lower than heroin users ( $p$ -value  $< 0.05$ ). Mood disorder was the most prominent psychological problem in 51.4 percent of subjects. Manic disorder was the most common finding, 42.3 percent, follow by major depressive disorder, 34.9 percent. Amphetamine users were significantly more affected by panic attack and manic disorder than heroin users ( $p$ -value  $< 0.05$ ). In-depth interview revealed that factors related to amphetamine and heroin use disorder were as follow: family problems, low self esteem, peer drug use, encouragement by peers, available drug distribution in community and psychological problem. Most of patients need social acceptance in order to stop using drug.

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์  
สาขาวิชา สุขภาพจิต  
ปีการศึกษา 2542

ลายมือชื่อนิติกร.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์นายแพทย์อรุณพล สุนธากิรมย์ ณ พัทลุง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และ อาจารย์วินัส อุดมประเสริฐกุล ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือ และชี้แนะในการดำเนินงานและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ และเนื่องจากทุนการวิจัยครั้งนี้บางส่วนได้รับมาจากทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์เอม อินทกรณ์, อาจารย์นายแพทย์สมชาย มาลสุขุม และอาจารย์นายแพทย์วิเชียร ดีเป็นธรรม ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ คณะแพทย์, พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลธัญญารักษ์ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ, ให้คำแนะนำและคอยอำนวยความสะดวกในการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ อาจารย์วงศ์วรรณ วงศ์สุภา ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของรายการอ้างอิง

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ซึ่งสนับสนุนในด้านการเงินและให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอจนสำเร็จการศึกษา และขอขอบพระคุณพี่น้องและเพื่อน ๆ ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมาทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	8
ค่านิยมที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	11
ความหมายของยาเสพติด.....	11
เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดยาเสพติด.....	12
ยาเสพติดให้โทษชนิดยาบ้า.....	14
ยาเสพติดให้โทษชนิดเฮโรอีน.....	17
สภาวะความผิดปกติทางจิตที่เกิดร่วมกับการติดยาเสพติด.....	19
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด.....	22
งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศไทย.....	27
งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดของต่างประเทศ.....	29

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	31
รูปแบบการวิจัย.....	31
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	31
ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33
การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ.....	34
การรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	38
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	39
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางสังคม.....	53
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางจิตของผู้ป่วย.....	83
ส่วนที่ 4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง.....	88
5. แนะนำสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอ.....	98
สรุปผลการศึกษา.....	98
อภิปรายผลการศึกษา.....	102
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย.....	109
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	109
รายการอ้างอิง.....	111
ภาคผนวก.....	119
ภาคผนวก ก. แบบสัมภาษณ์สภาพทางสังคม.....	120
ภาคผนวก ข. ประเด็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก.....	130
ประวัติผู้วิจัย.....	152



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงสถิติผู้ป่วยติดยาเสพติดทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ประจำ ปีงบประมาณ 2540-2541 .....	4
2 แสดงสถิติการจับกุมคดีเกี่ยวกับยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2538-2541 .....	6
3 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	40
4 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการทำงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วย.....	44
5 แสดงวิธีการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้า และเฮโรอีน.....	47
6 แสดงค่าเฉลี่ยของความถี่ และปริมาณในการเสพยาเสพติดของผู้ป่วย.....	48
7 แสดงจำนวนและร้อยละของการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วยของผู้ป่วย.....	48
8 แสดงจำนวนและร้อยละของชนิดยาเสพติดที่ใช้ร่วมกับการเสพยาบ้า และเฮโรอีน.....	49
9 แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพการใช้ยาเสพติดในลักษณะต่าง ๆ ของผู้ป่วย .....	50
10 แสดงค่าเฉลี่ยของช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก, ระยะเวลาในการใช้ยาเสพติด และ จำนวนเงินที่ต้องจ่ายในการซื้อหายาเสพติด .....	51
11 แสดงค่าเฉลี่ยของอายุ, รายได้ของบิดามารดาของผู้ป่วย และรายได้ครอบครัวของ ผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีน .....	53
12 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับลักษณะอาชีพของบิดา และมารดาของผู้ป่วย.....	54
13 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของบิดาและมารดาของผู้ป่วย .....	55
14 แสดงจำนวนและร้อยละของความสัมพันธ์ระหว่างบิดา และมารดาของผู้ป่วย.....	56
15 แสดงจำนวนของพี่น้องในครอบครัวของผู้ป่วย (n=350) .....	57
16 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการเสพยาเสพติดของบิดามารดา และ พี่น้องของ ผู้ป่วย.....	58
17 แสดงจำนวนและร้อยละของชนิดยาเสพติดที่บิดา และมารดาของผู้ป่วยเสพ.....	59
18 แสดงจำนวนและร้อยละของรูปแบบการเลี้ยงดู .....	60
19 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติโรคจิต-ประสาทในกลุ่มญาติพี่น้อง.....	61
20 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้สึกของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมกา รเสพยาเสพติดของผู้ป่วย.....	62

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	หน้า
21 แสดงจำนวนครั้ง, Minimum, Maximum, Mean และ SD. ของประวัติการแต่งงานของผู้ป่วย (n = 61).....	62
22 แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ของคู่สมรส.....	63
23 แสดงจำนวนและร้อยละของรายละเอียดของผู้ป่วยที่ยังเป็นโสด.....	66
24 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการศึกษาของผู้ป่วย.....	68
25 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วย.....	70
26 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มเพื่อน.....	74
27 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะชุมชน.....	76
28 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการได้มาซึ่งยาเสพติด.....	78
29 แสดงค่า Chi-Squares ( $\chi^2$ ) , p-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ระหว่างการเสพยาบ้าและเฮโรอีนกับปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม.....	80
30 แสดงค่า t-test และ p-value ของความสัมพันธ์ระหว่างการเสพยาบ้าและเฮโรอีนกับปัจจัยด้านระยะเวลา, ช่วงอายุ และรายได้.....	82
31 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านการทดสอบด้วยแบบทดสอบที่ใช้ในการคัดกรอง และวินิจฉัยโรคทางจิตเวช.....	83
32 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่พบในผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีน.....	84
33 แสดงจำนวนและร้อยละของความผิดปกติทางจิตชนิดต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วยเสพยาบ้าและเฮโรอีน.....	86
34 แสดงค่า Chi-Squares ( $\chi^2$ ) , p-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ระหว่างการเสพยาบ้าและเฮโรอีนกับการเกิดภาวะความผิดปกติทางจิตชนิดต่าง ๆ.....	87

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

- 1 แสดงสภาพและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด..... 23



บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ( Background and Rationale )

ปัจจุบันนี้ปัญหาสาธารณสุขนับว่าเป็นปัญหาระดับโลกที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นซึ่งมีความเกี่ยวพันโดยตรงกับสุขภาพของประชาชน รวมทั้งลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนกระทั่งถึงความมั่นคงของประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้นปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดไม่ได้ยิ่งหย่อนไปกว่าประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเดียวกัน ซ้ำยังขึ้นชื่อด้านสถานที่ในการผลิตยาเสพติด เช่น ทางภาคเหนือของประเทศไทย นับว่าเป็นแหล่งผลิตฝิ่นที่สำคัญของโลก จนกระทั่งรู้จักกันดี ในนามของ "สามเหลี่ยมทองคำ" <sup>(1)</sup> จากผลการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) ประเทศไทยสามารถชะลอการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่สูงมากในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ( พ.ศ.2530 - 2534) ซึ่งเป็นผลทำให้มีเสถียรภาพทางเศรษฐกิจมากขึ้น แม้จะพยายามชะลอการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 แล้วแต่ทว่ายังไม่สามารถสร้างสมดุลย์ระหว่างการพัฒนาสังคมและการพัฒนาเศรษฐกิจได้ กล่าวคือ ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศยังมีความล้าหลัง ในขณะที่การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอยู่ในมือคนส่วนน้อยของประเทศ ดังนั้นในท้ายสุดของการพัฒนาในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 นั้น การพัฒนาจึงอยู่ในสภาพ "เศรษฐกิจดี สังคมมีปัญหา การพัฒนาไม่ยั่งยืน" <sup>(2)</sup> การที่ประชาชนไม่สามารถปรับตัวได้ตามสถานการณ์ (Culture Lag) ได้ส่งผลต่อสภาวะทางด้านสุขภาพจิต พบว่าปัจจุบันนี้ความเครียดซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้นและผลกระทบที่ตามมาคือ การไม่สามารถจัดการกับความรับผิดชอบหรือภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งในสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษาและสถาบันทางสังคมอื่น ๆ จนเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย ก่อให้เกิดภาวะที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถที่จะปรับตัวได้ตามสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นดังนั้นปัญหาด้านสุขภาพจิตจึงสูงขึ้น รวมทั้งเป็นมูลเหตุที่ทำให้ประชาชนใช้วิธีการที่ไม่ถูกต้องในการแก้ปัญหาของตน เช่นการใช้ยาเสพติดและอื่น ๆ <sup>(2,3)</sup> แนวโน้มสภาพเศรษฐกิจสังคม และทิศทางการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ที่มุ่งเน้นการแข่งขันเพื่อสร้างความมั่นคงและความก้าวหน้าทางรายได้ ทำให้

คนไทยและสังคมไทยมีความเป็นวัตถุนิยมมากขึ้นทุกขณะ พฤติกรรมการบริโภคอย่างฟุ่มเฟือย เพื่อแสดงถึงความร่ำรวยได้กลายเป็นตัววัดคุณค่าของคนในสังคม ทำให้เกิดการแสวงหาความร่ำรวยในรูปแบบต่าง ๆ โดยที่ไม่คำนึงว่าพฤติกรรมที่นำไปสู่ความร่ำรวยดังกล่าวเหล่านั้นจะขัดต่อหลักศีลธรรม คุณธรรมและจริยธรรม มีการเอาัดเอาเปรียบและใช้อำนาจในทางที่ผิดหรืออาศัยช่องว่างในการแสวงหาผลประโยชน์จากกระบวนการค้ายาเสพติด เมื่อหันมามองถึงโครงสร้างของครอบครัวซึ่งเคยมีขนาดใหญ่ อยู่กันแบบพร้อมหน้าพอ แม่ ลูกและปู่ ย่า ตา ยาย นับว่าเป็นครอบครัวแบบชายนั่น ได้กลับกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวและมีขนาดเล็กลงตามลำดับทั้งในสังคมเมืองและสังคมชนบท โดยเฉพาะพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันในลักษณะครอบครัว ซึ่งมีสามีและภรรยาอยู่ร่วมกันจะมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงเป็นผลให้ครอบครัวขาดความอบอุ่นมีปัญหาในการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ ความมั่นคงทางสังคมของครอบครัวซึ่งถือเป็นปราการด่านแรกในการคุ้มครองป้องกันภัยจากยาเสพติดได้ลดน้อยถอยไปด้วย พร้อม ๆ กับระบบความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวก็ได้เปลี่ยนไปในทางที่ก่อให้เกิดปัญหาเยาวชนและปัญหาสังคมมากยิ่งขึ้นซึ่งปรากฏการณ์ทางสังคมดังกล่าวข้างต้นนับได้ว่าเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะผลักดันหรือเกื้อกูลให้ปัญหาจากยาเสพติดเกิดการขยายตัวและทวีความรุนแรงมากขึ้น<sup>(3)</sup>

สถานการณ์ปัญหาเสพติดในปัจจุบันนี้ มีสถานการณ์ปัญหารุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาการแพร่ระบาดได้กระจายไปในทุกกลุ่มประชากรเป้าหมาย และครอบคลุมพื้นที่เกือบครึ่งหนึ่งของชุมชนทั่วประเทศ<sup>(4)</sup> ถึงแม้ว่าจะมีกฎหมายอย่างชัดเจนในการกำหนดโทษผู้ติดยาเสพติดไว้เพียงใดก็ตาม ปัญหาเสพติดก็มีได้หมดไปจากเมืองไทย กลับยิ่งขยายแพร่ระบาดมากขึ้น ทั้งประเภทของยาเสพติดซึ่งสมัยก่อนมีเพียง 4-5 ชนิด เช่น บุหรี่ สุรา ฝิ่น กัญชา กระต่อม จนปัจจุบันกลายเป็น 10-20 ชนิด คือ นอกจากยาเสพติดที่มีอยู่เดิมแล้ว ยังมียาเสพติดตัวใหม่ที่มีวิวัฒนาการจากตัวเดิม เช่น จากฝิ่นผลิตเป็นมอร์ฟีน เฮโรอีน ส่วนยาเสพติดที่ทำให้เมานอกจากสุราได้เพิ่มเป็นเซโคนาล (เหล้าแห้ง) และเห็ดเมา ยาเสพติดที่ทำให้เกิดอาการหลอนประสาทนอกจากกัญชา กระต่อม ลำโพง ซึ่งมีอยู่เดิมแล้ว ยังมีแอลเอสดี สารระเหยต่าง ๆ เช่น ทินเนอร์ แล็คเกอร์ เบนซิน กาวยาง นอกจากนั้นปัจจุบันนี้ยังนิยมเสพยากระตุ้นประสาทเพิ่มขึ้น เช่น ยาบ้า (Amphetamine, Methamphetamine)<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ผู้เสพยังได้นำเอาสารหรือยาที่ใช้เพื่อการหนึ่งมาใช้เพื่อจุดประสงค์เป็นนิสัยด้วย ดังนั้นจึงยิ่งทำอันตราย ต่อตัวผู้เสพทั้งทางร่างกาย ระบบประสาท และทางจิตใจ ดังจะเห็นได้จากสภาพการใช้ยาบ้า ของนักเรียนในปัจจุบัน ได้เปลี่ยนวัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อการดูหนังสื่อได้ทนนานในช่วงของการสอบมาเป็นการใช้เพื่อความสนุกสนานคึกคะนอง<sup>(6)</sup> นอกเหนือจากการกินตามปกติ ปัจจุบันปรากฏว่ามีเยาวชนใช้แบบไอระเหย โดยจะนำเอาเม็ดยาบ้ามานวด

แล้วใส่แผ่นกระดาษตะกั่วและจุดไฟลงข้างใต้ เพื่อให้เกิดไอระเหยแล้วจึงสูดดมเข้าปอด ทำให้ยา  
 บ้าถูกดูดซึมเข้าทางเส้นเลือดฝอยภายในปอดและออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองในเวลาที่รวดเร็ว<sup>(6,7)</sup>  
 จากสถานการณ์เหล่านี้เมื่อเชื่อมโยงกับสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และทิศทางการ  
 พัฒนาประเทศที่กล่าวมามีข้อบ่งชี้ได้ว่า ประเทศไทยมีแนวโน้มและศักยภาพที่จะกลายเป็นศูนย์กลาง  
 กลางยาเสพติดสูงมาก และยาน้ำมันเป็นตัวยาเสพติดที่จะต้องให้ความสำคัญเนื่องจากมีแนวโน้ม  
 การขยายตัวของปัญหาทั้งในด้านการผลิต การค้า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่ระบาดซึ่งมีมาก  
 ขึ้นในทุกพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายทั้งในกลุ่มประชากรผู้เสพติดเดิมและในกลุ่มประชากรผู้เสพติดใหม่  
 คือ เกษตรกร, กลุ่มแรงงานอุตสาหกรรมขนาดเล็กซึ่งพบได้ตามจังหวัดต่าง ๆ , กลุ่มแรงงานอิสระ  
 และกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาต่าง ๆ<sup>(3)</sup> ลักษณะเด่นที่สำคัญที่สุดของปัญหาการค้ายาบ้าแตกต่าง  
 ไปจากตัวอื่น ๆ อย่างชัดเจนก็คือความเชื่อมโยงระหว่างผู้ผลิตและผู้ค้ายาบ้ากลุ่มกลไกของรัฐและ  
 ผู้มีอิทธิพลในพื้นที่โดยกลุ่มบุคคลเหล่านี้มีพฤติกรรมสนับสนุนและให้ความคุ้มครองการผลิตและ  
 การค้ายาบ้า ทำให้ขบวนการเหล่านี้สามารถเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับกลไกการเมืองทั้งในระดับ  
 ท้องถิ่นและในระดับชาติสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มกลายเป็นเครือข่ายอิทธิพล หากว่ายังไม่มี  
 มาตรการที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพพอเพียงแล้ว ในอนาคตสภาพ  
 ปัญหายาบ้าคงเป็นปัญหาสำคัญที่สามารถสร้างความสูญเสียและมีผลกระทบต่อความมั่นคงของ  
 ประเทศชาติ ปัจจุบันประเทศไทยนอกจากจะเป็นฐานการผลิตยาบ้าที่สำคัญแห่งหนึ่งแล้วปรากฏ  
 ว่าได้มีการขยายฐานการผลิตยาบ้าไปยังประเทศ ลาว กัมพูชา และพม่า จากผลกำไรของการค้า  
 ยาบ้าที่ค่อนข้างมากกว่าตัวยาอื่น ๆ ทำให้มีนักค้ายาบ้าหน้าใหม่ ๆ เข้าสู่วงการค้าเพิ่มขึ้นอยู่ตลอด  
 เวลา นอกจากนี้ปรากฏว่ากลุ่มนักค้าเฮโรอีนในภาคเหนือได้มีการหันมาค้ายาบ้าเพิ่มมากขึ้นด้วย  
 ในลักษณะควบคู่ไปกับการค้าเฮโรอีน จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้สามารถคาดหมายว่าใน  
 อนาคตจุดจำหน่ายยาบ้าจะมีการกระจายตัวอย่างกว้างขวางทั่วประเทศทั้งในเขตเมืองและใน  
 ชนบท อีกตัวยาหนึ่งคือ เฮโรอีน (Heroin) ซึ่งจากภาวะการขาดแคลนเฮโรอีนในช่วงกลางปี 2539  
 เป็นต้นมาได้ส่งผลให้ราคาปรับตัวสูงขึ้น จึงทำให้มีแนวโน้มการลักลอบผลิตเฮโรอีนภายใน  
 ประเทศไทย รวมทั้งการลักลอบปลูกฝิ่นเพื่อใช้ในการผลิตเฮโรอีนเพิ่มสูงขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม  
 สถานการณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นในระยะเวลานึงเท่านั้น ผลที่ตามมาคือจะมีการลักลอบผลิตใน  
 เขตป่าเขาที่เคยเป็นฐานของการผลิตเฮโรอีนมาก่อนรวมทั้งการผลิตเฮโรอีนในหมู่บ้านชาวเขาซึ่ง  
 เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ทำให้เกิดการกระจายการผลิตให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เฮโรอีนนับเป็นยาเสพติดที่  
 มีโครงสร้างฝิ่นรากลึกและเป็นปัญหากับประเทศไทยมาตลอดระยะเวลา 37 ปี และในปัจจุบันยัง  
 ไม่สามารถที่จะดำเนินการเพื่อที่จะขจัดปัญหานี้ให้หมดไปจากสังคมไทยได้<sup>(8,9)</sup>

จากการรายงานสถิติวิเคราะห์ระบบข้อมูลการติดตามเสด็จในปีปฏิทิน 2540 จากฝ่ายระบบข้อมูล สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดพบว่ามีจำนวนผู้ติดตามเสด็จที่ได้รับการรักษาทั่วประเทศ = 38,895 คน แบ่งเป็นผู้เข้ารับการรักษาใหม่ = 20,058 คน ลักษณะของยาหรือยาเสพติดที่ใน 30 วันก่อนเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดคือ เฮโรอีนเบอร์ 4 จำนวน 24,728 คน (63.7%) และลำดับที่สองคือ ยาบ้า จำนวน 10,024 คน (25.8%) <sup>(9)</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีปริมาณของผู้ติดตามเสด็จจำนวนมากที่มีอาการทางกายและสภาพปัญหาทางจิตใจจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดต่าง ๆ ซึ่งมีกระจายอยู่ทั่วประเทศนับว่าเป็นภาระหนักที่จะต้องดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้

ตารางที่ 1 แสดงสถิติผู้ป่วยติดตามเสด็จทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ประจำปีงบประมาณ 2540-2541

ปีงบประมาณ	2540		2541	
	คน	%	คน	%
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	8,673	100	10,417	100
ผู้ป่วยเพศชาย	8,008	92.33	9,538	91.56
ผู้ป่วยเพศหญิง	655	7.67	879	8.44
กลุ่มอายุ 15-19 ปี	2,503	28.86	3,252	31.22
กลุ่มอายุ 20-24 ปี	2,360	27.21	2,652	25.46
กลุ่มอายุ 25-29 ปี	1,219	14.06	1,317	12.64
ประเภทยาเสพติดที่เสด็จ				
เฮโรอีน	4,115	47.45	3,371	32.36
ยาบ้า	3,269	37.69	5,936	56.98
จำนวนเข้ารับการรักษาครั้งแรก	5,189	59.83	6861	65.86

ที่มาของข้อมูล : งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ <sup>(10)</sup>

ส่วนในด้านช่วงอายุของผู้ใช้ยาเสพติดนั้นยาเสพติดได้มีแนวโน้มที่จะแพร่ระบาดไปสู่กลุ่มเด็กและกลุ่มของเยาวชนที่มีอายุน้อยลง โดยสามารถวิเคราะห์ได้จากสถิติวิเคราะห์ข้อมูลการติดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2538 พบว่ามีผู้ติดยาเสพติดในช่วงอายุ 15-19 ปี = 23.4 % , อายุ 20-24 ปี = 28.4 % , อายุ = 25-29 ปี = 17.3 % <sup>(11)</sup> ส่วนข้อมูลในปีงบประมาณ 2539 พบว่า มีผู้ติดยาเสพติดในช่วงอายุ 15-19 ปี = 24.8 % , อายุ 20-24 ปี = 28% , อายุ 25-29 ปี = 16.2 % <sup>(12)</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าช่วงอายุของผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มกระจายในกลุ่มของเด็ก และวัยหนุ่มมากขึ้นนับว่าเป็นระดับที่รุนแรงมาก เนื่องจากฐานของการติดยาเสพติดมีลักษณะที่กว้างขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มที่จัดว่าเป็นอนาคตของชาติ ซึ่งจะก่อให้เกิดสภาพปัญหาต่าง ๆ ตามมาอย่างมากมายซึ่งก่อให้เกิดปัญหาหรือความเสียหายทั้งแก่ตัวผู้เสพ, ครอบครัว, สังคม, ประเทศ และโลกโดยส่วนรวมอย่างมากมายมหาศาล <sup>(13)</sup> ปัญหาเหล่านั้นได้แก่

1. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดการใช้จ่าย สูญเสียเงินเป็นจำนวนมากในการซื้อหา ยาเสพติดมาเสพ ยาเสพติดบางตัว เช่น เฮโรอีนมีราคาสูงมาก และเมื่อเสพแล้วก็ไม่ยอมทำงาน ทำให้ต้องหาเงินโดยวิธีที่ไม่สุจริต เช่น อาจมีการลักขโมย ฉกชิงวิ่งราว ไปจนถึงการฆ่าผู้ที่ขัดขวาง หรือไม่สนองตอบความต้องการของตน ซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียเงินเพื่อซื้อสิ่งที่เป็นอันตรายเข้าสู่ตัว ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียเงินไปในทางที่ไร้ประโยชน์เป็นจำนวนมหาศาล <sup>(14)</sup>

2. ปัญหาทางด้านสุขภาพ ปัญหายาเสพติดนำไปสู่ปัญหาความเจ็บป่วย ความเสื่อมโทรม และความพิการของร่างกายซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ชีวิตมากขึ้น และเป็นภาระแก่ผู้อื่นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การเปลี่ยนแปลงนี้มีลักษณะเกิดขึ้นในระยะที่ผู้ป่วยเสพยาอย่างจริงจังซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในแต่ละคนก็แตกต่างกันตามสภาพร่างกายเดิม โรคแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติดรวมถึงพิษจากยาเสพติดโดยทั่วไปจะสังเกตเห็นภาวะทุโภชนาการในระดับต่าง ๆ, ร่องรอยของอุบัติเหตุ, ความเสื่อมทางระบบประสาททั้งส่วนกลางและส่วนปลาย, โรคติดเชื้อและความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ นอกจากสุขภาพกายแล้ว สุขภาพจิต และศีลธรรมของบุคคลนั้นก็ จะตกต่ำลง เพราะผู้ติดยาเสพติดซึ่งถ้าเดิมมีความมั่นใจภูมิใจในตัวเองอยู่บ้าง เมื่อติดยาเสพติดแล้วความมั่นใจ ภูมิใจเหล่านี้จะหมดไปทันที และจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การพูดปด ไม่รับผิดชอบ การมีปมด้อย ความก้าวร้าว หรือการถดถอย <sup>(14,15)</sup>

3. ปัญหาทางด้านสังคม ยาเสพติดทำให้สัมพันธภาพส่วนบุคคลเสียไปพร้อม ๆ กับการเสพยาเสพติดมากขึ้น เริ่มจากในบ้าน เพื่อนฝูง ญาติ และการทำงานอาชีพ โดยคนรอบข้างมักแสดงความผิดหวังและขุ่นเคืองที่ผู้ป่วยติดยาเสพติดไม่ทำตามสัญญา ขาดความรับผิดชอบ ทำให้ไม่มีใครอยากคบหรือทำงานร่วมด้วย เพื่อนจะมีน้อยลงแต่เพื่อนที่คบหาอยู่มักเป็นเพื่อนที่เสพยาเสพติด



ด้วยเป็นส่วนมาก ในครอบครัวผู้ป่วยจะขาดความรับผิดชอบตามบทบาทที่ดีของตนเอง การขาดวินัยและความรับผิดชอบก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และความขมขื่นใจให้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ท้องถิ่นใดที่มีปัญหาของยาเสพติดมาก ท้องถิ่นนั้นก็ไม่ได้ปลอดภัยไม่น่าอยู่กลายเป็นแหล่งมั่วสุมกระทำสิ่งผิดกฎหมายอื่น ๆ ตามมามากมายหลายประการ ในฐานะที่ประเทศไทยมีรายได้หลักสำคัญอย่างหนึ่งคือการท่องเที่ยว หากสังคมไทยไม่ปลอดภัย นักท่องเที่ยวดี ๆ ก็ไม่อยากจะมาเที่ยวทำให้สูญเสียผลประโยชน์ที่ประเทศชาติพึงจะได้รับ<sup>(14,15)</sup>

ตารางที่ 2 แสดงสถิติการจับกุมคดีเกี่ยวกับยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2538-2541

ปีพ.ศ.	จำนวนคดียาเสพติดชนิดต่าง ๆ (คดี)					
	เฮโรอีน	ยาบ้า	กัญชา	สารระเหย	อื่น ๆ	รวม
2538	40,878	20,358	51,184	28,176	2,957	143,553
2539	25,274	52,073	44,068	25,989	4,000	151,404
2540	16,978	78,170	33,753	23,079	4,562	156,542
2541	12,545	119,169	24,138	17,271	4,301	177,424

ที่มาของข้อมูล : ฝ่ายระบบข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด<sup>(16)</sup>

จากสถิติการจับกุมยาเสพติดทั่วประเทศ จะเห็นได้ว่าการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดมีจำนวนการก่อคดีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากอดีตจวบจนปัจจุบันนี้ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างยิ่ง รวมทั้งผลพวงจากเสพยาเสพติดนั้น ก่อผลเสียทั้งทางด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตทั้งของตัวผู้เสพเองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของการกระทำผิด และการบำบัดรักษาผู้ป่วยจำนวนมากมายเหล่านี้ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในปี 2539 ใช้งบประมาณทั่วประเทศ = 870,105,250 บาท และ ในปีพ.ศ. 2540 ใช้งบประมาณ 1,171,116,050 บาท<sup>(17)</sup> ซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสังคมอย่างมหาศาล

จะเห็นได้ว่าปัญหายาเสพติดนั้นก่อผลกระทบต่อประเทศชาติทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมตลอดจนถึงความมั่นคงของประเทศ ดังนั้นการคิดค้นหาแนวทางในการป้องกัน และปราบปราม

ยาเสพติดให้หมดสิ้นไปนับว่าเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหานั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบถึงสาเหตุการเกิดปัญหา เพื่อแก้ไขปัญหานั้นได้ตรงจุดรวมทั้งมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากที่สุด แม้ว่าในขณะนี้ปัญหาเกี่ยวกับการติดยาเสพติดจะได้รับการสนใจอย่างกว้างขวางมากขึ้นรวมทั้งมีความพยายามค้นหาสาเหตุปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะคำถามที่ว่า ทำไมคนบางคนจึงไม่ติดยาเหมือนคนอื่น ๆ ทั้งที่เผชิญอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน และในขณะที่เริ่มเสพยาเสพติดในระยะใกล้เคียงกันทำไมบางคนจึงดำเนินการเสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่องแต่บางคนสามารถที่จะเลิกได้โดยเด็ดขาด จากการศึกษาที่ผ่านมาได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่าพฤติกรรมการใช้ยานั้นเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวยา, บุคคลและสังคม ซึ่งประกอบด้วยหลาย ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง<sup>(18)</sup> รวมทั้งมีทฤษฎีที่อ้างอิงเกี่ยวกับสาเหตุการติดยาเสพติดมากมายหลายทฤษฎี แต่ในเมืองไทยมีการศึกษาเชิงลึกในด้าน ปัจจัยทางจิต - สังคมค่อนข้างน้อย ดังนั้นในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือเป็นตัวบ่งชี้ถึงพฤติกรรมในการใช้ยาเสพติดนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยทางจิต - สังคม ในผู้ป่วยที่เริ่มติดยาบ้า หรือ เฮโรอีน โดยอ้างอิงทฤษฎีการติดยาเสพติด และ กรอบแนวคิดการเสพยาเสพติดของ WHO Schematic Model เพื่อเป็นการค้นหาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุการติดยาบ้า และเฮโรอีน เพื่อที่นำไปสู่การพัฒนาการป้องกันยาเสพติดในระยะแรก (Primary Prevention) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ ในการจัดโปรแกรมแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ในลำดับต่อไป

#### คำถามของการวิจัย ( Research Questions )

ลักษณะของผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและผู้ป่วยที่เสพอโรอีนมีสภาพทางจิตใจและสภาพสังคมที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย ( Objective )

##### วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อศึกษาสภาพทางจิตใจของผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและผู้ป่วยที่เสพอโรอีน
2. เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและผู้ป่วยที่เสพอโรอีน

### วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยทางจิต - สังคม ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทางด้านจิต-สังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ด้วยภาวะผิดปกติทั้งทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นครั้งแรก โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure interview) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

#### ตัวแปรอิสระ (Independence Variable) คือ

1. ปัจจัยด้านจิตใจ คือ สภาวะความผิดปกติทางสภาพจิตของผู้ป่วยที่เสพยาบ้าหรือเฮโรอีนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น โรคจิต, โรคซึมเศร้า, โรค mania, โรคย้ำคิดย้ำทำ รวมถึงโรคประสาทชนิดต่าง ๆ

2. ปัจจัยทางด้านสังคม คือ ลักษณะของสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวของผู้ป่วยที่เสพยาบ้า และเฮโรอีน เช่น สภาพครอบครัว, รูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดา, ลักษณะของเพื่อนสนิท, ลักษณะของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่, ลักษณะของคู่สมรส และสภาพทางเศรษฐกิจ

ตัวแปรตาม (Dependence Variable) คือ พฤติกรรมการเสพยาบ้า และ เฮโรอีนของผู้ป่วย

### ข้อจำกัดของการวิจัย ( Limitation )

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิต - สังคม ในผู้ป่วยติดยาเสพติด เฉพาะที่โรงพยาบาล ธัญญารักษ์เท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นครั้งแรก ดังนั้นการเก็บข้อมูลจึงใช้เวลาในการดำเนินงานเป็นระยะเวลาอันนานทำให้เกิดความล่าช้า

เนื่องจากไม่สามารถลงทะเบียนข้อมูลภายในกำหนดเวลาช่วงเดียวได้รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่มารับการรักษาก็ไม่สามารถทำนายจำนวนผู้ป่วยได้ล่วงหน้า

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย ( Operational Definition )

**ปัจจัยทางจิต :** สภาพภาวะความผิดปกติทางจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดเฮโรอีนและเฮโรอีนในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

**ปัจจัยทางสังคม :** สภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยทั้งที่เป็นตัวบุคคล, สิ่งของ, วิถีทางการดำรงชีวิตและสื่อต่าง ๆ ที่มีส่วนชักจูงให้มีการเสพยาบ้าและเฮโรอีน

**ผู้ป่วยรายใหม่ :** ผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาในสถานบำบัดแห่งใดมาก่อน และเข้ามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เป็นครั้งแรก

**ผู้ป่วยที่มีภาวะความผิดปกติจากการใช้ยาบ้า :** ผู้ป่วยซึ่งมีรูปแบบการใช้ยาบ้าในรูปแบบที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่อง หรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก หนึ่งอาการ หรือมากกว่าในเวลาใดก็ตามในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

**ผู้ป่วยที่มีภาวะความผิดปกติจากการใช้เฮโรอีน :** ผู้ป่วยซึ่งมีรูปแบบการใช้เฮโรอีนในรูปแบบที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่อง หรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก หนึ่งอาการ หรือมากกว่าในเวลาใดก็ตามในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

**ยาบ้า :** จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 1 โดยที่เม็ดยาอาจจะอยู่ในรูปยาเดี่ยว หรือยาผสม ซึ่งยาเดี่ยวจะเป็นเม็ดยาที่มีสารออกฤทธิ์เพียงชนิดเดียว เช่น แอมเฟตามีน, เมทแอมเฟตามีน สำหรับยาผสมในเม็ดยาจะมีสารออกฤทธิ์ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป เช่น แอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีนผสมคาเฟอีน, แอมเฟตามีน หรือเมทแอมเฟตามีนผสมอีเฟดรีน เป็นต้น ซึ่งยาประเภทนี้จะออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางโดยตรงเมื่อเสพเข้าไป ยังผลให้รู้สึกสุขสบาย ตื่นเต้นและเชื่อมั่นในตัวเองชั่วระยะหนึ่ง

**เฮโรอีน :** จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 1 มีชื่อทางเคมีว่า Diacetyl Morphine Hydrochloride แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ เฮโรอีนบริสุทธิ์ลักษณะเป็นผงละเอียดสีขาว ไม่มีกลิ่น รสขม ละลายน้ำง่าย อีกชนิดคือ เฮโรอีนผสมมีเนื้อเฮโรอีนประมาณ 10-20% มีลักษณะเป็นเกล็ดหรือเม็ดป่นหยาบ ๆ ไม่มีกลิ่น รสขมมีสีต่าง ๆ กันออกฤทธิ์กดประสาททำให้รู้สึกเคลิบเคลิ้ม มึนเมาและนอนหลับ

### ผล หรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application )

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงรูปแบบในการป้องกันการเสพยาเสพติด โดยดำเนินการกับ บุคคล และสังคมที่บุคคลเหล่านั้นอาศัยอยู่ อย่างถูกต้อง และตรงต่อความต้องการมากยิ่งขึ้น

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ผู้รักษาได้ใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัย และรักษาผู้ติดยาเสพติดได้ตรงกับสภาพปัญหามากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้า และกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีน

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประยุกต์ ปรับปรุงรูปแบบการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในเชิงป้องกันการเกิดพฤติกรรมกรรมการติดยาเสพติด

### กรอบแนวคิดในการวิจัย ( Conceptual framework )



- ความสัมพันธ์ของครอบครัว
- กลุ่มเพื่อนใช้ยาเสพติด
- รูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดา
- ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- ความสะดวกในการได้มาซึ่งยาเสพติด
- แรงกดดันทางสังคม



## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมในการศึกษาค้นคว้านี้ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดของบุคคล, ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการใช้ยาเสพติด ตลอดจนสภาพปัญหาทางกาย และจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด โดยจัดหมวดหมู่ในการนำเสนอต่อไปนี้

1. ความหมายของยาเสพติด
2. เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะของการติดยาเสพติด
3. ยาเสพติดให้โทษชนิดยาบ้า
4. ยาเสพติดให้โทษชนิดเฮโรอีน
5. สภาพความผิดปกติทางจิตที่เกิดร่วมกับการติดยาเสพติด
6. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด
7. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด
8. งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศไทย
9. งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดของต่างประเทศ

#### ความหมายของยาเสพติด

ยาเสพติดให้โทษ (Narcotics) มีรากศัพท์มาจากคำว่า narcoses ซึ่งแปลว่าภาวะง่วงซึม ทั้งนี้เพราะว่ายาเสพติดให้โทษเป็นยาที่ทำให้เกิดภาวะง่วงซึม มึนเมา ลดความรู้สึกยังคิด ระวัง ความปวด และทำให้เกิดการเสพยา<sup>(19)</sup>

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามของยาเสพติดไว้ว่า หมายถึง ยาหรือสารที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพและก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้เสพ และยังก่อความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วยนอกจากนี้ยาเสพติดให้โทษยังมีคุณสมบัติพิเศษอีก 3 ประการคือ<sup>(20)</sup>

1. ให้เกิดความต้องการอย่างแรงกล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะหายามาเสพให้ได้ต่อเนื่องกันเป็นระยะ ๆ และจะต้องเสาะแสวงหายามาเสพให้ได้ไม่ว่าจะด้วยวิธีใด ๆ

2. ผู้เสพต้องยอมทนในสภาพอยู่ภายใต้บังคับให้ต้องเสพ ถือเป็นโทษของยาเสพติดนั้น ตลอดไปหยุดไม่ได้

3. ผู้เสพต้องเพิ่มปริมาณในการเสพยามากขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นอันตรายแก่ร่างกายและจิตใจ

ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ยาเสพติดให้โทษหมายความว่า “สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อย ๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กบิให้รวมตลอดถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับ ตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่ด้วย”<sup>(19)</sup>

พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2530 ได้ให้ความหมายของคำว่ายาเสพติดไว้ดังนี้ ยาเสพติดหมายถึง ยาหรือสารเคมีซึ่งเมื่อเสพหรือฉีดเข้าสู่ร่างกายก็จะก่อให้เกิดพิษเรื้อรังทำให้ร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมได้<sup>(21)</sup>

กล่าวโดยสรุป ยาเสพติด คือ วัตถุหรือสารเคมีชนิดต่าง ๆ ที่ผู้เสพนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตามจะก่อผลสำคัญให้ผู้นั้นมีการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

#### เกณฑ์การวินิจฉัยลักษณะการติดยาเสพติด

คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับมาตรฐานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ได้แบ่งลักษณะกลุ่มอาการที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด (Substance Use Disorder) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มดังนี้คือ<sup>(22)</sup>

1. การใช้ยาหรือสารต่าง ๆ ในแนวทางที่ไม่เหมาะสม (Substance Abuse) มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ คือ

1.1 มีรูปแบบการใช้สารต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ซึ่งแสดงออก 1 อาการ หรือ (มากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1.1.1 มีการใช้สารเป็นประจำจนทำให้ไม่สามารถทำงานสำคัญที่จำเป็น เช่น การศึกษาหรืองานบ้านได้ หรือผลจากการทำงานไม่ดีเนื่องจากการใช้สารอันได้แก่ ขาดงานจากการใช้สาร ถูกพักหรือให้ออกจากการศึกษา ละเลยการดูแลบุตรหรืองานบ้าน

1.1.2 มีการใช้สารเป็นประจำในสถานการณ์ที่อาจจะเป็นอันตรายแก่ร่างกาย เช่น ขับรถยนต์ หรือใช้เครื่องจักรขณะอยู่ในสภาพไม่พร้อมจากการใช้สาร

1.1.3 มีปัญหาทางกฎหมายอันเกิดจากสารนั้นอยู่เป็นประจำ เช่น ถูกจับกุมเนื่องจากที่มีพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สาร

1.1.4 คงมีการใช้สาร แม้ก่อให้เกิด หรือกระตุ้นปัญหาสังคม หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลชั้นอยู่ตลอดหรือบ่อย ๆ เช่น ทะเลาะกับคู่สมรสเรื่องผลการใช้สารอย่างมากหรือมีการทำร้ายร่างกายกัน

1.2 อาการไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของการติดยาเสพติด (Substance Dependence) ในการใช้สารชนิดนี้

2. การติดยาเสพติด (Substance Dependence) จะมีรูปแบบของการใช้สารต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ หรือมากกว่าในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาโดยมีอาการดังต่อไปนี้คือ

2.1 มีการติดยาซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

2.1.1 มีความต้องการใช้สารเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อก่อให้เกิด Intoxication (อาการพิษจากยา)หรือผลอื่นที่ต้องการ

2.1.2 ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมากหากคงการใช้สารนั้นในขนาดเท่าเดิม

2.2 มีอาการขาดยา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

2.2.1 มีอาการจำเพาะจากการหยุดสารนั้นซึ่งสารแต่ละชนิดจะก่อให้เกิดอาการขาดยา (Withdrawal) ที่แตกต่างกัน

2.2.2 การใช้สารนั้นหรือสารใกล้เคียงสามารถลดหรือกำจัดอาการขาดยาได้



- 2.3 มีการใช้สารนั้นในปริมาณมาก หรือเป็นระยะเวลาานกว่าที่ตั้งใจ
- 2.4 มีความต้องการสารอยู่ตลอด ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้สารได้
- 2.5 ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สารนั้นมา เช่นการตระเวนไปพบแพทย์หลาย ๆ คน หรือเดินทางไกล ๆ รวมทั้งใช้เวลาอย่างมากในการเสพยาเหล่านั้น หรือในการฟื้นจากฤทธิ์ของยา
- 2.6 ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจอื่นเนื่องจากการใช้สาร
- 2.7 ยังคงมีการใช้สารแม้ทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่นยังคงใช้ Cocaine แม้ทราบว่า Cocaine ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือยังคงดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราทำให้แผลในกระเพาะอาหารเลวลง

#### ยาเสพติดให้โทษชนิดยาบ้า

การใช้สารกระตุ้นระบบประสาทมีประวัติมายาวนาน พบว่าแพทย์จีนได้ใช้สารชื่อมาฮวง (Ma-huang) ในการกระตุ้นการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายมานานกว่า 5,000 ปี และในปี ค.ศ.1887 Nagai ก็พบว่าสารออกฤทธิ์นั้นคือ Ephedrine<sup>(23)</sup>

ยาบ้า (Amphetamine) ถูกสังเคราะห์ขึ้นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ.1887โดย Edetane ซึ่งกระทำโดยเป็นผลการผลิตส่วนหนึ่งจากการผลิตสาร Aliphatic Amines ในปี ค.ศ.1927 ได้มีการนำ Amphetamine มาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์โดยเภสัชกรชาวเมืองแคลิฟอร์เนีย ชื่อ Gordon Alles พบว่า Amphetamine เป็นสารกระตุ้นที่มีฤทธิ์ในการขยายหลอดลม, กระตุ้นการหายใจ, กระตุ้นสมอง, ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นหลอดเลือดตีบเล็กลง, ก่อให้เกิดความสุข, หายเหนื่อยล้า สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น รวมทั้งก่อให้เกิดอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย บริษัท Smith Kline and French ได้นำมาผลิตเป็นยาสูดดมแก้หวัดคัดจมูกชื่อ benzedrine inhalor, นำมาผลิตเป็นยาใช้รักษาโรคง่วงหลับ (Narcolepsy), ลดอาการซุกซนอยู่นิ่งของเด็ก ๆ (Attention Deficit Disorder/Hyperactivity), ใช้ลดน้ำหนักหรือลดความอ้วน และใช้เป็นยากระตุ้นในผู้ที่มีอาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการซึมเศร้า ใช้เป็นยาแก้พิษในผู้ได้ยากดสมองหรือกดประสาทส่วนกลาง<sup>(23,24)</sup>

ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 กองทัพอเมริกันได้นำเข้า Amphetamine มาช่วยในการสงครามโดยใช้กับทหารเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ทนทานขึ้น ภายหลังจากสงครามทหารดัง

กล่าวถูกปลดประจำการได้กระจายข่าวสรรพคุณของยาที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงทนทาน ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของการใช้ยาในทางที่ผิด<sup>(25)</sup>

ยาบ้ามีประวัติการแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2500 และเริ่มมีผู้เสพยาบ้าเข้ารับการรักษาดังแต่ ปี พ.ศ.2512 เป็นต้นมา ในระยะแรกของการแพร่ระบาดของยาบ้าส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานทั้งในภาคการเกษตร, อุตสาหกรรมและการขนส่ง ต่อมาได้ขยายวงกว้างออกไปยังกลุ่มอาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา<sup>(26)</sup> ซึ่งมักนำไปใช้เพื่อความบันเทิง ต้องการทดลองสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ ประกอบกับการชักจูงของบุคคลอื่นเพื่อแสวงหาผลประโยชน์ การระบาดได้ทวีความรุนแรงขึ้นจนกระทั่งกลายเป็นปัญหาของสังคมที่กำลังคุกคามและทำลายเศรษฐกิจและสังคมทำให้รัฐบาลได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2539) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 โดยกำหนดให้สารแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 (จากที่เดิมจัดอยู่ในประเภทวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ.2518)<sup>(27)</sup>

### ประเภทของยาบ้า (Amphetamine)

คำว่ายาบ้า หรือ Amphetamine ที่ใช้กันโดยทั่วไปมักหมายถึงยา 3 ชนิดคือ<sup>(28)</sup>

1. แอมเฟตามีน (Amphetamine) หรือ เบนซิดรีน (Benedrine) หรือ แอลแอมเฟตามีน (L-Amphetamine)
2. เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) หรือที่เรียกกันทั่วไปในอเมริกาว่า Meth, Speed, Crack, Crystal และ Ice
3. เด็กซ์โตรแอมเฟตามีน (Dextroamphetamine) หรือ เด็กซ์ดรีน (Dexedrine) หรือ ดีแอมเฟตามีน (d-amphetamine)

กองควบคุมวัตถุเสพติดสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รายงานตัวยาส้าคัญที่ตรวจพบในยาบ้าดังนี้<sup>(29)</sup>

1. Amphetamine
2. Methamphetamine
3. Ephedrine
4. Caffeine
5. pemoline

6. Dextroamphetamine
7. Fenethyline
8. Theopheline
9. Penproporex

นอกจากนี้อาจจะได้รับสารอื่นปลอมปน เช่น Chlorpheniramine, Phenylpropa-nolamine, Acetaminophen และ Aspirin เป็นต้นดังนั้นผู้เสพยาบ้าจึงมีโอกาสที่จะได้รับสารชนิดต่าง ๆ ในสัดส่วนที่แตกต่างกัน<sup>(30)</sup>

จากการพบว่ามีสารต่าง ๆ ผสมในยาบ้ามากมายหลายตัว จึงได้มีการจัดกลุ่มของยาบ้าไว้ทั้งสิ้น 3 ประเภท ดังนี้คือ<sup>(31,32)</sup>

1. ยาบ้าแท้ เป็นยาบ้ากลุ่มแรกที่แพร่ระบาด ส่วนประกอบที่สำคัญคือ สารออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางจำพวก Amphetamine หรือ Methamphetamine ซึ่งลักษณะเป็นเม็ดกลมแบนสีขาว เริ่มแรกเป็นเม็ดมีรูปร่าง ต่อมาอาจพบรูปมือชูสองนิ้วหรือรูปดาว

2. ยาบ้าปลอม เนื่องจากตัวยา Amphetamine เป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ 1 จึงมีการควบคุมการนำเข้าตลอดจนถึงการผลิตและการจำหน่ายอย่างเข้มงวด จึงได้มีการนำตัวยาซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางแต่ออกฤทธิ์อ่อนกว่ามาใช้แทน ซึ่งได้แก่สารจำพวก Ephedrine, Caffeine หรือ Theopheline

3. ยาบ้าขงน พบที่มีการแพร่ระบาดเมื่อประมาณ ปี พ.ศ.2528 ซึ่งมีสารที่ออกฤทธิ์ชื่อ Penproporex หรือ N-Ethylamphetamine ซึ่งเป็นอนุพันธ์ตัวหนึ่งของ Amphetamine ผสมอยู่ มีคุณสมบัติก้ำกึ่งกันระหว่างยาบ้าแท้ และยาบ้าปลอม ยานี้เมื่อรับประทานแล้วจะถูกเปลี่ยนอย่างรวดเร็วกลายเป็น Amphetamine ภายใน 4 ชั่วโมง

### ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้เสพยาบ้า

การเสพยาบ้าก่อให้เกิดภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกายและจิตใจดังต่อไปนี้<sup>(33,34)</sup>

1. ภาวะพึ่งพายาบ้า (Amphetamine dependence) เกิดได้เร็วมากถ้าใช้ในรูปของการฉีดยาหรือสูบ รูปแบบของการใช้พบได้ 2 แบบ คือใช้เป็นพัก ๆ (Episodic use) กับ ใช้ประจำ ในรายที่ใช้เป็นพัก ๆ มักจะใช้วิธีฉีดยาช่วงละมาก ๆ (bing หรือ speed runs) หลังจากนั้นจะหยุดไปเนื่องจากภาวะเหนื่อยล้าหมดแรง (Exhaustion) เกิดอาการโรคจิตหรือยาที่ใช้หมดลง ในรายที่ใช้ประจำมักจะเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะเดียวกันก็จะเกิดความรู้สึกไม่มีความสุข (Dysphoria)

ได้มากขึ้น พบว่าผู้ที่ใช้สารนี้มักจะหยุดยาหรือเลิกใช้หลังจากใช้ได้นาน 8-10 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพราะผลข้างเคียงทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. อาการพิษจากยาบ้า (Intoxication) พบว่ามีอาการอารมณ์ครื้นเครง (Euphoria), เครียดวิตกกังวล (Anxiety reaction) ด้านร่างกายจะพบว่ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว, ม่านตาขยาย, ท่าทางลุกสี่ลุกลอน, สับสนรวมทั้งมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว และมีอาการชักเกร็งร่วมด้วยได้ อาการที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คืออาการโรคจิต เกิดขึ้นได้แม้ว่าจะได้รับปริมาณยาในขนาดของการให้เพื่อการรักษาอาการต่าง ๆ (Therapeutic Dose) และในรายที่ใช้มานานจะเกิดอาการไวต่อยา (Sensitization) ได้คือแม้ใช้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดอาการขึ้นได้ และผลยังคงอยู่ได้นานแม้ว่าหยุดใช้สารนี้ไปแล้วก็ตาม ลักษณะของอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นมักไม่มีอาการหลงลืมบุคคลเวลาหรือสถานที่ (Disorientation) โดยมีอาการเหมือนกับโรคจิตชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)

3. อาการขาดยาบ้า (Withdrawal) มักพบได้ในรายที่ใช้ในขนาดสูงและใช้เป็นประจำ ช่วงแรกจะเกิดอาการหลับมาก (Hypersomnia) มีการเกิด Rebound of REM sleep ทำให้เกิดฝันได้บ่อย ๆ ในระยะ 2-3 วันต่อมาจะเกิดอาการซึม (Dysphoria) จนกระทั่งรุนแรงถึงโรคซึมเศร้า (Depression) ได้ พบว่ามีอาการสูงสุดที่ 48 - 72 ชั่วโมง อาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidality) ได้ นอกจากนี้ยังพบอาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้ เช่น อ่อนเพลีย, เชื่องช้าหรือกระสับกระส่ายได้

#### ยาเสพติดให้โทษชนิดเฮโรอีน (Heroin)

เฮโรอีน มีชื่อทางเคมีว่า ไดอะเซทิลมอร์ฟีน (diacetyl morphine) เป็นอนุพันธ์ของมอร์ฟีน มีฤทธิ์ร้ายแรงมากที่สุดในจำพวกยาเสพติดด้วยกัน นักเคมีชาวเยอรมันเป็นผู้คิดค้นทำเฮโรอีนครั้งแรกในปี ค.ศ.1898 (พ.ศ.2441) โดยใช้มอร์ฟีนทำปฏิกิริยากับ อะซิติลคลอไรด์ (Acetyl chloride) ผลได้เป็นเฮโรอีนบริสุทธิ์มีฤทธิ์ร้ายแรงกว่ามอร์ฟีนถึง 4 - 8 เท่า และแรงกว่าฝิ่นถึง 80 เท่าตัวนักเสพทั้งหลายเรียกเฮโรอีนบริสุทธิ์ว่า "ผงขาว" เฮโรอีนนั้นถูกนำเข้ามาในประเทศไทยเมื่อราวปี พ.ศ.2503 ซึ่งเป็นปีหลังจากที่มีการประกาศให้เลิกสูบฝิ่นจากประกาศของคณะปฏิวัติในปี พ.ศ.2502 ดังนั้น เฮโรอีนจึงเข้ามาแทนที่พวกที่ติดฝิ่นอย่างทรมานทุกรายจึงหันมาเสพเฮโรอีนต่อ<sup>(26.35)</sup>

## ลักษณะของเฮโรอีน

เฮโรอีนบริสุทธิ์ คือเฮโรอีนเบอร์ 4 ลักษณะเป็นผงละเอียดสีขาว ไม่มีกลิ่น รสขม ละลายน้ำได้ง่าย มีราคาแพงมาก มักบรรจุในขวด, หลอดพลาสติกเล็กๆ, กระดาษ หรือแคปซูล

เฮโรอีนผสม หรือไอระเหย เป็นเฮโรอีนที่มีความบริสุทธิ์น้อยและกำลังแพร่ระบาดอย่างมากในประเทศไทยในขณะนี้ ซึ่งมีเนื้อเฮโรอีนประมาณ 10 - 20 % มีลักษณะเป็นเกล็ดหรือเม็ดป็นหยาบ ๆ ไม่มีกลิ่น มีรสขม มีสีต่าง ๆ กันแล้วแต่ผสมลงไป เช่น สีม่วง, สีเทา, สีเทาดำ, สีแดงคล้ำ, สีดินลูกรัง, สีชมพูอ่อนเกือบขาว เป็นต้น มักบรรจุในแคปซูล, ซองกระดาษ หรือซองพลาสติก

นอกจากนี้แล้วผู้ผลิตมักผสมเฮโรอีนเจือปนลงไปในส่วนอื่น ๆ เพื่อให้ได้ปริมาณมากขึ้น และทำให้สารที่ผสมกับเฮโรอีนมีฤทธิ์มีเมามาได้ง่าย เช่นผสมลงในยานอนหลับ, ยาระงับประสาท, ยาแก้ปวดชนิดต่าง ๆ เป็นต้น<sup>(36)</sup>

## ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้เสพเฮโรอีน

เฮโรอีนเป็นสารจำพวก Opioid ที่ทำให้เกิดการเสพติดโดยส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ที่ mu receptor การกระตุ้นตัวรับ (receptor) นี้ทำให้เกิดภาวะเป็นสุข (euphoria), บรรเทาอาการปวด (analgesic), กดการหายใจและม่านตาหด เฮโรอีนมีความคงตัว (potency) และละลายในไขมัน (lipid soluble) ได้มากกว่ามอร์ฟีน ดังนั้นจึงสามารถผ่าน blood - brain - barrier ได้ดีกว่าทำให้ออกฤทธิ์ได้เร็วกว่า โดยมีอาการที่พบได้ 2 ลักษณะ คือ<sup>(33)</sup>

1. อาการพิษจากเฮโรอีน (Intoxication) อาการที่พบ ได้แก่อาการมึนศีรษะ หงุดหงิด สมาธิและความจำลดลง กดการทำงานของระบบประสาทและการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าและม่านตาหด โดยทั่วไปแล้ว opioid intoxication ไม่ทำให้เกิดอาการชัก ดังนั้นถ้าเกิดอาการชักควรนึกถึงภาวะอื่น เช่น การได้รับยากดประสาทชนิดอื่นร่วมด้วย

2. อาการขาดเฮโรอีน (Withdrawal) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการหยุดหรือลดจำนวนของสารลงหลังจากมีการใช้สม่ำเสมออยู่ระยะหนึ่ง เฮโรอีนเป็นสารที่มีการออกฤทธิ์สั้น (short acting) จะเริ่มแสดงอาการประมาณ 8 - 12 ชั่วโมงหลังจากได้รับครั้งสุดท้าย อาการเริ่มด้วยหาวบ่อย น้ำมูกน้ำตาไหล อาการจะเป็นรุนแรงมากขึ้นจนสูงสุดที่ 72 - 82 ชั่วโมง จะมีอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกอย่างรุนแรง คลื่นไส้, อาเจียน, ปวดท้องอย่างรุนแรงและท้องเสียได้ โดยทั่วไปอาการจะค่อย ๆ ลดลงไปใน 7 - 10 วันถ้าไม่ได้รับการรักษา<sup>(33)</sup>

## สภาวะของความผิดปกติทางจิตที่เกิดร่วมกับการติดยาเสพติด

การเกิดร่วมของอาการทางจิตในผู้ป่วย เฮโรอีน และยาบ้าสามารถพบได้บ่อยเนื่องจากการมีภาวะพิษจากยาเสพติด (intoxication) และภาวะขาดยาเสพติด (withdrawal) ซึ่งมีลักษณะของอาการทางจิตที่หลากหลายรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ซึ่งพบว่าความรุนแรงและพยาธิสภาพของอาการทางจิตดังกล่าวมีมากขึ้นเมื่อพบร่วมกันหลาย ๆ อาการในคน ๆ เดียวกัน<sup>(37)</sup>

อาการที่มักพบในผู้ป่วยที่มีอาการขาดยามักพบว่ามีอาการซึมเศร้า, วิตกกังวล, หวาดกลัว โดยไม่มีเหตุผล, ย้ำคิดย้ำทำ และอาการหวาดระแวง ซึ่งมักพบในระยะพิษจากยาในระยะที่เพิ่งจะมีการใช้หรือรับยา (intoxication) ในผู้ป่วยที่ติดยากระตุ้นประสาท เช่นยาบ้า และพบอาการเหล่านี้ได้ในผู้ป่วยที่ติดยากดประสาท เช่น เฮโรอีน เป็นต้น ซึ่งทั้งเฮโรอีนและยาบ้าจะก่อให้เกิดอาการประสาทหลอนและหลงผิด ในระหว่างช่วงการถอนพิษยาร่วมด้วย ส่วนลักษณะของบุคลิกภาพมีการเปลี่ยนแปลงที่บ่อยมาก แต่จะพบว่าในรายที่ติดยาเสพติดแบบเรื้อรังมีแนวโน้มของการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการเปลี่ยนพฤติกรรมได้หลากหลายมากขึ้น ดังเช่น อาจพบบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial), บุคลิกภาพแบบแปรปรวน มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแบบไม่มั่นคง (borderline personality), บุคลิกแบบพึ่งพาขาดความมั่นใจในตัวเอง (dependence) และรวมถึงการมีบุคลิกภาพแบบหลงตัวเอง (narcissistic)<sup>(38)</sup>

พบว่า สภาพทางสังคม, สภาวะของสิ่งแวดล้อม รวมถึงสภาพการเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็กมีความสัมพันธ์กับการติดยาเสพติดมากกว่ารวมทั้งยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย<sup>(37,38)</sup>

## ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด

จากประวัติศาสตร์อเมริกา ตั้งแต่ปี 1960 ได้มีการวิจัยความสัมพันธ์ ของปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อการติดยาเสพติด ในเด็กวัยรุ่น ซึ่งได้แบ่งทฤษฎีการเกิดพฤติกรรมติดยาเสพติดเป็น 6 ทฤษฎี ดังนี้<sup>(39)</sup>

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดโรค (Disease Model) กล่าวว่า การติดยาเสพติดเป็นโรคอย่างหนึ่ง ซึ่งใช้อธิบายควบคู่ไปกับ Psychological Theory และ Behavioral Theory โดยถือว่าการติดยาเสพติด แตกต่างจากโรคอื่น ตรงที่ไม่ได้มีการกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรคเป็นแบบแผนอย่างแน่นอน ทั้งนี้เพราะการติดยาเสพติดมีปัจจัยในการเกิดโรคหลากหลายปัจจัยด้วยกัน

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยา ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทางจิตใจ (Mental Process) ในแต่ละบุคคล รวมถึงพลวัตรทางจิตใจเพื่อใช้ในการตั้งสมมติฐานการใช้ยาเสพติดทฤษฎีทางจิตใจนี้สนับสนุนว่าสภาพภายในของบุคคลเช่นความรู้สึกอารมณ์และบุคลิกภาพเป็นสาเหตุแรกเริ่มของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Pathological behavior)

3. ทฤษฎีพลวัตรทางจิต (Psychodynamic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการติดยาเป็นอาการ (Symptom) ของพฤติกรรม หรือ สภาพะปัญหาของอารมณ์ ซึ่ง Nystrom , Bal และ Labreque ได้มีการพยายามอธิบายการเกิดการติดยาเสพติด โดยใช้ทฤษฎีของ Sigmund freud ซึ่งเชื่อว่าความต้องการทางร่างกาย เป็นความต้องการทางธรรมชาติของคนทำให้คนแสวงหาความสุขจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายแตกต่างกันไปตามวัย ซึ่งหากไม่เป็นไปตามขั้นตอนก็จะเกิดภาวะ ชั่งงอญู่ (Fixation) ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพในแง่ลบ เช่นการเกิดภาวะชั่งงอญู่ในระยะปาก (Oral Fixation) ได้ถูกนำ มาอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยากับการตอบสนองความพึงพอใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ติดเหล้า Glover พบว่าในช่วงวัยเด็กกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการตามพัฒนาการในช่วงระยะแรกของพัฒนาการจะทำให้เด็กเกิดความขัดแย้ง และมีพฤติกรรมที่รุนแรง เช่น โกรธ, ก้าวร้าว หรือ แยกตัวเอง รวมทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นหนทางที่จะตอบสนองความพึงพอใจทางปาก<sup>(40)</sup>

Menninger ได้แสดงให้เห็นว่า ความต้องการทางปาก ถ้าหากไม่ได้รับการตอบสนอง จะทำให้เด็กโกรธและแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวและความโกรธนั้นจะหันกลับเข้ามาทำร้ายตัวเอง โดยการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เมื่อมารดาไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้ ทำให้เด็กผู้ชายจะเกิดความรู้สึกผูกพันต่อบิดามากขึ้น กระทั่งกลายเป็นความรู้สึกของกลุ่มรักร่วมเพศ ซึ่งความรู้สึกนี้ จะถูกเก็บกดโดยการใช้ยาเสพติดได้เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ Psychodynamic Theory ได้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เกิดจากการมีบุคลิกลักษณะ เช่น พึ่งพา ก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง เฉยเมย และความรู้สึกไม่เพียงพอ รวมถึงความซึมเศร้า ซึ่งลักษณะดังกล่าว เป็นตัวบ่งชี้ ภาวะอ่อนแอของ Ego (Ego Deficit)

สมมติฐานการใช้ยาทางจิตวิทยา อธิบายว่าการใช้สารและยาเสพติดชนิดอื่นเพื่อควบคุมภาวะอารมณ์ที่อ่อนแอ Khantzian กล่าวว่าบางคนใช้ยากระตุ้นเพื่อควบคุมภาวะเศร้า, เบื่อหน่าย ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผลจาก Ego Deficit ทั้งนั้น

#### 4. ทฤษฎีการเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อม (Behavioral, Learning and Environment Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ทฤษฎีต่างๆหลายทฤษฎี ดังนี้

##### 4.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การใช้อาเซพติด เกิดจากการได้รับรางวัล และเกิดการ เรียนรู้ซึ่งรวมปัจจัยทางการรับรู้ ซึ่งมีผู้ศึกษาทฤษฎีนี้หลายท่านเช่น Abram, Niaura และ Bandura จะเห็นได้จากพฤติกรรมการดื่มเหล้า ซึ่งจะเป็น Psychoactive Agent เป็นส่วนสำคัญ ของการพัฒนาทางจิตสังคมในสังคมสมัยใหม่ของวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งเด็กวัยรุ่นจะได้รับการ ปลูกฝังเกี่ยวกับทัศนคติ, ค่านิยม และรูปแบบการใช้อาเซพติด ซึ่งเด็กเริ่มเรียนรู้ที่จะใช้มัน เพื่อที่ จะช่วยลดภาวะตึงเครียด และควบคุมอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ใน สังคม

##### 4.2 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ (Interactional Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่าพฤติกรรมการใช้อาเซพติดเป็นผลของการได้รับผล ประโยชน์ซึ่งกันและกัน ระหว่างตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ซึ่งถือว่าบุคคลเป็นปัจจัย ที่สำคัญซึ่งจะถูกชักจูง จากปัจจัยทางอารมณ์ความคิด เหมือนที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีผล ให้เกิดพฤติกรรม

##### 4.3 ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory)

ความคาดหวังเป็นกระบวนการทางการรับรู้ ซึ่งขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ต่าง ๆ การเสพยาเซพติดจะมีขึ้นเมื่อวัยรุ่นมีความคาดหวังในทางบวกในการใช้อามากกว่าความคาดหวัง ในทางลบ

##### 4.4 ทฤษฎีการลดความตึงเครียด (Tension Reduction Theory / Stress Response Dampening)

ทฤษฎีนี้สนับสนุนทฤษฎีการเรียนรู้เกี่ยวกับการได้รับรางวัล โดยConger กล่าวว่า การใช้อาจะลดภาวะตึงเครียด ซึ่งประกอบด้วยความกลัว ความวิตกกังวล และรวมถึง ความขัดแย้งซึ่งจะเป็นแรงจูงใจในการใช้อาเซพติด



#### 4.5 ทฤษฎีว่าด้วยความบกพร่องของตนเอง (Self Handicapping Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่าบุคคลผู้ซึ่งขาดความมั่นใจในตัวเองมักใช้ยาเสพติดเพื่อให้ตนเองอยู่ในสภาพที่ย่ำแย่เพื่อที่จะได้อ้างเหตุผลว่าที่ตนไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ทั้งนี้เนื่องมาจากการติดยาเสพติดของตน

#### 4.6 ทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self Awareness Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ยาเสพติดจะมีผลกระทบต่อกระบวนการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการรับรู้สภาวะของตนเอง ซึ่งบุคคลเหล่านั้นจะมีการรับรู้ต่อตนเองน้อยลง และมองชีวิตของตนเองว่าตกต่ำ ล้มเหลว จึงทำให้มีการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

#### 5. ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สาเหตุการติดยาเสพติดเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ เช่น Gene, สารชีวเคมีต่าง ๆ เช่น serotonin

#### 6. ทฤษฎีการผสมผสาน (Integration of theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่าการติดยาเสพติดเป็นผลรวมจากปัจจัยทางจิตใจ, สังคม และบุคคล รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพต่าง ๆ ที่จะมารวมกันส่งผลให้เกิดการติดยาเสพติด<sup>(39)</sup>

แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่มีองค์ประกอบสลับซับซ้อน โดยจะพบได้เสมอว่าเป็นปัญหาที่มีสาเหตุมากกว่า 1 ปัจจัย ปัจจัยสำคัญที่เป็นองค์ประกอบในการติดยา 3 ปัจจัยที่รู้จักกันดี คือ

1. บุคคล พิจารณาจากบุคลิกภาพและศักยภาพของบุคคลคนนั้น
2. สภาพสิ่งแวดล้อม รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ของสังคม
3. อิทธิพลของตัวยาเอง ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง<sup>(41)</sup>

รูปแบบของการติดยาเสพติดได้มาจากแนวความคิดเกี่ยวกับกระบวนการติดยาเสพติด ที่แสดงให้เห็นว่าการติดยาเสพติดเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการก่อให้เกิดภาวะการติดยาเสพติด ซึ่งปัจจัยแต่ละตัวมีอิทธิพลในการก่อให้เกิดการติดยาเสพติดไม่เท่ากัน จะเห็นได้ว่าความสะดวกในการได้มาซึ่งยาเสพติด การยอมรับของสังคม และแรงกดดันของกลุ่มเพื่อนอาจเป็นตัวชี้วัดหลักในการใช้ยาเสพติดในครั้งแรก แต่ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น บุคลิกภาพ และรวมถึงปัจจัยทางชีวภาพของแต่ละบุคคลอาจมีส่วนในการใช้ยาเสพติดได้เช่นกัน ซึ่งปัจจัยเฉพาะอื่น ๆ เช่น การใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องอาจจะก่อให้เกิดการพึ่งพายาได้ ซึ่งบางคนอาจจะได้รับผลเสียหรือ

ภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา แต่บางคนสามารถเลิกใช้ยาได้โดยเด็ดขาด สาเหตุการเสพยาเสพติดที่มาจากปัจจัยทางบุคคล และสังคมจะแสดงให้เห็นถึงแผนภูมิของการใช้ยาเสพติด และภาวะพึ่งพายาเสพติดของ WHO Schematic Model of drug use and dependence ดังต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1 แสดงสภาพและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

สาเหตุทางสังคมและบุคคล

ผลที่เกิดขึ้นต่อสังคมและบุคคล



ที่มาของแผนภูมิ : WHO Schematic Model of drug use and dependence <sup>(42)</sup>

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นถึงสภาวะที่ปัจจัยต่าง ๆ เข้ามามีผลต่อการใช้ยาเสพติด ซึ่งในการใช้ยาเสพติดมีผลมาจากปัจจัยหลัก ๆ คือ สถานการณ์ทางสังคมและสภาวะจิตใจ การโน้มน้าวให้ใช้ยาเสพติดแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจใช้ยาที่มีอิทธิพลมาจาก สภาพทางสังคม และสภาวะทางจิตใจ ซึ่งในกระบวนการเรียนรู้เองที่เป็นตัวทำนายการติดยาว่าจะมีการใช้ยาเพิ่มขึ้นหรือน้อยลง ยาเสพติดบางอย่างเริ่มต้นโดยกระบวนการทางชีวภาพ เชื่อมโยงกับภาวะการติดยาทางร่างกาย ซึ่งภาวะการติดยาเสพติดนี้อาจจะแสดงให้เห็นอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ ซึ่งเป็นตัวส่งเสริมให้มีการใช้ยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นเพื่อลดอาการดังกล่าว

ในสภาพสังคมที่เป็นจริงสื่อให้เห็นว่าพฤติกรรมกาเสพติดเป็นกระบวนการทางสังคม ซึ่งบุคคลได้ถูกหล่อหลอมทางทัศนคติ, ค่านิยม ความเชื่อจากกลุ่มบุคคล หรือวัฒนธรรมเฉพาะด้าน<sup>(43)</sup> แสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยที่หลากหลายที่มีอิทธิพลต่อปัญหาการใช้ยาเสพติด โดยแบ่งได้ 5 ปัจจัยดังนี้คือ<sup>(44)</sup>

### 1. ปัจจัยทางชีวภาพ แบ่งออกได้เป็น

1.1 ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (Genetic factor) มีความเชื่อว่าได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ

1.2 ปัจจัยทางระบบประสาท (Neurological factor) เกี่ยวข้องกับกระบวนการของสารเคมีในระบบประสาทซึ่งยาเสพติดจะไปรบกวนระบบดังกล่าวได้ง่ายมาก อันจะมีผลต่อทั้ง Cerebral cortex และ Hypothalamus

1.3 ปัจจัยของลักษณะเฉพาะทางสรีระ (Idiosyncratic physiological factor) เน้นถึงความแตกต่างของสรีระของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีสภาพแตกต่างกัน

2. ปัจจัยพัฒนาการทางจิตใจ พบว่าช่วงวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสภาวะจิตใจและสภาวะอารมณ์รวมทั้งร่างกาย, เพศ, ความคิด ตลอดจนการพัฒนาทางคุณธรรมซึ่งผู้ปกครอง, บุคคลในครอบครัว และเพื่อน ๆ นับว่าเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่จะทำให้เด็กมีการปรับตัวไปในแนวทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

### 3. ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

3.1 ครอบครัว นับว่าเป็นสิ่งแวดล้อมอันดับแรกของเด็ก ซึ่งนับว่ามีอิทธิพลต่อตัวเด็กมาก โดยเฉพาะลักษณะของครอบครัวรวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์ต่อตัวเด็กทั้งสิ้น

3.2 กลุ่มเพื่อน จะเห็นได้ว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนนั้นถือได้เสมือนว่าเป็นครอบครัวที่สองของเด็ก และเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลในการชี้แนะให้เด็กมีการใช้หรือไม่ใช้ยาเสพติดได้เป็นอย่างดี

4. ปัจจัยทางชุมชน ระบบชุมชนประกอบไปด้วย โรงเรียน, โบสถ์/วัด, องค์กรของชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ, โรงพัก, ศาล รวมถึงสถานที่บริการของรัฐในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาบุคคลโดยตรง ชุมชนสามารถเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดหรือยับยั้งพฤติกรรมในการเสพยาเสพติดได้ โดยดูจากคุณภาพ และความสำเร็จในการให้บริการในเชิงการป้องกันทั้ง 3 ระดับ ตั้งแต่การให้ความรู้, การค้นหาผู้ป่วย และให้การรักษาโดยทันท่วงที และจัดให้มีกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งมีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

5. ปัจจัยทางสังคม นับได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีขนาดใหญ่ประกอบด้วย

5.1 การปกครองของรัฐบาลและการต่อต้านยาเสพติดของรัฐ

5.2 สื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ, โทรทัศน์, หนังสือพิมพ์ โดยเฉพาะสื่อทางด้านการบินเชิงอาชญากรรม จะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมของบุคคลที่มีต่อการเสพยาเสพติดได้เป็นอย่างดี

แนวคิดของการจัดระบบทางสังคม กล่าวไว้ว่าการติดยาเสพติดนั้นเกิดจากความล้มเหลวและความผิดปกติของกระบวนการทางสังคมรวมถึงการขาดการให้ความมั่นใจแก่บุคคลในการเผชิญและแก้สภาพปัญหาต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการจัดระบบสังคมประกอบด้วย ครอบครัว, กลุ่มเพื่อน ตลอดจนรวมถึงสื่อต่าง ๆ โดยที่ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสื่อชักจูงให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งก้าวไปในแนวทางที่ถูกต้องหรือผิดพลาดได้<sup>(43)</sup>

### ลำดับขั้นในการเสพยาเสพติด

การเสพยาเสพติดนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทาง กาย, จิต และสังคม ซึ่งลำดับขั้นในการเสพยาเสพติดอาจจะมีบางส่วนที่เหลื่อมล้ำกันอยู่ ซึ่งสามารถแบ่งลำดับขั้นในการเสพยาเสพติดออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้คือ<sup>(44)</sup>

1. เรียนรู้ผลจากการเสพยาเสพติด (Experimental use) ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (learning the mood swing) ขั้นตอนนี้เป็นการค้นหาศักยภาพของยาที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์และเรียนรู้ว่าการเสยยานั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์และความรู้สึกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2. การใช้ยาตามสภาพสังคม (Social use) นับว่าเป็นการแสวงหาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Seeking the mood swing) ขั้นตอนที่สองเป็นการแสดงรูปแบบของการใช้สารเคมีในการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ โดยเฉพาะในกลุ่มสังคมที่มีความต้องการอย่างเดียวกัน โดยจะเห็นได้จากพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่นมักเกิดขึ้นกับกลุ่มเพื่อนผู้ซึ่งแสวงหาการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางอารมณ์เช่นเดียวกัน ในขั้นตอนนี้ไม่ได้หมายถึงการใช้ยาเพื่อให้สังคมยอมรับแต่เป็นความตั้งใจที่จะเลียนแบบอย่างจากกลุ่มคนที่มีความต้องการแบบเดียวกัน

3. การใช้ยาเพื่อให้ได้ความรู้สึกที่ต้องการ (Operational use) ขั้นที่สามนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคคลเริ่มถูกรบกวนจากการใช้ยาที่ละน้อยทีละน้อย (Preoccupation with the mood swing) แล้วเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งเห็นได้อย่างชัดเจนว่าเริ่มติดยาเสพติดตัวนั้นแล้ว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องแสวงหายามาใช้เพื่อสนองความต้องการทางสภาวะอารมณ์และเพื่อคงสภาวะดังกล่าวไว้ ซึ่งการใช้ยาเสพติดในขั้นตอนนี้มักเป็นการใช้ยาเสพติดด้วยตนเอง (Self medication) โดยที่ผู้ใช้ยาจะเป็นผู้กำหนดขนาดและระยะเวลาในการใช้ยาเองตามความต้องการของอารมณ์ เขาเหล่านั้นจะมองประสบการณ์ในขั้นนี้ว่าเป็นการพัฒนาการใช้ยาของตนเองแต่ความจริงแล้วเป็นการพัฒนาทางจิตที่ผิดปกติ การใช้ยาประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อลดความวิตกกังวล และความตึงเครียด หรือเพื่อเกิดความรู้สึกสนุกสนานกับประสบการณ์ในการใช้ยา เนื่องจากจุดประสงค์ในการใช้ยาจะขึ้นกับประสบการณ์ส่วนตัวที่แต่ละคนเคยประสบมาโดยที่ไม่ค่อยให้ความสำคัญปฏิกริยาจากบุคคลอื่น ๆ

4. การใช้ยาจากภาวะติดยา (Dependence use) ขั้นตอนที่สี่นี้เป็นขั้นที่ติดยาทั้งกายและใจจึงมีจุดประสงค์ในการใช้เพื่อคงสภาพให้ตนเองสามารถที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ดังเช่นปกติที่เคยเป็นมา (Using to feel normal) อันจะทำให้มีการใช้ยาอย่างซ้ำ ๆ สม่ำเสมอ โดยที่ลักษณะของการแก้ปัญหาการควบคุมสภาวะทางอารมณ์, ความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง, เอกลักษณะเฉพาะตัวรวมทั้งยาเสพติดจะมีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด

จะเห็นได้ว่าขั้นตอนต่าง ๆ เหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้าน ชีว, จิต และสังคม ที่หลากหลายซึ่งจะผลักดันหรือชักจูงให้ผู้เสพยาเสพติดผ่านขั้นตอนต่าง ๆ และมีการเสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้เสพยาจะเพิ่มหรือลดระดับของการเสพยาเสพติดลง หรืออาจจะอยู่ในขั้นตอนหนึ่งขั้นตอนใดตลอดระยะเวลาที่สามารถเป็นไปได้<sup>(43,44)</sup>

## งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดในประเทศไทย

ทวีพร วิสุทธิมรรค<sup>(45)</sup> ได้ศึกษาพบว่ากรณีที่บุคคลนำยาซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางมาใช้ในทางที่ผิดอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการสับสน มึนงง ประสาทหลอน รวมไปถึงอาการหวาดระแวง จากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีรัษฎรา ระหว่างเดือน เมษายน - กรกฎาคม พ.ศ.2540 จำนวน 1,872 ราย พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดจากการใช้ยาเสพติดจำนวน 217 ราย(11.6%) อาการทางจิตที่พบมากที่สุดได้แก่การรู้ตัวเองและการตัดสินใจไม่ดี, หวาดระแวง, นูแหว่, เห็นภาพหลอน, ก้าวร้าว, ความจำไม่ดี และสับสน นอกจากนี้ยังพบอาการนอนไม่หลับถึง 67.1% โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคจิตจากการเสพยาบ้า

พิลาศลักษณ์ ดอกจันทร์ และคณะ<sup>(46)</sup> ได้ศึกษาชนิดของสารกระตุ้นประสาทที่ถูกนำมาใช้ในยาบ้าโดยวิธี Thin layer chromatography รวมทั้งศึกษารูปแบบของยาที่ถูกจับกุมได้ในเขตภาคเหนือตอนบนตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2531 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2539 พบว่า Methamphetamine เป็นสารที่ถูกนำมาใช้มากที่สุด โดยพบในตัวอย่าง 390 ตัวอย่าง(68.1%) จากทั้งหมด 573 ตัวอย่าง เป็น Methamphetamineผสมกับ Ephedrine 153 ตัวอย่าง(26.7%) พบเป็นEphedrine 16 ตัวอย่าง (2.7%) นอกนั้นพบเป็น Heroin hydrochloride ผสมในเม็ดยา 14 ตัวอย่าง (2.4%)และพบว่ามีการนำเอาสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตัวอื่น เช่น Caffeine หรือ Theopheline มาผสมร่วมด้วยเพื่อเสริมฤทธิ์ในการกระตุ้นประสาท

ภาวินี อยู่ประเสริฐ<sup>(46)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดในเด็กวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,050 ราย พบว่าการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้สารเสพติดของเพื่อนและบุคคลในครอบครัว, ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตและรายได้ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.01 และ ความเชื่อในการใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียนที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 การใช้เวลาว่างที่ไม่มีประโยชน์ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของนักเรียนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 แต่สภาพแวดล้อมบริเวณบ้านพักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ

อนันต์ เมรุจิ และคณะ<sup>(47)</sup> ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าปัจจัยทางด้าน เพศ, ระดับการศึกษา, ทักษะส่วนบุคคล, การรับรู้เกี่ยวกับชนิดของยาเสพติด, ปัจจัยแวดล้อมนักเรียนด้านบุคคล

(ครอบครัว,กลุ่มเพื่อน), ปัจจัยแวดล้อมนักเรียนที่ไม่ใช่บุคคล (สถานศึกษา,รายได้) มีความสัมพันธ์กับการติดสารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ บุคคลที่นักเรียนคิดว่ามีผลต่อการใช้ยาเสพติดมากที่สุด คือ บิดา มารดา และ ตัวของนักเรียนเอง

ธนพัฒน์ หาพิพัฒน์<sup>(48)</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักศึกษาระดับศึกษานักศึกษาวิทยาลัยเกษตรกรรม และวิทยาลัยเทคนิค ในเขตภาคกลาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา มีสัดส่วนของผู้ที่ใช้ยาบ้าสูงถึงร้อยละ 12.7 โดยส่วนใหญ่จะเสพโดยวิธีการสูดควันเข้าปอด เสพครั้งละ 1 เม็ด นักศึกษาที่เสพส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าต้องการแสวงหาประสบการณ์แปลกใหม่ ส่วนแหล่งซื้อขายยาบ้าที่สำคัญ คือ ภายในสถาบันการศึกษา โดยมีเพื่อนของนักศึกษาเป็นผู้ขาย ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญประกอบด้วย การสมาคมกับเพื่อนที่ใช้ยาบ้า, ความรู้สึกผูกพันกับบิดามารดา, ความรู้สึกผูกพันกับครูอาจารย์, ความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สังคมทั่วไปยอมรับ, ความเชื่อในบรรทัดฐานกฎเกณฑ์ของสังคม และความรวดเร็วของการลงโทษ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ยาบ้าสูงสุด คือ การสมาคมกับเพื่อนที่ใช้ยาบ้า และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่ำสุด คือ ความรู้สึกผูกพันต่อสถาบัน และครูอาจารย์

โสภณ เมฆธน และคณะ<sup>(49)</sup> ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอมเฟตามีนของนักเรียน คือ ปัจจัยทางด้านทัศนคติ, การเอาใจใส่ของผู้ปกครอง, พฤติกรรมทางการเรียน และพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญ( $p < 0.05$ )

ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา และคณะ<sup>(50)</sup> ศึกษา สถานการณ์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดสระบุรี พบว่ามีการเสพยาบ้าในขณะเรียน ในชั้นเรียน 10.17 % ซึ่งการเสพมักเกิดจากการชักชวนจากเพื่อนและอยากลอง 76.07% รวมทั้งพบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การเที่ยวสถานเริงรมย์ การมีเพศสัมพันธ์และสภาวะครอบครัวมีอิทธิพลต่อการใช้ยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ผจงจิต อินทสุวรรณ และคณะ<sup>(51)</sup> ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติดของเยาวชน ระหว่างกลุ่มผู้ติดยาเสพติดจำนวน 695 คนกับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 1,184 คน พบว่า กลุ่มผู้ติดยาเสพติดมีบุคคลในครอบครัวติดยาเสพติดซึ่งส่วนใหญ่คือ บิดารวมทั้งมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับยาเสพติดมากกว่าในกลุ่มเด็กนักเรียน ส่วนในกลุ่มของเด็กนักเรียนมีคะแนนของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ติดยาเสพติด สำหรับสื่อที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาเสพติดคือ ภาพยนต์ และ โทรทัศน์ ส่วนสื่อบุคคลคือกลุ่มเพื่อน กลุ่มที่ติดยาเสพติดจะมีความกลัวอันตรายจากการใช้ยาน้อยกว่าในกลุ่มเด็กนักเรียน

ธนวรรณ อาชาวิฐ<sup>(52)</sup> ได้ศึกษาภูมิหลัง ความรู้ ทักษะ และการใช้ยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลชลบุรีพบว่า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดยาเสพติดที่มารับการรักษา จำนวน 177 รายมีสัมพันธภาพระหว่าง บิดา มารดา และครอบครัวราบรื่น รักใคร่ ช่วยเหลือกันดี 62.15 % ผู้ติดยาเสพติดให้โทษมีความรู้อยู่ในระดับดี และมีทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับยาเสพติด

วีรวรรณ สุธีโรกราส<sup>(53)</sup> ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการต้านทานการติดยาเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 5 จำนวน 600 คน พบว่า ความภาคภูมิใจในตนเอง สุขภาพจิตและการแสดงออก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับทัศนคติต่อการเสพยาเสพติด รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถทำนายทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีอำนาจในการทำนาย ร้อยละ 23

#### งานวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดของต่างประเทศ

Brooner และ คณะ<sup>(54)</sup> ได้ศึกษาอัตราการเกิด ความผิดปกติทางสภาพจิตใจที่เกิดร่วมกับการใช้ฝิ่น โดยศึกษาในผู้ใช้ฝิ่นจำนวน 716 คน ซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการรักษาโดยใช้เมทาโดน พบว่ามีอัตราผิดปกติทางจิต = 47 % ของกลุ่มตัวอย่าง (41%ในผู้หญิง และ43%ในผู้ชาย)ซึ่งแบ่งเป็น Personality disorder 25.1 % และ Major depression 15.8% ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักใช้ยาเสพติด 2 ชนิดขึ้นไปพบว่ามีการใช้ฝิ่นและโคเคนในปริมาณสูง โดยความรุนแรงในการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการเกิดความผิดปกติทางจิตรวมถึงปัญหาทางจิตสังคมอื่น ๆ

Wong CS และคณะ<sup>(55)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดโดยเปรียบเทียบจากเด็กนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษา กับเด็กวัยรุ่นที่ถูกคุมประพฤติในฮ่องกง พบว่าความถี่ในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กันกับตัวแปรทางจิต - สังคม เช่น การปล่อยปละละเลย, การใช้ยาของเพื่อน, การยอมรับแรงกดดันจากเพื่อน, ทักษะ, แรงเสริมจากเพื่อน และความสะดวกในการได้มาซึ่งยาเสพติด ปัจจัยทางจิต - สังคม ประกอบด้วย บุคลิกภาพ และรวมถึงสภาพแวดล้อม

Sokol - Katz J และคณะ<sup>(56)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของครอบครัวกับ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กวัยรุ่น พบว่า ลักษณะโครงสร้างทางครอบครัวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่



ไม่พึงประสงค์ในเด็กวัยรุ่นอย่างไม่มีนัยสำคัญ ความผูกพันในครอบครัวเป็นผลโดยตรงต่อค่านิยม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กวัยรุ่น เช่นการติดสารเสพติด

Miller P.<sup>(57)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของครอบครัวและการใช้ยาเสพติด จากการเก็บข้อมูลในเด็กอายุ 15-16 ปี จำนวน 7,722 คน ในประเทศอังกฤษพบว่า เด็กที่อาศัยอยู่กับบิดามารดาทั้งคู่จะมีพฤติกรรมการติดยาเสพติดน้อยมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กผู้หญิง ส่วนเด็กที่อยู่กับบิดาหรือ มารดาเพียงคนเดียว หรือเด็กที่ไม่มีบิดามารดานั้นพฤติกรรมการใช้สารเสพติดจะขึ้นอยู่กับตัวแปร 4 ตัวคือ อาการทางจิตประสาท, การสนับสนุนทางสังคม, การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมของตัวเด็กเอง เช่น เชื่องซึม, ชอบเที่ยวเตร่ และชอบกระทำผิดกฎหมาย

Szalay LB และ คณะ<sup>(58)</sup> ได้ศึกษา ผลของสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อการใช้สารเสพติด พบว่า นักเรียนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ชักจูงให้เสพยา จะมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพแวดล้อม ที่มีการใช้สารเสพติดน้อยกว่า

Blackson TC และคณะ<sup>(59)</sup> ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพื้นฐานอารมณ์ของเด็ก กับ การมีระเบียบของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมพบว่าพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก กับ การฝึกกฎระเบียบให้เด็กปรับตัวมีความสัมพันธ์กันโดยที่ เด็กที่เลี้ยงยากจะถูกเลี้ยงดูอย่างไม่ถูกต้องจากพ่อแม่และจะพัฒนาไปสู่ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ในลักษณะการใช้สารเสพติด

Jenkins JE<sup>(60)</sup> ได้ศึกษา อิทธิพลของเพื่อน ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด จากเด็กนักเรียนจำนวน 2,229 คนทางตอนเหนือของรัฐ Ohio พบว่า อิทธิพลของเพื่อนมีผลต่อการใช้สารเสพติด โดยเด็กที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ติดยา จะมีโอกาสใช้สารเสพติดสูงอย่างมีนัยสำคัญ

Gerevich J. และ Bacskai E.<sup>(61)</sup> ได้ศึกษาตัวทำนายปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยในการป้องกันการติดสารเสพติดในกลุ่มเด็กนักเรียนอายุ 10 -15 ปี กับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด พบว่าปัจจัยในเชิงป้องกันการติดสารเสพติดที่สำคัญ คือ ความรู้สึกผูกพัน, พันธะสัญญา, การมีส่วนร่วม และความเชื่อ รวมทั้งพบว่ากลุ่มเด็กที่หนีออกจากบ้านบางคนแสดงการต่อต้านต่อการใช้สารเสพติด

Wills TA. และคณะ<sup>(62)</sup> ศึกษาการได้รับการศึกษาของผู้ปกครองกับการปรับตัวต่อภาวะติงเครียด และภาวะการใช้สารเสพติดในเด็กวัยรุ่นจำนวน 1,391 คน พบว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่ำสัมพันธ์กับภาวะการใช้สารเสพติดในเด็กวัยรุ่นในระดับสูง

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

##### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross Sectional Descriptive Study)

##### ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample selection)

กลุ่มประชากรเป้าหมาย (Target population) คือผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีนที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Population samples) คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้า และผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีนรายใหม่ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ซึ่งมีประวัติเสพยาบ้า และเฮโรอีนอย่างน้อย 1 สัปดาห์ขึ้นไป มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 15-30 ปี ไม่เคยรับการบำบัดรักษายาเสพติดจากสถานบำบัดใด ๆ มาก่อน รวมทั้งมีสติสัมปชัญญะสามารถตอบคำถามได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีนและผู้ป่วยที่เสพยาบ้ารายใหม่ที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เป็นครั้งแรก โดยทำการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมในการวิจัยจากเวชระเบียนที่อาคารผู้ป่วยนอก แล้วเลือกสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามลำดับการมารับการรักษาเป็นรายวันจนกระทั่งเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้

##### วิธีการคำนวณ ขนาดของกลุ่ม ตัวอย่าง (Sample size) <sup>(๖๓)</sup>

โดยใช้สูตร 
$$N = \frac{Z^2 Pq}{d^2}$$

$P$  = ความชุกของการเกิดสภาวะผิดปกติทางจิตที่มีร่วมกับการใช้ยาเสพติดจากการศึกษาในเชิงระบาดวิทยาของ Epidemiology Catchment Area (ECA) study โดย Darrel A. Regier และคณะ พบว่า 53 %ของผู้ใช้ยาเสพติดมีสภาพทางจิตใจผิดปกติ<sup>(64)</sup>

ดังนั้นค่าสัดส่วนความชุก = .53

$q = 1 - p = .47$

$Z$  = ค่า  $Z$  จากตาราง  $Z$  เมื่อ  $\alpha = .05$  มีค่า = 1.96

$d$  = ความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบโรค =  $.1 \times p = .053$

ดังนั้นค่า  $N = 340.670$

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 350 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างและเทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sample selection and sampling technique) กระทำโดยการประเมินจากข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยรายใหม่ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ในปีงบประมาณ 2540<sup>(10)</sup> พบว่ามีผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ยเป็นรายเดือน แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยที่เสพยาบ้า จำนวน 136.6 คน และผู้ป่วยที่เสพยาโรอื่นจำนวน 114.5 คน จากการสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการบำบัดที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เป็นครั้งแรก พบว่ามีผู้ป่วยบางรายเคยรับการรักษาจากที่อื่นมาก่อน ผู้ป่วยบางรายเคยมารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์แต่ถูกลืมเลิกประวัติเก่า จึงทำให้ผู้ป่วยรายดังกล่าวมีสภาพเป็นผู้ป่วยใหม่ ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการคาดการณ์จำนวนของผู้ป่วยใหม่ที่แท้จริงจึงเป็นไปได้ยาก รวมทั้งไม่มีการเก็บข้อมูลในเชิงสถิติของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ทุกราย เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2541 โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากโอกาสที่จะพบผู้ป่วยรายใหม่ที่แท้จริงที่มารับการบำบัดมีน้อย รวมทั้งไม่สามารถที่จะคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยได้ล่วงหน้า

จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้นำมาคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้ารับการสัมภาษณ์ในเชิงลึกโดยการทำการเลือก case ที่จะมาทำการสัมภาษณ์แบบ Purposive sampling ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคือกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้า กับ กลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาโรอื่นที่ได้เก็บข้อมูลในเบื้องต้น โดยตั้งจำนวนผู้ป่วยที่จะทำการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งสิ้นจำนวน 10 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่เสพยาบ้า จำนวน 5 คน (ผู้ชาย 3 คน, ผู้หญิง 2 คน) และผู้ป่วยที่เสพยาโรอื่น จำนวน 5 คน (ผู้ชาย 3 คน, ผู้หญิง 2 คน)



## ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ.2541-พฤษภาคม พ.ศ.2542

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### ขั้นตอนที่ 1 การเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณ

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์แบบ Structure interview โดยแบ่งตามหัวข้อของการเก็บข้อมูลได้เป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย และลักษณะการเสพยาเสพติด ใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งแปลและพัฒนาจาก แบบสอบถาม European Substance Use Database<sup>(65)</sup>
2. สภาพทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลด้านการทำงานและเศรษฐกิจ, ประวัติครอบครัว, ประวัติการแต่งงาน, ประวัติการศึกษา, ประวัติการอยู่ร่วมกับกลุ่มเพื่อน รวมถึงสภาพสิ่งแวดล้อม และที่พักอาศัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งแปลและพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาวะทางจิตสังคมในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด ( Psycho social and substance use history ) จาก South Suburban Council on Alcoholism<sup>(66)</sup>
3. สภาพทางจิตใจใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาวะทางจิตใจและการวินิจฉัยโรคทางจิตที่ได้รับการแปลและพัฒนาปรับปรุงเป็นภาษาไทยจาก DSM-IV ( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition) และ แบบสัมภาษณ์ CIDI ( Composite International Diagnostic Interview) โดยแพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย<sup>(67)</sup>

### ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลในเชิงคุณภาพ

ใช้การ Indept Interview ซึ่งสร้างหัวข้อประเด็นคำถามขึ้นด้วยตนเอง โดยอ้างอิงจากทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดรวมทั้งประเด็นข้อมูลที่น่าสนใจจากแบบสัมภาษณ์ส่วนบุคคลและสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ในเชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดพฤติกรรมการเสพยาบ้าและการเสพยาเฮโรอีนรวมถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เมื่อสร้างประเด็นคำถามได้แล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่านตรวจสอบลักษณะของข้อคำถาม, เนื้อหา และ แนวทางในการสัมภาษณ์

## การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์ในหัวข้อ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย, ลักษณะการใช้ยาเสพติด และสภาพทางสังคม เมื่อสร้างแบบสอบถามครบทุกหัวข้อแล้วจึงนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบลักษณะของข้อคำถามและเนื้อหาแล้วนำไปทดลองสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดซึ่งมารับการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่แผนกจิตเวช จำนวน 10 คน หลังจากนั้นจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เสพยาเสพติด จำนวน 3 ท่านตรวจสอบหาความตรงในเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งคำนวณจากการหาดัชนีความเที่ยงตรงโดยวิธีการของโรวินेलลี และ แฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton)<sup>(68)</sup>

$$\text{โดยการใส่สูตร} \quad IC = \frac{\sum R}{N}$$

IC = ดัชนีความสอดคล้องของคำถาม

$\sum R$  = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

$$\begin{aligned} \text{จากข้อคำถาม 74 ข้อ คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อได้} &= 0.67 - 1.00 \\ \text{และค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวม} &= 0.846 \end{aligned}$$

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

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้คัดกรองและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช มีทั้งหมด 2 ชุด คือ<sup>(67)</sup>

### 2.1 ชุดคัดกรองโรคทางจิตเวช (Screening) ประกอบด้วย

2.1.1 แบบสอบถามอาการ Neurosis ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อ คะแนนเต็ม 19 คะแนน โดยพบว่าแบบสอบถามชุดนี้ มีค่า Sensitivity = 96.2 % และมีค่า Specificity = 93.3 % ,ค่า Positive Predictive Value (PPV) = 96.2 % และค่า Negative Predictive Value (NPV) = 84.8 %

2.1.2 แบบสอบถามอาการ Psychosis ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ

2.1.3 แบบสอบถามอาการ Mania จำนวน 2 ข้อ

2.1.4 แบบสอบถามอาการ Obsessive Compulsive Disorder จำนวน

2 ข้อ

2.1.5 แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะฆ่าตัวตาย จำนวน 10 ข้อ

2.2 ชุดการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ( Diagnostic) ประกอบด้วย

2.2.1แบบประเมินโรคกลุ่มวิตกกังวล (Neurosis) ประกอบด้วย 5 กลุ่มอาการ เนื่องจากการศึกษาของ Brooner R.K. และคณะ<sup>(54)</sup> พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดฝิ่น มีอัตราการเกิดโรควิตกกังวล ชนิดโรคหวาดกลัว (Panic) ได้สูงที่สุด ร้อยละ 2 ส่วนโรคกลัว (Phobia) พบน้อยที่สุด ร้อยละ 0.3 ดังนั้นจึงได้พิจารณาเลือกกลุ่มอาการที่น่าสนใจเพื่อทำการสัมภาษณ์เพียง 3 กลุ่มอาการ ได้แก่

○อาการทางกายที่มีสาเหตุจากสภาพจิตใจ (Somatization)

○โรคหวาดกลัว (panic)

○โรควิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder)

2.2.2 โรคซึมเศร้า (Depression)

2.2.3 โรคอารมณ์ครื้นเครง (Mania)

2.2.4 โรคจิต (Schizophrenia)

2.2.5โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Disorder)

ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามที่ใช้สำหรับวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic) พบว่า

1. กลุ่มโรคซึมเศร้า (Major Depression) ได้ค่า Sensitivity = 80% และค่า Specificity = 100 %

2. กลุ่มภาวะอารมณ์แปรปรวน (Bipolar Disorder) ได้ค่า Sensitivity = 75 % และค่า Specificity = 100 %

3. กลุ่มโรคจิต (Schizophrenia) ได้ค่า Sensitivity = 77 % และค่า Specificity = 100 %

4. กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ซึ่งประกอบด้วย 4 กลุ่มอาการดังนี้คือ กลุ่มอาการทางกายที่มีสาเหตุจากสภาพจิตใจ(Somatization), โรคหวาดกลัว(panic), โรควิตกกังวล(Generalized Anxiety Disorder) และโรคย้ำคิดย้ำทำ(Obsessive Compulsive Disorder) สามารถคำนวณได้ค่า Sensitivity = 73 % และค่า Specificity = 100 %<sup>(67)</sup>

## การรวบรวมข้อมูล ( Data Collection )

การดำเนินการวิจัย ในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. จัดทำหนังสือขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและจัดส่งไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์เพื่อขอความร่วมมือในการทำการวิจัยครั้งนี้
2. ติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์และฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลธัญญารักษ์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการมาเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย
3. ประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เพื่อขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล
4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การเลือกรายวันตามเลขที่ Hospital number ที่ผู้ป่วยมารับการรักษาพร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ข้อมูล
5. สัมภาษณ์ผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในขั้นแรก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบ Structured Interview ในการสัมภาษณ์ จนกระทั่งครบตามจำนวน 350 คน โดยแบ่งช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลดังนี้ คือ ช่วงเช้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโดยทำการสัมภาษณ์ที่ห้องถอนพิษยา ช่วงบ่ายเข้าไปเก็บข้อมูลที่ตึกผู้ป่วยใน ทำการแบ่งเก็บข้อมูลตามรายตึก ดังมีรายการดังต่อไปนี้
  - เก็บข้อมูลผู้ป่วยชายที่ ตึก 1, ตึก 3, ตึก 4, ตึก 5, ตึก 6, ตึกสารระเหย(ตึกพิเศษ), ตึกงูใจ 1 และตึกงูใจ 2
  - เก็บข้อมูลผู้ป่วยหญิงที่ ตึก 8 และ ตึกชุมชนบำบัดผู้ป่วยหญิง
6. เลือกกลุ่มตัวอย่างที่พร้อมจะทำการสัมภาษณ์แบบ In-depth Interview โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบใช้วิจารณญาณ (Judgement sampling technique) โดยการคัดเลือกจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 35 คน จะคัดเลือกผู้ป่วยที่มีข้อมูลที่น่าสนใจและผู้ป่วยให้ความร่วมมือรวมทั้งยินยอมให้ทำการสัมภาษณ์ด้วยความสมัครใจโดยทำการคัดเลือกนำมาทำการสัมภาษณ์เชิงลึก( In-depth interview) ครั้งละ 1 คน โดยมีการนัดพบผู้ป่วยเพื่อทำการสัมภาษณ์ case ละ 3 ครั้ง และคิดสัดส่วนของผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนตามจำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำการสัมภาษณ์ใน

เบื้องต้นจะได้จำนวนผู้ป่วยที่มาทำการ in-depth interview ทั้งสิ้นจำนวน 10 คน โดยแบ่งสัดส่วนเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้า (ผู้ชาย 3 คนและผู้หญิง 2 คน) และผู้ป่วยที่ใช้เฮโรอีน (ผู้ชาย 3 คนและผู้หญิง 2 คน) โดยทำการนัดพบและทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกเทปเสียงรวมทั้งรายละเอียดทั้งหมดของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และข้อมูลที่ได้จากการสังเกต

7. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
8. นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการทางสถิติ และการวิเคราะห์ในเชิงเนื้อหา

#### การวิเคราะห์ข้อมูล ( Data Analysis )

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากการสัมภาษณ์แบบ Structured Interview โดยใช้ Program SPSS PC' ซึ่งใช้การวิเคราะห์ โดยวิธีการทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เช่น ค่าร้อยละ , Mean , Mode, Standard deviation (S.D) , Maximum และ Minimum
2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential statistic) โดยใช้ Chi-square Test ( $\chi^2$ ) , Fisher's Exact Test และ Unpaired t-test เพื่อดูความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้า กับ กลุ่มผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการ In-depth Interview โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อดูความสัมพันธ์ และความแตกต่างของข้อมูลในเชิงคุณภาพ



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้ในการศึกษาปัจจัยทางจิต สังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐด้วยสภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้ คือ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป
- 1.2 ข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ
- 1.3 ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางสังคม

- 2.1 ข้อมูลด้านสภาพครอบครัว
- 2.2 ข้อมูลประวัติการศึกษา
- 2.3 ประวัติการกระทำผิด
- 2.4 ข้อมูลประวัติกลุ่มเพื่อน
- 2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย
- 2.6 รูปแบบการจัดการและได้มาซึ่งยาเสพติด
- 2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน

#### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางจิตของผู้ป่วย

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง

(Semi-structured In-depth Interview)

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

### 1.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 355 คน ซึ่งมีผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ จำนวน 5 คน (ผู้ป่วยที่มาับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้า) สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากญาติของผู้ป่วยไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์ รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองรับกลับบ้านทำให้ไม่สามารถที่จะสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ตามที่ตั้งเกณฑ์ไว้ ดังนั้นจึงคงเหลือผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 350 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้า จำนวน 302 คน และผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้เฮโรอีน จำนวน 48 คน



ตารางที่ 3. แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศ ชาย (n=302)		ผู้ป่วยเพศ หญิง (n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	246	81.5	40	83.3	286	81.7
หญิง	56	18.5	8	16.7	64	18.3
<b>อายุ</b>						
น้อยกว่า 21 ปี	222	73.5	16	33.3	238	68.0
21-25 ปี	59	19.5	18	37.5	77	22.0
มากกว่า 25 ปี	21	7.0	14	29.2	35	10.0
Mean = 19.39 SD = 3.78						
Minimum = 15 Maximum = 30						
<b>สถานภาพ</b>						
โสด	250	82.8	39	81.3	289	82.6
คู่	39	12.9	8	16.7	47	13.4
ม่าย/หย่า	5	1.7	0	0.0	5	1.4
แยกกันอยู่	8	2.6	1	2.1	9	2.6

ตารางที่ 3.(ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศ ชาย (n=302)		ผู้ป่วยเพศ หญิง (n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	299	99.0	48	100	347	99.1
อิสลาม	3	1.0	0	0.0	3	0.9
<b>ที่อยู่</b>						
กรุงเทพมหานคร	93	30.8	25	52.1	118	33.7
เขตภาคกลาง	166	55.0	14	29.2	180	51.4
เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	13	4.3	3	6.3	16	4.6
เขตภาคเหนือ	28	9.3	4	8.3	32	9.1
เขตภาคใต้	2	0.7	2	4.2	4	1.1
<b>ผู้นำส่ง</b>						
มาด้วยตนเอง	31	10.3	5	10.4	36	10.3
บิดามารดา	208	68.9	33	68.8	241	68.9
ญาติคนอื่นๆ	50	16.6	7	14.6	57	16.3
ตำรวจ	3	1.0	2	4.2	5	1.4
นายจ้าง	2	0.7	0	0.0	2	0.6
ครู	8	2.6	0	0.0	8	2.3
คู่สมรส	0	0.0	1	2.1	1	0.3

ตารางที่ 3. (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศ ยาค้า(n=302)		ผู้ป่วยเพศ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เหตุผลที่มารักษา</b>						
สุขภาพไม่ดี	47	15.6	9	18.8	56	16.0
ทางบ้านขอร้อง	96	31.8	20	41.7	116	33.1
ต้องการให้สังคมยอมรับ	133	44.0	9	18.8	142	40.6
กลัวถูกจับ	6	2.0	2	4.2	8	2.3
ไม่มีเงินซื้อขาย	3	1.0	4	8.3	7	2.0
กลัวผลกระทบต่อการตั้งครรภ์	3	1.0	0	0.0	3	0.9
ต้องการเรียนต่อและมีอนาคตที่ดี	14	4.6	4	8.3	18	5.1
<b>ขณะนี้พักอาศัยอยู่กับบุคคลใด</b>						
อยู่คนเดียว	6	2.0	1	2.1	7	2.0
คู่สมรส	31	10.3	6	12.5	37	10.6
บิดา	11	3.6	2	4.2	13	3.7
มารดา	22	7.3	6	12.5	28	8.0
บิดาและมารดา	184	60.9	22	45.8	206	58.9
เพื่อน	6	2.0	4	8.3	10	2.9
ญาติ	40	13.2	7	14.6	47	13.4
คู่สมรสและบุตร	2	0.7	0	0.0	2	0.6

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ด้วยสภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีนมีทั้งหมด จำนวน 350 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่เสพยาบ้า 302 คน และผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน 48 คน จากจำนวนของผู้ป่วยทั้งหมดคิดเป็นเพศชาย ร้อยละ 81.7 และ เพศหญิง ร้อยละ 18.3

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีช่วงอายุน้อยกว่า 21 ปี ร้อยละ 68.0 อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย =  $19.39 \pm 3.78$  ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นโสด ร้อยละ 82.6 ศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือมากที่สุด คือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.1 ภูมิลำเนาโดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยอยู่ในเขตภาคกลาง ร้อยละ 51.4 รองลงไป คือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 33.7 และที่พบน้อยที่สุด คือ เขตภาคใต้ ร้อยละ 1.1

ผู้นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ บิดามารดา หรือ ผู้ปกครอง ร้อยละ 68.9 รองลงไปคือ ญาติ เช่น ป้า, ลุง, ตา, น้า ร้อยละ 16.3

ปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมาการรักษาในครั้งนี้อย่างสูงสุด คือ ต้องการให้สังคมยอมรับ ร้อยละ 40.6 เหตุผลรองลงไปคือ ทางบ้านขอร้องให้มารักษาตัว ร้อยละ 33.1

การพักอาศัยในปัจจุบันของผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 58.9 รองลงไปคืออาศัยอยู่กับญาติ เช่น ป้า, ลุง, ตา, น้า ร้อยละ 13.4



1.2 ข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ

ตารางที่ 4. แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเสพยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสเฮโรอีน(n=48)		รวม(n=350)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<u>มีภาระเลี้ยงดูบุคคลใด</u>						
ไม่มีภาระ	267	88.4	43	89.6	310	88.6
คู่สมรส	5	1.7	5	10.4	10	2.9
บิดามารดา	2	0.7	0	0.0	2	0.6
พี่น้อง	2	0.7	0	0.0	2	0.6
บุตร	4	1.3	0	0.0	4	1.1
คู่สมรสและบุตร	20	6.6	0	0.0	20	5.7
บิดา,มารดา,คู่สมรสและบุตร	2	0.7	0	0.0	2	0.6
<u>อาชีพ</u>						
ว่างงาน	109	36.1	24	50.0	133	38.0
นักเรียน	117	38.7	10	20.8	127	36.3
รับราชการ	1	0.3	1	2.1	2	0.6
แม่บ้าน	1	0.3	0	0.0	1	0.3
ลูกจ้าง	40	13.2	9	18.8	49	14.0
ค้าขาย	22	7.3	3	6.3	25	7.1
เกษตรกรรม	12	4.0	1	2.1	13	3.7

ตารางที่ 4. (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านภาระงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน</b> (n = 89)						
น้อยกว่า 5,000 บาท	27	36.0	5	35.7	32	36.0
5,000 – 10,000 บาท	46	61.3	8	57.1	54	60.7
มากกว่า 10,000 บาท	2	2.7	1	7.1	3	3.4
Mean = 6,151.69 S.D = 3,142.35						
Maximum = 20,000						
Minimum = 2,000						
<b>ความเพียงพอของรายได้</b> (n= 88)						
เพียงพอ	24	32.4	3	21.4	27	30.7
ไม่เพียงพอ	50	67.6	11	78.6	61	69.3
<b>สาเหตุความไม่เพียงพอของรายได้</b> (n=61)						
ใช้ชื้อยาเสพติด	47	94.0	11	100	58	95.1
ใช้ชื้อยาเสพติดและเป็นหนี้	3	6.0	0	0.0	3	4.9



ตารางที่ 4. (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศ ยาค้า(n=302)		ผู้ป่วยเพศ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>เวลามีปัญหาเรื่องเงินทองมักขอยืม</u> <u>จากบุคคลใด</u>						
ไม่เคยพึ่งพาใคร	7	2.3	2	4.2	9	2.6
บิดามารดา	241	79.8	27	56.3	268	76.6
พี่น้อง	22	7.3	3	6.3	25	7.1
เพื่อน	12	4.0	2	4.2	14	4.0
ญาติ	14	4.6	3	6.3	17	4.9
บิดา	0	0.0	2	4.2	2	0.6
มารดา	6	2.0	9	18.8	15	4.3

จากตารางที่ 4 พบว่าการมีภาระรับผิดชอบต่อผู้อื่น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยตอบว่า ไม่มีภาระรับผิดชอบผู้ใด ร้อยละ 88.6 รองลงไปที่คือ รับผิดชอบคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 5.7

อาชีพการงานส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีการประกอบอาชีพใด ๆ ร้อยละ 38.0 รองลงไปที่ คือ เป็นนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 36.3

สำหรับรายได้มีผู้ป่วยให้ข้อมูลทั้งสิ้น 89 คน ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 60.7 โดยคิดเป็นรายได้เฉลี่ย =  $6,151.69 \pm 3,142.35$  บาท/เดือน สำหรับความเพียงพอของรายได้ดังกล่าวผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 69.3 ซึ่งสาเหตุของความไม่เพียงพอของรายได้ เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้นำเงินไปซื้อหายาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 95.1

เวลาผู้ป่วยมีปัญหา เรื่องเงินทอง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักขอยืมหรือพึ่งพาบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 76.6 อันดับรองลงไป คือ พี่น้อง ร้อยละ 7.1

### 1.3 ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีน

รูปแบบวิธีการใช้ยาเสพติด	ผู้ป่วยเสพยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพยาเฮโรอีน(n=48)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูบ	291	96.4	15	31.3
ฉีด	0	0.0	25	52.1
สูบและฉีด	3	1.0	7	14.6
กินและสูบ	7	2.3	0	0.0
กิน,สูบและฉีด	1	0.3	0	0.0
ฉีด	0	0.0	1	2.1

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ใช้วิธีการเสพโดยการสูบ(นำยาบ้ามาใส่ในกระดาษฟรอยด์นำไปลนไฟแล้วใช้หลอดดูดควันซึ่งผู้ป่วยบางรายบอกว่าอาจสูดดมโดยให้ผ่านน้ำก่อนจะไม่วู้สึกขมคอและทำให้สามารถเสพได้มากขึ้น)วิธีการนี้พบร้อยละ 96.4 วิธีการเสพที่ใช้รองลงไปคือ ทั้งกินและสูดดม คิดเป็นร้อยละ 2.3

ส่วนผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีน ส่วนใหญ่ใช้วิธีการเสพโดยการฉีด ร้อยละ 52.1 รองลงไปคือ การสูบ ร้อยละ 31.3

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยของความถี่และปริมาณในการเสพยาเสพติดของผู้ป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด	Minimum	Maximum	Mean	S.D
ความถี่ในการใช้ยาบ้าต่อสัปดาห์	1	70	11.89	9.14
ปริมาณยาบ้าที่ใช้ต่อครั้ง (เม็ด)	0.50	6.00	1.7351	0.9555
ความถี่ในการใช้เฮโรอีนต่อสัปดาห์	2	80	21.94	12.96
ปริมาณเฮโรอีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง (ฝ)	0.10	2.00	0.6812	0.4313

จากตารางที่ 6 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เสพยาบ้า มีความถี่ในการใช้ยาบ้าโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ  $11.89 \pm 9.14$  ครั้ง และ ปริมาณของยาบ้าที่เสพในแต่ละครั้งโดยเฉลี่ย  $1.7351 \pm 0.9555$  เม็ด

ส่วนผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีนมีความถี่ในการใช้เฮโรอีนโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ 21.94 ครั้ง และ ปริมาณของเฮโรอีนที่เสพในแต่ละครั้งโดยเฉลี่ย  $0.6812 \pm 0.4313$  ฝ (โดยเฉลี่ยแล้ว 1 ฝมี ปริมาณเฮโรอีน เท่ากับ 300 mg)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และ ร้อยละของการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วยของผู้ป่วย

การใช้ยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยใช้ยาเสพติดชนิดอื่น ๆ	279	92.4	48	100	327	93.4
ไม่เคยใช้ยาเสพติดชนิดอื่น	23	7.6	0	0	23	6.6

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วยมากถึง ร้อยละ 93.4 และมีผู้ป่วยให้ประวัติว่าไม่เคยเสพยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยเพียง ร้อยละ 6.6

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของชนิดยาเสพติดที่ใช้ร่วมกับการเสพยาบ้าและเฮโรอีน

ชนิดของยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเสพร่วมด้วย	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุหรื	275	91.1	46	95.8	321	91.7
สุรา	76	25.2	13	27.1	89	25.4
กาว	23	7.6	6	12.5	29	8.3
กัญชา	43	14.2	23	47.9	66	18.9
ยานอนหลับ	3	1.0	3	6.3	6	1.7
ยาบ้า	0	0.0	29	61.7	29	61.7
เฮโรอีน	4	1.3	0.0	0.0	4	1.3

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบางรายเสพทั้งยาบ้าและเฮโรอีน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ จัดให้การมารับการรักษาด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาเสพติดตัวใดตัวหนึ่งเป็นหลัก ส่วนยาเสพติดที่ผู้ป่วยเคยเสพหรือเสพร่วมกันนั้นเป็นยาเสพติดที่ใช้เสพร่วมกับยาเสพติดตัวหลัก ดังนั้นจึงพบว่าข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้ามีผู้ป่วยที่เคยเสพเฮโรอีนร่วมด้วย ร้อยละ 1.3 และในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีนเคยเสพยาบ้าร่วมด้วยมากถึง ร้อยละ 61.7 และยาเสพติดที่ผู้ป่วยนิยมใช้ร่วมกับการเสพยาบ้าหรือการเสพเฮโรอีนมากที่สุด คือ บุหรื คิดเป็นทั้งหมดร้อยละ 91.7

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละของสภาพการใช้ยาเสพติดในลักษณะต่าง ๆ ของผู้ป่วย

สภาพการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเสพยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพยาอื่น(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ผู้ชักชวนให้เสพยาเสพติด</b>						
ไม่มีผู้ใดชวน	100	33.1	14	29.2	114	32.6
คู่สมรส	3	1.0	2	4.2	5	1.4
เพื่อน	187	61.9	32	66.7	219	62.6
ผู้ขายยาเสพติด	7	2.3	0	0.0	7	2.0
ญาติ ๆ	5	1.7	0	0.0	5	1.4
<b>สถานที่เสพยาเสพติดครั้งแรก</b>						
บ้านตนเอง	53	17.5	13	27.1	66	18.9
บ้านเพื่อน	154	51.0	26	54.2	180	51.4
โรงเรียน	79	26.2	6	12.5	85	24.3
ทุ่งนาหรือในป่า	5	1.7	0	0.0	5	1.4
ห้องน้ำในตลาด	2	0.7	1	2.1	3	0.9
สถานที่ทำงานของตนเอง	8	2.6	1	2.1	9	2.6
ผับ หรือ ดิสโก้เทค	1	0.3	1	2.1	2	0.6
<b>มักเสพยาเสพติดกับบุคคลใด</b>						
เสพคนเดียว	91	30.1	17	35.4	108	30.9
เสพกับเพื่อน	203	67.2	28	58.3	231	66.0
เสพกับพี่น้อง	4	1.3	1	2.1	5	1.4
เสพกับคูรัก	4	1.3	2	4.2	6	1.7

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยถูกชักจูงจากกลุ่มเพื่อนในการใช้ยาเสพติด ครั้งแรกร้อยละ 62.6 สถานที่ที่ผู้ป่วยนิยมใช้ยาเสพติดครั้งแรกมากที่สุด คือ บ้านเพื่อน ร้อยละ 51.4 ส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยนิยมเสพยาเสพติดร่วมด้วยคือ กลุ่มเพื่อน ร้อยละ 66.0 นับว่ากลุ่มเพื่อน เป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการใช้ ยาเสพติดของผู้ป่วยเป็นอย่างสูง

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก,ระยะเวลาในการใช้ยาเสพติด และ จำนวนเงินที่ต้องจ่ายในการซื้อยาเสพติด

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด	Minimum	Maximum	Mean	S.D
<u>ผู้ป่วยทั้งหมด (n = 350)</u>				
ช่วงอายุที่เริ่มใช้ยาเสพติด (ปี)	11	29	16.58	3.31
ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด (เดือน)	1	80	26.61	17.72
จำนวนเงินซื้อยาเสพติดต่อสัปดาห์ (บาท)	30	9,000	1,454.09	1,353.02
<u>เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่เสพยาบ้า (n=302) กับผู้ป่วยที่เสพยาโรฮิน (n = 48)</u>				
ช่วงอายุที่เริ่มใช้ยาบ้า (ปี)	-	-	16.34	3.21
ช่วงอายุที่เริ่มใช้เฮโรฮิน (ปี)	-	-	18.08	3.51
t-test = -3.444 df = 348 p-value = .001				
ระยะเวลาที่ใช้ยาบ้า (เดือน)	-	-	25.00	16.86
ระยะเวลาที่ใช้เฮโรฮิน (เดือน)	-	-	36.71	19.79
t-test = -4.359 df = 348 p-value = .000				
จำนวนเงินที่ซื้อยาบ้าต่อสัปดาห์ (บาท)	-	-	1,286.52	1,130.77
จำนวนเงินที่ซื้อเฮโรฮินต่อสัปดาห์ (บาท)	-	-	2,508.33	2,022.20
t-test = -6.106 df = 348 p-value = .000				

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเริ่มทดลองใช้ยาเสพติดในช่วงอายุเฉลี่ย =  $16.58 \pm 3.31$  ปี อายุน้อยที่สุดที่เริ่มใช้ยาเสพติด คือ 11 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดมานานโดยเฉลี่ย  $26.61 \pm 17.72$  เดือน และผู้ป่วยแต่ละคนต้องเสียเงินในการซื้อยาเสพติดโดยเฉลี่ย =  $1,454.09 \pm 1,353.02$  บาท/สัปดาห์ ซึ่งจำนวนเงินที่ใช้ในการซื้อหายาเสพติดสูงสุด = 9,000 บาท/สัปดาห์

ผู้ป่วยกลุ่มที่เสพยาบ้าเริ่มทดลองใช้ยาเสพติดในช่วงอายุเฉลี่ย =  $16.34 \pm 3.12$  ปี ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่เสพอโรจีนเริ่มทดลองใช้ยาเสพติดในช่วงอายุเฉลี่ย =  $18.08 \pm 3.51$  ปี ซึ่งพบว่าช่วงอายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรจีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

ผู้ป่วยกลุ่มที่เสพยาบ้าใช้ยาบ้ามานานเฉลี่ย =  $25.00 \pm 16.86$  เดือน ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่เสพอโรจีนใช้เฮโรจีนมานานเฉลี่ย =  $36.71 \pm 19.79$  เดือน ซึ่งพบว่าระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรจีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

ผู้ป่วยกลุ่มที่เสพยาบ้าใช้เงินในการซื้อหายาเสพติดเฉลี่ย =  $1,286.52 \pm 1,130.77$  บาท ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่เสพอโรจีนใช้เงินในการซื้อหายาเสพติดเฉลี่ย =  $2,508.33 \pm 2,022.20$  บาท ซึ่งพบว่าจำนวนเงินที่ใช้ในการซื้อหายาเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรจีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางสังคม

### 2.1 ข้อมูลด้านสภาพครอบครัว

ตารางที่ 11 แสดง ค่าเฉลี่ยของอายุ, รายได้ของบิดามารดาของผู้ป่วย และรายได้ครอบครัวของผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีน

ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว	Minimum	Maximum	Mean	S.D
อายุของบิดา (n= 295)	32	80	46.66	8.02
รายได้ของบิดา (n=279)	0	50,000	12,342.40	8,211.61
อายุของมารดา (n=324)	30	66	43.78	7.50
รายได้ของมารดา (n=307)	0	40,000	7,794.79	7,502.27
รายได้โดยรวมของครอบครัวผู้ป่วยที่เสพยาบ้า (n = 282)	-	-	18,921.03	12,466.33
รายได้โดยรวมของครอบครัวผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน (n = 47)	-	-	22,304.26	14,902.54
t-test = -1.673 df = 327				
p-value = 0.095				

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่าบิดามารดาของผู้ป่วยที่ยังคงมีชีวิตอยู่นั้นบิดามีอายุเฉลี่ย =  $46.66 \pm 8.02$  ปี, มีรายได้เฉลี่ย =  $12,342.40 \pm 8,211.61$  บาท และมารดามีอายุเฉลี่ย =  $43.78 \pm 7.50$  ปี มีรายได้เฉลี่ย =  $7,794.79 \pm 7,502.27$  บาท เมื่อคิดเป็นรายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัว (รายได้รวมของบิดามารดาและตัวผู้ป่วยเอง) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้ามีรายได้ทั้งหมดโดยเฉลี่ยของครอบครัว =  $18,921.03 \pm 12,466.33$  บาท/เดือน ซึ่งน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน ซึ่งมีรายได้ทั้งหมดโดยเฉลี่ยของครอบครัว =  $22,304.26 \pm 14,902.54$  บาท/เดือน พบว่ารายได้ของครอบครัวผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันที่ระดับนัยสำคัญ  $p\text{-value} > 0.05$



ตารางที่ 12 แสดงจำนวน และร้อยละเกี่ยวกับลักษณะอาชีพของบิดาและมารดาของผู้ป่วย

ลักษณะของการประกอบอาชีพ ของบิดาและมารดาของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศ ชาย		ผู้ป่วยเพศ หญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>บิดาประกอบอาชีพ (n=295)</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ	8	3.1	3	8.1	11	3.7
รับราชการ	50	19.4	6	16.2	56	19.0
รัฐวิสาหกิจ	15	5.8	1	2.7	16	5.4
ค้าขาย	67	26.0	15	40.5	82	27.8
รับจ้าง	85	32.9	9	24.3	94	31.9
เกษตรกรรม	33	12.8	3	8.1	36	12.2
<b>มารดาประกอบอาชีพ (n=325)</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ	3	1.1	2	4.8	5	1.5
แม่บ้าน	74	26.1	11	26.2	85	26.2
รับราชการ	15	5.3	2	4.8	17	5.2
รัฐวิสาหกิจ	5	1.8	0	0.0	5	1.5
ค้าขาย	74	26.1	5	11.9	79	24.3
รับจ้าง	87	30.7	20	47.6	107	32.9
เกษตรกรรม	25	8.8	2	4.8	27	8.3

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าบิดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.9 ส่วนมารดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.9 ซึ่งประวัติในส่วนนี้ผู้ป่วยบางคนบอกว่าไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาชีพของบิดาจึงทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยได้ครบทุกคน

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน และร้อยละเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของบิดาและมารดาของผู้ป่วย

สภาพความเป็นอยู่ของบิดามารดา ของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศ ยาบ้า		ผู้ป่วยเพศ เฮโรอีน		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>บิดา (n = 348)</b>						
มีชีวิตอยู่	261	86.7	40	85.1	301	86.5
เสียชีวิตแล้ว	40	13.3	7	14.9	47	13.5
<b>มารดา (n = 349)</b>						
มีชีวิตอยู่	286	95.0	43	89.6	329	94.3
เสียชีวิตแล้ว	15	5.0	5	10.4	20	5.7
<b>บิดาอยู่ร่วมกับมารดา (n=349)</b>						
ใช่	186	61.8	20	41.7	206	59.0
ไม่ใช่	115	38.2	28	58.3	143	41.0
$\chi^2 = 6.934$ df = 1						
p-value = 0.008						
<b>สาเหตุที่บิดามารดาไม่ได้ชีวิตอยู่ร่วมกัน (n=143)</b>						
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	43	37.4	8	28.6	51	35.7
บิดาหรือมารดามีคู่สมรสใหม่	9	7.8	2	7.1	11	7.7
บิดามารดาหย่าร้าง/แยกทาง	55	47.8	14	50.0	69	48.3
บิดาหรือมารดาเสียชีวิตแล้ว บุคคลที่ยังมีชีวิตอยู่มีคู่สมรสใหม่	6	5.2	3	10.7	9	6.3
บิดาถูกจำคุก	2	1.7	1	3.6	3	2.1

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่าบิดาและมารดาผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 86.5 และ 94.3 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่บิดาและมารดาของผู้ป่วยที่เสพยาบ้ายังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันร้อยละ 61.8 ส่วนบิดามารดาของผู้ป่วยที่เสพยาโรอินส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ร่วมกัน ร้อยละ 58.3 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มมีสภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$  และในกลุ่มของผู้ป่วยที่บิดามารดาไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 41.0 ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก การหย่า/แยกทาง ร้อยละ 48.3 รองลงไปที่คือการที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิต ร้อยละ 35.7

ตารางที่ 14 แสดง จำนวนร้อยละของลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดาของผู้ป่วย

ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่าง บิดาและมารดา	ผู้ป่วยเสพยาบ้า(n=301)		ผู้ป่วยเสพยาโรอิน(n=48)		รวม (n=349)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	106	35.2	12	25.0	118	33.8
มีการทะเลาะที่ไม่รุนแรงเป็นบางครั้ง	116	38.5	20	41.7	136	39.0
มีการทะเลาะที่ไม่รุนแรงบ่อย ๆ	22	7.3	1	2.1	23	6.6
มีการทะเลาะที่รุนแรงบางครั้ง	26	8.6	5	10.4	31	8.9
มีการทะเลาะที่รุนแรงบ่อย ๆ	6	2.0	4	8.3	10	2.9
ต่างคนต่างอยู่	25	8.3	6	12.5	31	8.9

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่าโดยส่วนใหญ่บิดามารดาของผู้ป่วยมีการทะเลาะกันบ้าง โดยไม่รุนแรง ร้อยละ 39.0 รองลงไปที่คือบิดามารดาอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่นร้อยละ 33.8

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนของพี่น้องในครอบครัวของผู้ป่วย (n = 350)

ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว	Minimum	Maximum	Mode	Mean	S.D
จำนวนพี่น้องทั้งหมด	1	9	2	2.81	1.62
จำนวนพี่น้องที่เป็นเพศหญิง	0	7	1	1.17	1.17
จำนวนพี่น้องที่เป็นเพศชาย	0	5	1	1.64	1.04
ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่	1	8	1	2.11	1.54

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีพี่น้องในครอบครัว = 2 คน คิดเป็นเพศหญิงโดยเฉลี่ย =  $1.17 \pm 1.17$ คน และ เป็นเพศชายโดยเฉลี่ย =  $1.64 \pm 1.04$  คน ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นบุตรคนแรกของครอบครัว

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละ ของประวัติการเสพยาเสพติดของบิดามารดาและพี่น้องของผู้ป่วย

ประวัติการเสพยาเสพติดของ บิดามารดาและพี่น้องของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเสพยาบ้า		ผู้ป่วยเสพยาเฮโรอีน		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>บิดา (n=299)</b>						
เคยใช้ยาเสพติด	74	28.4	16	42.1	90	30.1
ไม่เคยใช้ยาเสพติด	187	71.6	22	57.9	209	69.9
<b>มารดา (n=328)</b>						
เคยใช้ยาเสพติด	14	4.9	1	2.3	15	4.6
ไม่เคยใช้ยาเสพติด	271	95.1	42	97.7	313	95.4
<b>พี่น้อง (n=350)</b>						
เคยใช้ยาเสพติด	57	18.9	14	29.2	71	20.3
ไม่เคยใช้ยาเสพติด	245	81.1	34	70.8	279	79.7

จากตาราง 16 แสดงให้เห็นว่าบิดา,มารดาและพี่น้องของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการใช้ยาเสพติด ร้อยละ 69.9, 95.4 และ 79.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่มีญาติเคยใช้ยาเสพติดพบว่าบุคคลในครอบครัวซึ่งมีประวัติใช้ยาเสพติดมากที่สุดคือ บิดา คิดเป็นร้อยละ 30.1 รองลงไปคือ พี่น้อง ร้อยละ 20.3 และมารดาเคยมีประวัติใช้ยาเสพติดน้อยที่สุด ร้อยละ 4.6

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละของชนิดยาเสพติดที่บิดาและมารดาของผู้ป่วยเสพ

ชนิดของยาเสพติดที่บิดามารดาเสพ	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>ยาเสพติดที่บิดาเสพ (n=90)</u>						
เฮโรอีน	1	1.4	2	12.5	3	3.3
ยาบ้า	12	16.2	1	6.3	13	14.4
บุหรี่	31	41.9	3	18.8	34	37.8
สุรา	8	10.8	4	25.0	12	13.3
กัญชา	3	4.1	0	0.0	3	3.3
บุหรี่และสุรา	19	25.7	6	37.5	25	27.8
<u>ยาเสพติดที่มารดาเสพ (n=15)</u>						
ยาบ้า	1	7.1	0	0.0	1	6.7
บุหรี่	9	64.3	1	100	10	66.7
สุรา	4	28.6	0	0.0	4	26.7

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่าชนิดของยาเสพติดที่บิดาของผู้ป่วยเสพมากที่สุด คือ บุหรี่ ร้อยละ 37.8 รองลงไป คือ เสพบุหรี่และสุราร่วมกัน ร้อยละ 27.8 ส่วนมารดาของผู้ป่วยเสพบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงไป คือ เสพสุรา ร้อยละ 26.7

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของรูปแบบการเลี้ยงดู

รูปแบบของการเลี้ยงดู ภายในครอบครัว	ผู้ป่วยเพศ ยาค้า(n=302)		ผู้ป่วยเพศ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รูปแบบของการเลี้ยงดู</b>						
รักทะนุถนอมและตามใจ	107	35.4	20	41.7	127	36.3
ยอมรับความสามารถ, ใช้เหตุผล และให้โอกาสในการตัดสินใจ	115	38.1	13	27.1	128	36.6
เข้มงวดใช้อำนาจบังคับและเจ้า ระเบียบ	55	18.2	12	25.0	67	19.1
รักเอาใจใส่และมีกฎเกณฑ์การลง โทษตามสมควรเมื่อกระทำผิด	121	40.1	20	41.7	141	40.3
ไม่ให้ความเอาใจใส่	46	15.2	11	22.9	57	16.3
<b>ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเลี้ยงดู</b>						
พึงพอใจ	204	67.5	30	62.5	234	66.9
ไม่พอใจ รู้สึกอึดอัดและน้อยใจ	87	28.8	15	31.3	102	29.1
เฉย ๆ ไม่ค่อยผูกพัน	9	3.0	3	6.3	12	3.4
คิดว่าล้าสมัย	2	0.7	0	0.0	2	0.6

จากตารางที่ 18 พบว่าผู้ป่วยมักได้รับการเลี้ยงดูแบบรักเอาใจใส่และมีกฎเกณฑ์การลงโทษตามสมควรเมื่อกระทำผิด มากที่สุด ร้อยละ 40.3 รองลงมา คือการเลี้ยงดูแบบยอมรับในความสามารถมีการใช้เหตุผลและให้โอกาสในการตัดสินใจด้วยตนเอง ร้อยละ 36.6 ซึ่งผู้ป่วยโดย

ส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าพึงพอใจต่อรูปแบบการเลี้ยงดูมากถึง ร้อยละ 66.9 รองลงไปคือรู้สึกไม่พึงพอใจต่อรูปแบบการเลี้ยงดู รวมทั้งรู้สึกอึดอัดและน้อยใจ คิดเป็น ร้อยละ 29.1

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติโรค จิต-ประสาทในกลุ่มญาติพี่น้อง.

ประวัติโรคจิต-ประสาทในญาติพี่น้อง	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ญาติเคยป่วยเป็นโรคจิต-ประสาท</b>						
เคย	13	4.3	2	4.2	15	4.3
ไม่เคย	289	95.7	46	95.8	335	95.7
<b>บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิต-ประสาท (n=15)</b>						
บิดา	1	7.7	0	0.0	1	6.7
มารดา	4	30.8	2	100	6	40.0
ญาติฝ่ายบิดา	6	46.2	0	0.0	6	40.0
ญาติฝ่ายมารดา	2	15.4	0	0.0	2	13.3

จากตารางที่ 19 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีญาติที่ป่วยเป็นโรคจิต-ประสาท คิดเป็น ร้อยละ 95.7 สำหรับบุคคลที่พบว่าป่วยเป็นโรคจิตประสาทได้สูงสุด คือ มารดา และญาติฝ่ายบิดา พบเท่ากัน ร้อยละ 40.0



ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้สึกของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมกา  
รเสพยาเสพติดของผู้ป่วย

ความรู้สึกของบุคคลในครอบครัว ที่มีต่อพฤติกรรม การเสพยาเสพติดของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=301)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=349)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	ต่อต้าน	233	77.4	33	68.8	266
ขอร้องให้เลิก	9	3.0	4	8.3	13	3.7
เสียใจ	10	3.3	5	10.4	15	4.3
ไม่สนใจ	29	9.6	4	8.3	33	9.5
เฉย ๆ	5	1.7	1	2.1	6	1.7
ตักเตือนด้วยความหวังใจ	13	4.3	1	2.1	14	4.0
ยอมรับโดยการใช้เหตุผล	2	0.7	0	0.0	2	0.6

จากตารางที่ 20 แสดงให้เห็นว่าบุคคลในครอบครัวโดยส่วนใหญ่แสดงท่าทีต่อต้านต่อพฤติกรรมกา  
รเสพยาเสพติดของผู้ป่วย ร้อยละ 76.2 รองลงไปมักแสดงท่าทางไม่สนใจ ร้อยละ 9.5  
มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวได้เนื่องจากอยู่บ้านเลี้ยงเด็กกำพร้าจำนวน 1 คน

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนครั้ง, Minimum, Maximum, Mean และ SD. ของประวัติการแต่งงานของ  
ผู้ป่วย (n = 61)

ประวัติการแต่งงานของผู้ป่วย	Minimum	Maximum	Mean	S.D
ผู้ป่วยแต่งงานครั้งแรกเมื่ออายุ	14	26	19.48	3.12
แต่งงานมาแล้วจำนวน	1	5	1.23	0.69

จากตารางที่ 21 แสดงถึงช่วงวัยที่เริ่มแต่งงานของผู้ป่วยซึ่งมีเกณฑ์อายุเฉลี่ย  $=19.48 \pm 3.12$  ปี และอัตราการแต่งงานโดยเฉลี่ย  $= 1.23 \pm 0.69$  ครั้ง จากผู้ป่วยที่มีประวัติแต่งงานทั้งหมด จำนวน 61 คน

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ของคู่สมรส

ประวัติการแต่งงานของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเลข ยาบ้า(n=52)		ผู้ป่วยเลข เฮโรอีน(n=9)		รวม (n=61)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>ระยะเวลาที่อยู่กินมาด้วยกัน</u>						
น้อยกว่า 1 ปี	10	19.2	0	0.0	10	16.4
1 - 5 ปี	33	63.5	7	77.8	40	65.6
มากกว่า 5 ปี - 10 ปี	9	17.3	2	22.2	11	18.0
<u>มีบุตรด้วยกัน</u>						
มีบุตร	33	63.5	4	44.4	37	60.7
ไม่มีบุตร	19	36.5	5	55.6	24	39.3
<u>ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส</u>						
อยู่ด้วยอย่างราบรื่น	5	9.6	1	11.1	6	9.8
ทะเลาะไม่รุนแรงเป็นบางครั้ง	28	53.8	3	33.3	31	50.8
ทะเลาะไม่รุนแรงบ่อย ๆ	4	7.7	2	22.2	6	9.8
ทะเลาะรุนแรงเป็นบางครั้ง	10	19.2	1	11.1	11	18.0
ทะเลาะรุนแรงบ่อย ๆ	2	3.8	0	0.0	2	3.3
ต่างคนต่างอยู่	3	5.8	2	22.2	5	8.2

ตารางที่ 22 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ของคู่สมรส

ประวัติการแต่งงานของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเสพยาบ้า		ผู้ป่วยเสพเฮโรอีน		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>สภาพปัญหาที่พบได้บ่อยระหว่างคู่สมรส (n = 54)</b>						
ปัญหาเศรษฐกิจ	17	37.0	4	50.0	21	38.9
ไม่ไว้ใจซึ่งกันและกัน	9	19.6	1	12.5	10	18.5
นอกใจมีคู่อีกใหม่	6	13.0	0	0.0	6	11.1
ไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน	8	17.4	0	0.0	8	14.8
การติดยาเสพติด	6	13.0	3	37.5	9	16.7
<b>สภาพปัญหาที่ก่อให้เกิดการหย่าร้าง (n=14)</b>						
ไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน	9	69.2	1	100	10	71.4
การใช้ยาเสพติด	2	15.4	0	0.0	2	14.3
คู่สมรสมีคู่อีกใหม่	1	7.7	0	0.0	1	7.1
ติดยาเสพติดและไม่เข้าใจกัน	1	7.7	0	0.0	1	7.1
คู่สมรสเคยใช้สารเสพติด (n = 61)	19	36.5	3	33.3	22	36.1
คู่สมรสไม่เคยใช้ยาเสพติด (n = 61)	33	63.5	6	66.7	39	63.9

ตารางที่ 22 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ของคู่สมรส

ประวัติการแต่งงานของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเลข ยาบ้า		ผู้ป่วยเลข เฮโรอีน		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ชนิดของยาเสพติดที่คู่สมรสเคยใช้</b> (n = 22 )						
เฮโรอีน	0	0.0	2	66.7	2	9.1
ยาบ้า	17	89.5	0	0.0	17	77.3
เฮโรอีน, ยาบ้า, กาว, กัญชา	0	0.0	1	33.3	1	4.5
บุหรี่, สุรา	2	10.5	0	0.0	2	9.1

จากตารางที่ 22 แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่อยู่ด้วยกันส่วนใหญ่ คือ 1 ถึง 5 ปี ร้อยละ 65.6 ซึ่งผู้ป่วยมีบุตรด้วยกันกับคู่สมรส ร้อยละ 60.7 พบว่าส่วนใหญ่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสมักมีการทะเลาะบ้างเป็นบางครั้งแต่ไม่รุนแรง ร้อยละ 50.8 สภาพของปัญหาที่พบบ่อยระหว่างคู่สมรส คือ ปัญหาจากสภาพเศรษฐกิจฝืดเคือง ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ การไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ร้อยละ 18.5 ในส่วนของสภาพปัญหาที่เป็นสาเหตุให้คู่สมรสมีการหย่าร้าง คือ ความไม่เข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส พบได้ร้อยละ 71.4 จากประวัติโดยส่วนใหญ่คู่สมรสไม่เคยมีประวัติการใช้ยาเสพติด ร้อยละ 63.9 ส่วนในกลุ่มที่เคยมีประวัติใช้ยาเสพติด มีเพียงร้อยละ 36.1 พบว่าในกลุ่มคู่สมรสของผู้ป่วยที่เสพยาบ้าเคยมีประวัติการใช้ยาบ้าสูงสุด ร้อยละ 89.5 รองลงไปใช้บุหรี่และสุรา ร้อยละ 10.5 และคู่สมรสของผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีนเคยมีประวัติใช้เฮโรอีนมากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงไปมีการใช้ยาเสพติดหลายชนิดทั้งเฮโรอีน, ยาบ้า, กาว และกัญชา ร้อยละ 33.3

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของรายละเอียดของผู้ป่วยที่ยังเป็นโรค

รายละเอียดของผู้ป่วยที่ยังเป็นโรค	ผู้ป่วยเลข ยาบ้า		ผู้ป่วยเลข เฮโรอีน		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยมีคูรัก (n=287)	180	72.6	32	82.1	212	73.9
ไม่เคยมีคูรัก (n=287)	68	27.4	7	17.9	75	26.1
จำนวนคูรักที่เคยมี (n=212)						
Minimum = 1 ,Maximum = 50						
Mean = 3.27 , S.D = 5.36						
จำนวนคูรักที่ยังคบกันอยู่ (n=212)						
Minimum = 0 ,Maximum = 10						
Mean = 0.88 , S.D = 0.91						
มักใช้ระยะเวลาอยู่กับคูรัก (n=204)						
ทุกวัน	87	50.6	17	53.1	104	51.0
สัปดาห์ละครั้ง	48	27.9	10	31.3	58	28.4
สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	5	2.9	0	0.0	5	2.5
เดือนละครั้ง	31	18.0	5	15.6	36	17.6
เดือนละ 2 ครั้ง	1	0.6	0	0.0	1	0.5

ตารางที่ 23 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของรายละเอียดของผู้ป่วยที่ยังเป็นโรค

รายละเอียดของผู้ป่วยที่ยังเป็นโรค	ผู้ป่วยเพศ ยาบ้า		ผู้ป่วยเพศ เฮโรอีน		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คูร์กไม่มีพฤติกรรมติดยาเสพติด	145	84.3	20	62.5	165	80.9
คูร์กมีพฤติกรรมติดยาเสพติด (n = 204)	27	15.7	12	37.5	39	19.1
ชนิดของยาเสพติดที่คูร์กใช้ (n=39)						
เฮโรอีน	0	0.0	4	33.3	4	10.3
ยาบ้า	23	85.2	5	41.7	28	71.8
สุรา	1	3.7	0	0.0	1	2.6
บุหรี่	2	7.4	0	0.0	2	5.1
เฮโรอีน, ยาบ้า, สุรา และ บุหรี่	1	3.7	3	25.0	4	10.3

จากตารางที่ 23 พบว่าผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่มักเคยมีคูร์กแล้ว ร้อยละ 73.9 ซึ่งจำนวนของคูร์กที่เคยมีมากที่สุด คือ 50 คน และน้อยที่สุด คือ 1 คน ซึ่งการมีคูร์กจำนวนมากอาจจะพบได้ในบุคคลที่ว่างงานและมีการเปลี่ยนคู่ครองบ่อย ๆ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีจำนวนของคูร์ก =  $3.27 \pm 5.36$  คน จำนวนคูร์กที่ยังคบกันอยู่มากที่สุดคือ 10 คน และน้อยที่สุด คือ 0 คน ซึ่งการคบหาคูร์กจำนวนหลายคนพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ว่างงานหรือบุคคลที่มีงานทำแล้ว โดยเฉลี่ยจำนวนของคูร์กที่ยังคบหากันอยู่ =  $0.88 \pm 0.91$  คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักใช้เวลาอยู่กับคูร์กทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 51.0 โดยส่วนใหญ่คูร์กของผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติใช้ยาเสพติดคิดเป็นร้อยละ 80.9 ในกลุ่มคูร์กที่ใช้ยาเสพติดพบว่าคูร์กของผู้ป่วยที่เสพยาบ้ามีการใช้ยาบ้าเป็นจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 85.2 ส่วนคูร์กของผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน นิยมใช้ยาบ้า ร้อยละ 41.7 รองลงไปใช้เฮโรอีน ร้อยละ 33.3

## 2.2 ข้อมูลประวัติการศึกษา

ตารางที่ 24 แสดงจำนวน และร้อยละของประวัติการศึกษาของผู้ป่วย

ประวัติการศึกษา	ผู้ป่วยเพศ ยวบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเพศ เฮโรจีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยังคงเรียนหนังสือ	117	38.5	10	20.8	127	36.3
<u>ระดับชั้นที่กำลังเรียน</u>						
มัธยมศึกษา	69	59.0	6	60.0	75	59.1
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	36	30.8	2	20.0	38	29.9
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	6	5.1	2	20.0	8	6.3
ปริญญาตรี	6	5.1	0	0.0	6	4.7
ไม่เรียนหนังสือ	185	61.3	38	79.2	223	63.7
<u>เรียนจบระดับชั้น</u>						
ประถมศึกษา	60	32.4	12	31.6	72	32.3
มัธยมศึกษา	106	57.3	17	44.7	123	55.2
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	17	9.2	7	18.4	24	10.8
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	1	0.5	1	2.6	2	0.9
ปริญญาตรี	1	0.5	1	2.6	2	0.9

ตารางที่ 24 (ต่อ) แสดงจำนวน และร้อยละของประวัติการศึกษาของผู้ป่วย

ประวัติการศึกษา	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>เกรดเฉลี่ยก่อนเสพยาเสพติด</u>						
น้อยกว่า 1.00	18	6.0	1	2.1	19	5.4
1.00 ถึง 2.00	142	47.0	19	39.6	161	46.0
2.01 ถึง 3.00	133	44.0	26	54.2	159	45.4
มากกว่า 3.00	9	3.0	2	4.2	11	3.1
ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษของ ยาเสพติด	26	8.6	3	6.3	29	8.3
เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษของยา เสพติด	276	91.4	45	93.8	321	91.7
<u>แหล่งที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับ โทษของยาเสพติด</u>						
หนังสือ	22	7.9	3	6.7	25	7.7
ทีวี	87	31.3	9	20.0	96	29.7
วิทยุ	4	1.4	1	2.2	5	1.5
คุณครู	22	7.9	7	15.6	29	9.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5	1.8	2	4.4	7	2.2
หนังสือ, ทีวี และวิทยุ	128	46.0	22	48.9	150	46.4
เพื่อน	6	2.2	1	2.2	7	2.2
จากทุกแหล่งที่กล่าวมา	4	1.4	0	0.0	4	1.2



จากตารางที่ 24 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เรียนหนังสือ ร้อยละ 63.7 ในกลุ่มที่ไม่เรียนหนังสือส่วนใหญ่จบจากระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.2 สำหรับผู้ป่วยที่กำลังเรียนหนังสือพบว่าส่วนใหญ่กำลังเรียนหนังสืออยู่ในระดับชั้น มัธยมศึกษา ร้อยละ 59.1 ส่วนเกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 1.00 ถึง 2.00 ร้อยละ 46.0 ส่วนประเด็นความรู้เกี่ยวกับโทษภัยของยาเสพติดพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่าเคยทราบคิดเป็นร้อยละ 91.7 ซึ่งแหล่งความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโทษภัยของยาเสพติดมากที่สุด คือ สื่อสารมวลชนชนิดต่าง ๆ เช่นหนังสือ, ทีวีและวิทยุ ร้อยละ 46.4

### 2.3 ประวัติการกระทำผิด

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วย

ประวัติการกระทำผิด	ผู้ป่วยเสพยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพเฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยถูกภาคทัณฑ์	223	73.8	36	75.0	259	74.0
เคยถูกภาคทัณฑ์	79	26.2	12	25.0	91	26.0
<b>สาเหตุที่ถูกภาคทัณฑ์ (n=91)</b>						
ทะเลาะวิวาท	32	40.5	4	33.3	36	39.6
การเสพยาเสพติด	23	29.1	5	41.7	28	30.8
หนีโรงเรียน	21	26.6	3	25.0	24	26.4
ลักขโมย	1	1.3	0	0.0	1	1.1
ทะเลาะวิวาทกับติดยาเสพติด	1	1.3	0	0.0	1	1.1
การติดยาเสพติดและหนีโรงเรียน	1	1.3	0	0.0	1	1.1

ตารางที่ 25 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วย

ประวัติการกระทำผิด	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยถูกพักการเรียน	246	81.5	39	81.3	285	81.4
เคยถูกพักการเรียน	56	18.5	9	18.8	65	18.6
<u>สาเหตุที่เคยถูกพักการเรียน</u>						
ทะเลาะวิวาท	17	30.4	4	44.4	21	32.3
การเสพยาเสพติด	24	42.9	2	22.2	26	40.0
หนีโรงเรียน	14	25.0	3	33.3	17	26.2
ขู่สาว	1	1.8	0	0.0	1	1.5
ไม่เคยถูกไล่ออกจากโรงเรียน	276	91.4	45	93.8	321	91.7
เคยถูกไล่ออกจากโรงเรียน	26	8.6	3	6.3	29	8.3
<u>สาเหตุที่ถูกไล่ออกจากโรงเรียน</u>						
ทะเลาะวิวาท	9	34.6	2	66.7	11	37.9
การเสพยาเสพติด	6	23.1	1	33.3	7	24.1
หนีโรงเรียน	10	38.5	0	0.0	10	34.5
ขู่สาว	1	3.8	0	0.0	1	3.4

ตารางที่ 25 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วย

ประวัติการกระทำผิด	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยถูกจับ	228	75.5	22	45.8	250	71.4
เคยถูกจับ	74	24.5	26	54.2	100	28.6
$\chi^2 = 17.857$ df = 1 p-value = 0.000						
<u>คดีความที่ถูกจับ (n = 100)</u>						
การเสพยาเสพติด	23	31.1	10	38.5	33	33.0
มียาเสพติดในครอบครอง	23	31.1	11	42.3	34	34.0
ขโมยของ	11	14.9	0	0.0	11	11.0
ทำร้ายร่างกาย	11	14.9	3	11.5	14	14.0
เสพและมียาเสพติดในครอบครอง	1	1.4	2	7.7	3	3.0
แข่งรถซึ่งบนท้องถนน	3	4.1	0	0.0	3	3.0
มีอาวุธเถื่อนในครอบครอง	2	2.7	0	0.0	2	2.0
<u>โทษที่ได้รับ (n = 100)</u>						
จำคุก	18	24.3	14	53.8	32	32.0
เสียค่าปรับ	43	58.1	8	30.8	51	51.0
ทั้งจำคุกและเสียค่าปรับ	1	1.4	0	0.0	1	1.0
ถูกคุมประพฤติและภาคทัณฑ์	12	16.2	4	15.4	16	16.0

จากตารางที่ 25 พบว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ไม่เคยถูกภาคทัณฑ์ ร้อยละ 74.0 ในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยถูกภาคทัณฑ์ พบว่าผู้ป่วยที่เสพยาบ้า ถูกภาคทัณฑ์จากสาเหตุการทะเลาะวิวาทสูงสุด ร้อยละ 40.5 ส่วนผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีนถูกภาคทัณฑ์จากสาเหตุการเสพยาเสพติดสูงสุด ร้อยละ 41.7

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยถูกสั่งพักการเรียน ร้อยละ 81.4 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกสั่งพักการเรียนนั้นผู้ป่วยที่เสพยาบ้าเคยถูกพักการเรียนจากสาเหตุการเสพยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 42.9 ส่วนผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีนเคยถูกสั่งพักการเรียนจากการทะเลาะวิวาทสูงสุด ร้อยละ 44.4

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยถูกไล่ออกจากโรงเรียน ร้อยละ 91.7 ส่วนในกลุ่มผู้ที่ถูกไล่ออกจากโรงเรียนพบว่าในกลุ่มที่เสพยาบ้าถูกไล่ออกจากโรงเรียนด้วยสาเหตุการหนีโรงเรียนสูงสุด ร้อยละ 38.5 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีนเคยถูกไล่ออกจากโรงเรียนด้วยสาเหตุทะเลาะวิวาทสูงสุด ร้อยละ 66.7

กลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าไม่เคยมีประวัติถูกตำรวจจับด้วยการกระทำความผิดจากคดีความต่าง ๆ มากที่สุด ร้อยละ 75.5 ส่วนผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีนเคยมีประวัติถูกตำรวจจับสูงสุด ร้อยละ 54.2 ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติแล้วพบว่าการกระทำผิดทางกฎหมายมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาบ้า และเฮโรอีนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$  ในกลุ่มที่เคยถูกจับพบว่าในกลุ่มที่เสพยาบ้ามีการกระทำความผิดในคดีเสพยาเสพติดและมียาเสพติดในครอบครอง ในปริมาณเท่ากัน ร้อยละ 31.1 ส่วนผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีนมีการกระทำผิดเกี่ยวกับคดีการมียาเสพติดในครอบครองสูงสุด ร้อยละ 42.3 จากการกระทำผิดในคดีต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยที่เสพยาบ้าถูกลงโทษด้วยวิธีการเสียค่าปรับมากที่สุด ร้อยละ 58.1 ส่วนในกลุ่มของผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีน ถูกลงโทษด้วยการจำคุกมากที่สุด ร้อยละ 53.8

สถาบันวิจัยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2.4 ประวัติกลุ่มเพื่อน

ตารางที่ 26 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มเพื่อน

ประวัติกลุ่มเพื่อน	ผู้ป่วยเลข ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเลข เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ลักษณะของกลุ่มเพื่อนที่อยู่ร่วมกัน บ่อยที่สุด</b>						
ไม่ค่อยมีกลุ่มเพื่อน	8	2.6	1	2.1	9	2.6
เพื่อนที่ชักชวนหนีเรียน	70	23.2	3	6.3	73	20.9
เพื่อนชวนเที่ยวกลางคืน	144	47.7	34	70.8	178	50.9
เพื่อนชวนก่อเรื่องวิวาท	43	14.2	6	12.5	49	14.0
เพื่อนที่เล่นการพนัน	15	5.0	2	4.2	17	4.9
เพื่อนที่ร่วมงานด้วยกัน	11	3.6	1	2.1	12	3.4
เพื่อนที่ชอบเล่นดนตรีและกีฬา	3	1.0	1	2.1	4	1.1
เพื่อนที่โรงเรียน	8	2.6	0	0.0	8	2.3

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มเพื่อน

ประวัติกลุ่มเพื่อน	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=294)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=47)		รวม (n=341)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพื่อนไม่เคยเสพยาเสพติด	14	4.8	4	8.5	18	5.3
เพื่อนเคยเสพยาเสพติด	280	95.2	43	91.5	323	94.7
<u>ชนิดของยาเสพติดที่เพื่อนเสพ</u>						
(n=323)						
เฮโรอีน	1	0.4	14	32.6	15	4.6
ยาบ้า	212	75.7	4	9.3	216	66.9
สุรา	1	0.4	0	0.0	1	0.3
เฮโรอีน,ยาบ้าและกัญชา	15	5.4	23	53.5	38	11.8
ยาบ้า,บุหรี่และสุรา	12	4.3	1	2.3	13	4.0
เฮโรอีน,ยาบ้า,กัญชา,กาวและบุหรี่	39	13.9	1	2.3	40	12.4

จากตารางที่ 26 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกลุ่มเพื่อนที่ชักชวนเที่ยวกลางคืน ร้อยละ 50.9 รองลงไปเป็นกลุ่มเพื่อนที่ชักชวนหนีเรียน ร้อยละ 20.9 ซึ่งกลุ่มเพื่อนดังกล่าวมีการใช้ยาเสพติดสูงถึงร้อยละ 94.7 ชนิดของยาเสพติดที่นิยมใช้สูงสุดในกลุ่มเพื่อนของผู้ป่วยที่เสพยาบ้า คือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 75.7 ส่วนชนิดของยาเสพติดที่นิยมใช้ในกลุ่มของเพื่อนของผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน คือ เฮโรอีน, ยาบ้า และกัญชา ร้อยละ 53.5

## 2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะของชุมชน

ลักษณะของชุมชน	ผู้ป่วยเลข ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเลข เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>เขตของสถานที่พักอาศัย</u>						
ในเขตเทศบาล	192	63.6	37	77.1	229	65.4
นอกเขตเทศบาล	110	36.4	11	22.9	121	34.6
<u>บ้านของผู้ป่วยอยู่ใกล้กับ</u>						
ชุมชนแออัด	31	10.3	15	31.3	46	13.1
สถานบันเทิง	59	19.5	11	22.9	70	20.0
ตลาด	133	44.0	19	39.6	152	43.4
วัด	139	46.0	22	45.8	161	46.0
โรงเรียน	132	43.7	21	43.8	153	43.7
โรงพยาบาล	38	12.6	10	20.8	48	13.7
ห้องทำงานหรือภูเขา	18	6.0	3	6.3	21	6.0
<u>ลักษณะการใช้ยาเสพติดในชุมชน</u>						
( n = 348 )						
ไม่มีการใช้ยาเสพติด	26	8.7	3	6.3	29	8.3
มีการใช้เป็นกลุ่ม ๆ	164	54.7	23	47.9	187	53.7
มีการใช้อย่างแพร่หลาย	110	36.7	22	45.8	132	37.9

ตารางที่ 27 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะของชุมชน

ลักษณะของชุมชน	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ชนิดยาเสพติดที่มีการใช้ในชุมชน</b>						
เฮโรอีน	2	0.7	3	6.7	5	1.6
ยาบ้า	175	63.2	11	24.4	186	57.8
กัญชา	1	0.4	1	2.2	2	0.6
สารระเหย	1	0.4	0	0.0	1	0.3
เฮโรอีนและยาบ้า	9	3.2	8	17.8	17	5.3
เฮโรอีน,ยาบ้าและกัญชา	8	2.9	11	24.4	19	5.9
เฮโรอีน,ยาบ้า,กัญชาและสารระเหย	32	11.6	9	20.0	41	12.7
ยาบ้าและกัญชา	49	17.7	2	4.4	51	15.8

จากตารางที่ 27 พบว่าส่วนใหญ่บ้านของผู้ป่วยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 65.4 บริเวณข้างเคียงของบ้านผู้ป่วยมักอยู่ใกล้กับวัดมากที่สุด ร้อยละ 46.0 รองลงไป คือ โรงเรียน ร้อยละ 43.7 และตลาด ร้อยละ 43.4 ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่นั้นมีการใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่ม ๆ ร้อยละ 53.7 พบว่าในชุมชนของผู้ป่วยที่เสพยาบ้ามีการใช้ยาบ้าสูงสุด ร้อยละ 63.2 ส่วนในชุมชนของผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีนมีการนิยมใช้ยาบ้าอย่างเดียวและใช้ยาเสพติดหลายชนิด เช่น เฮโรอีน, ยาบ้า และกัญชา ในปริมาณเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 24.4



## 2.6 รูปแบบการจัดการจัดหาและได้มาซึ่งยาเสพติด

ตารางที่ 28 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการได้มาซึ่งยาเสพติด

วิธีการได้มาซึ่งยาเสพติด	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ซื้อยาเสพติดจาก</b>						
เพื่อน ๆ	123	40.7	20	41.7	143	40.9
ผู้ขายยาเสพติดรายย่อย	125	41.4	20	41.7	145	41.4
สั่งโดยตรงจากตัวแทนจำหน่าย	37	12.3	5	10.4	42	12.0
ให้เด็กเป็นตัวกลางในการซื้อ	17	5.6	3	6.3	20	5.7
<b>แหล่งขายยาเสพติด</b>						
ที่พักของผู้ขายยา	268	88.7	46	95.8	314	89.7
สถานีบริการน้ำมัน	9	3.0	0	0.0	9	2.6
ร้านซ่อมรถ	8	2.6	1	2.1	9	2.6
ร้านอาหาร	8	2.6	0	0.0	8	2.3
ร้านขายของชำหลังตลาด	7	2.3	1	2.1	8	2.3
โรงเรียน	1	0.3	0	0.0	1	0.3
วัด	1	0.3	0	0.0	1	0.3

ตารางที่ 28 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการได้มาซึ่งยาเสพติด

วิธีการได้มาซึ่งยาเสพติด	ผู้ป่วยเสพ ยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพ เฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>แหล่งขายยาเสพติดตั้งอยู่บริเวณ</b>						
อยู่ในชุมชนเดียวกันกับบ้านผู้ป่วย	119	39.4	18	37.5	137	39.1
อยู่นอกชุมชนแต่ไปซื้อได้ไม่ลำบาก	176	58.3	28	58.3	204	58.3
อยู่ต่างจังหวัดต้องเดินทางไกล	7	2.3	2	4.2	9	2.6
<b>ระยะเวลาในการได้มาซึ่งยาเสพติด ในแต่ละครั้งที่ไปซื้อ</b>						
ภายใน 1-10 นาที	137	45.4	17	35.4	154	44.0
ภายใน 1/2 ชั่วโมง	101	33.4	21	43.8	122	34.9
ภายใน 1 ชั่วโมง	49	16.2	8	16.7	57	16.3
มากกว่า 1 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 วัน	12	4.0	2	4.2	14	4.0
มากกว่า 1 วันแต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์	3	1.0	0	0.0	3	0.9

จากตารางที่ 28 พบว่าผู้ป่วยมักซื้อหายาเสพติดโดยตรงจากผู้ขายยาเสพติดรายย่อยคิดเป็น ร้อยละ 41.4 รองลงไปซื้อยาเสพติดจากเพื่อน ร้อยละ 40.9 โดยมีการเดินทางไปซื้อถึงที่พักของผู้ขายด้วยตัวเอง ร้อยละ 89.7 จากการสอบถามพบว่าแหล่งขายยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่นอกชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ซึ่งสามารถเดินทางไปซื้อยาเสพติดได้ไม่ลำบาก ร้อยละ 58.3 ในการซื้อหายาเสพติดแต่ละครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เวลาในการรอคอยไม่นานมากนัก ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.0 ใช้เวลารอ 1-10 นาทีก็ได้รับยาเสพติด ซึ่งเมื่อคิดรวมกลุ่มของการได้มาซึ่งยาเสพติดตั้งแต่ 1 นาทีถึง 1 ชั่วโมง พบว่ามีสูงถึง ร้อยละ 95.2 ซึ่งนับว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดหายาเสพติดได้ง่าย

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน

ตารางที่ 29 แสดงค่า Chi-Squares ( $\chi^2$ ) , p-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ระหว่างการเสพยาบ้าและเฮโรอีนกับปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม	$\chi^2$	df	p-value	Fisher's Exact
เพศ	0.98	1	0.755	-
การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย	-	-	-	0.055
บิดายังมีชีวิตอยู่	0.090	1	0.765	-
มารดายังมีชีวิตอยู่	-	-	-	0.171
การใช้ยาเสพติดของบิดา	2.982	1	0.084	-
การใช้ยาเสพติดของมารดา	-	-	-	0.703
การอยู่ร่วมกันของบิดามารดา	6.693	1	0.010	-
การเลี้ยงดูแบบตามใจ	0.697	1	0.404	-
การเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล	2.159	1	0.142	-
การเลี้ยงดูแบบเข้มงวด	1.233	1	0.267	-
การเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่	0.044	1	0.834	-
การเลี้ยงดูแบบไม่สนใจ	1.794	1	0.180	-
ประวัติการใช้ยาเสพติดของพี่น้อง	2.713	1	0.100	-
ประวัติการเป็นโรคจิตของกลุ่มญาติ	-	-	-	1.000
ประวัติการใช้ยาเสพติดของคู่สมรส	-	-	-	1.000

ตารางที่ 29 (ต่อ) แสดงค่า Chi-Squares ( $\chi^2$ ), p-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์  
ระหว่างการเสพยาบ้าและเฮโรอีนกับปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม	$\chi^2$	Df	p-value	Fisher's Exact
ประวัติการใช้ยาเสพติดของคู่รัก	8.294	1	0.004	-
ประวัติสถานภาพทางการศึกษา	7.185	1	0.007	-
ประวัติการถูกภาคทัณฑ์	0.029	1	0.865	-
ประวัติการถูกพักการเรียน	0.001	1	0.973	-
ประวัติการถูกไล่ออก	-	-	-	0.780
การได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	-	-	-	0.780
ประวัติการใช้ยาเสพติดในกลุ่มเพื่อน	-	-	-	0.290
ประวัติการกระทำผิดกฎหมาย	17.857	1	0.000	-
สภาพท้องถิ่นของที่พักอาศัย	3.341	1	0.068	-

จากตารางที่ 29 แสดงให้เห็นว่า สภาพการอยู่ร่วมกันของบิดาและมารดา, ประวัติการใช้ยาเสพติดของคู่รัก, ประวัติสถานภาพทางการศึกษา และประวัติการกระทำผิดกฎหมายในกลุ่มของผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและกลุ่มผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 30 แสดงค่า t-test , p-value ของความสัมพันธ์ระหว่างการเสพยาบ้าและเฮโรอีนกับ ปัจจัยด้านระยะเวลา ,ช่วงอายุ และ รายได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	t-test	df	p-value
รายได้ของผู้ป่วย	-1.751	87	0.084
ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก	-3.444	348	0.001
ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด	-4.359	348	0.000
จำนวนเงินที่ใช้ไปในการซื้อยาเสพติด	-6.106	348	0.000
รายได้รวมของครอบครัว	-1.673	327	0.095
ช่วงอายุที่แต่งงานครั้งแรก	-0.083	59	0.934
จำนวนครั้งของการแต่งงาน	-1.547	59	0.127

จากตารางที่ 30 แสดงว่า ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดเป็นครั้งแรก, ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด, และจำนวนเงินที่ใช้ในการซื้อยาเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและกลุ่มผู้ป่วยที่เสพอโรอีนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย

ตารางที่ 31 แสดงจำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านการทดสอบด้วยแบบทดสอบที่ใช้ในการคัดกรองและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ผลจากแบบคัดกรองโรคทางจิตเวช	ผู้ป่วยเพศ ชาย (n=302)		ผู้ป่วยเพศ เฮโรอื่น (n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลลบ	102	33.8	19	39.6	121	34.6
ผลบวก	200	66.2	29	60.4	229	65.4
$\chi^2 = .618$ $df = 1$ $p\text{-value} = 0.432$						

จากตารางที่ 31 พบว่ามีผู้ป่วยส่วนใหญ่ทดสอบด้วยแบบทดสอบคัดกรองและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแล้วมีผลบวกมากกว่าผลลบ คิดเป็นผลบวกร้อยละ 65.4 และผลลบ ร้อยละ 34.6 จากการคำนวณทางสถิติ พบว่า การพบผลบวกจากแบบทดสอบคัดกรองและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและกลุ่มผู้ป่วยที่เสพเฮโรอื่น สามารถพบได้ในอัตราที่สูงใกล้เคียงกันที่ระดับนัยสำคัญ  $p\text{-value} > 0.05$

ตารางที่ 32 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่พบในผู้ป่วยที่เสพยาบ้า และเฮโรอีน

ลักษณะของความคิด	ผู้ป่วยเสพยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพยาเฮโรอีน(n=48)		รวม (n=350)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง	84	27.8	12	25.0	96	27.4
เคยตั้งใจทำร้ายตนเอง	61	20.2	14	29.2	75	21.4
เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะทำร้ายตัวเอง	20	6.6	1	2.1	21	6.0
มีช่วงระยะเวลาที่คิดถึงเรื่องความตายบ่อย ๆ เกือบตลอดทั้งวัน	65	21.5	10	20.8	75	21.4
เคยคิดอยากตาย	80	26.5	16	33.3	96	27.4
เคยคิดฆ่าตัวตาย	78	25.8	16	33.3	94	26.9
เคยฆ่าตัวตาย	27	8.9	6	12.5	33	9.4
<p>จำนวนครั้งที่เคยฆ่าตัวตาย(n=33)</p> <p>Minimum = 1      Maximum= 4</p> <p>Mean = 1.55      S.D= 0.75</p>						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 32 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่พบในผู้ป่วยเสพยาบ้าและเฮโรอีน

ลักษณะของความคิด	ผู้ป่วยเสพยาบ้า(n=27)		ผู้ป่วยเสพยาโรอีน(n=6)		รวม(n=33)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย</u>						
กินยา	17	63.0	2	33.3	19	57.6
กินยาฆ่าแมลง	3	11.1	0	0.0	3	9.1
กระโดดจากที่สูง	2	7.4	1	16.7	3	9.1
แขวนคอ	2	7.4	0	0.0	2	6.1
กรีดข้อมือ	4	14.8	2	33.3	6	18.2
กัดลิ้น	1	3.7	0	0.0	1	3.0
ใช้ปืนยิง	2	7.4	1	16.7	3	9.1
ใช้มีดแทง	2	7.4	1	16.7	3	9.1
ขณะฆ่าตัวตายมีผู้อื่นอยู่ด้วย	12	44.4	2	33.3	14	42.4
ขณะฆ่าตัวตายไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย	15	55.6	4	66.7	19	57.6
หลังฆ่าตัวตายต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล	14	51.9	1	16.7	15	45.5
หลังฆ่าตัวตายไม่ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล	13	48.1	5	83.3	18	54.5



จากตารางที่ 32 พบว่าผู้ป่วยเสพยาบ้าและเฮโรอีนเคยมีความคิดอยากทำร้ายตัวเองและคิดอยากตาย ร้อยละ 27.4 รวมทั้งเคยคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 26.9 พบว่าผู้ป่วยเคยฆ่าตัวตายมาแล้วร้อยละ 9.4 ในกลุ่มที่เคยมีประวัติฆ่าตัวตายมีการฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ย  $1.55 \pm 0.75$  ครั้ง ซึ่งวิธีการที่นิยมมากที่สุดคือ การกินยาฆ่าตัวตาย ร้อยละ 57.6 ขณะฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย ร้อยละ 57.6 และหลังจากฆ่าตัวตายผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 54.5

ตารางที่ 33 แสดงจำนวนและร้อยละของความผิดปกติทางจิตชนิดต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีน

ชนิดของความผิดปกติทางจิต	ผู้ป่วยเสพยาบ้า(n=302)		ผู้ป่วยเสพยาเฮโรอีน(n=48)		รวม(n=350)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<u>Anxiety Disorder</u>	86	28.5	6	12.5	92	26.3
Somatization	2	0.7	1	2.1	3	0.9
Panic attack	56	18.5	3	6.3	59	16.9
Panic disorder	30	9.9	1	2.1	31	8.9
Generalized anxiety disorder	22	7.3	1	2.1	23	6.6
Obsessive compulsive disorder	32	10.6	2	4.2	34	9.7
<u>Mood disorder</u>	161	53.3	19	39.6	180	51.4
Major depressive disorder	105	34.8	17	35.4	122	34.9
Dysthymia	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Manic disorder	135	44.7	13	27.1	148	42.3
<u>Psychotic disorder</u>						
Schizophrenia	49	16.2	6	12.5	55	15.7

จากตารางที่ 33 พบว่าผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนมีภาวะความผิดปกติทางจิตด้วยโรคประสาทชนิดวิตกกังวล (Anxiety disorder) ร้อยละ 26.3 ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่าเป็นชนิดหวาดกลัว (Panic attack) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.9 รองลงไป คือ ชนิดย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive compulsive disorder) ร้อยละ 9.7 ส่วนความผิดปกติของอารมณ์ (Mood disorder) พบร้อยละ 51.4 ซึ่งกลุ่มนี้พบความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง (Manic disorder) มากที่สุด ร้อยละ 42.3 รองลงไปคือ ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) ร้อยละ 34.9 สำหรับภาวะโรคจิตเภท (Schizophrenia) พบได้ ร้อยละ 15.7

ตารางที่ 34 แสดงค่า Chi-Squares ( $\chi^2$ ) , p-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ระหว่างการเสพยาบ้าและเฮโรอีนกับการเกิดภาวะความผิดปกติทางจิตชนิดต่าง ๆ

ชนิดความผิดปกติทางจิต	$\chi^2$	df	p-value	Fisher's Exact
<u>Anxiety Disorder</u>	5.456	1	0.019	-
Somatization	-	-	-	0.358
Panic attack	4.466	1	0.035	-
Panic disorder	-	-	-	0.098
Generalized anxiety disorder	-	-	-	0.341
Obsessive compulsive disorder	-	-	-	0.198
<u>Mood Disorder</u>	3.125	1	0.077	-
Major depressive disorder	0.008	1	0.930	-
Manic disorder	5.268	1	0.022	-
<u>Psychotic Disorder</u>				
Schizophrenia	0.434	1	0.510	-

จากตารางที่ 34 พบว่า ภาวะความผิดปกติทางจิตในกลุ่มโรคประสาทชนิดวิตกกังวล (Anxiety Disorder) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$  ซึ่งในกลุ่มโรคประสาทชนิดวิตกกังวลพบว่าผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนมีอัตราการเกิดความผิดปกติชนิดหวาดกลัว (Panic Attack) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

ส่วนภาวะผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนพบได้ในอัตราใกล้เคียงกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} > 0.05$  ซึ่งในกลุ่มภาวะผิดปกติทางอารมณ์พบว่าอัตราการเกิดความผิดปกติชนิดคลุ้มคลั่ง (Manic disorder) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

ภาวะความผิดปกติทางจิตชนิดโรคจิตเภท (Schizophrenia) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนพบได้ในอัตราใกล้เคียงกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} > 0.05$

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure In-depth Interview)

ผลการวิจัยส่วนนี้เป็นการนำเสนอเพื่อประกอบการพิจารณาในส่วนของการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ซึ่งได้มีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างละเอียดโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะความผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีนซึ่งได้เข้ามารับการรักษที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ได้คัดเลือกผู้ป่วยมาสัมภาษณ์จำนวน 10 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่เสพยาบ้า 5 คน (ผู้ชาย 3 คน, ผู้หญิง 2 คน) และผู้ป่วยที่เสพอเฮโรอีน 5 คน (ผู้ชาย 3 คน, ผู้หญิง 2 คน) ผลโดยสรุปมีดังต่อไปนี้

#### ข้อสรุปจากการสัมภาษณ์

##### ประวัติครอบครัว

##### ผู้ป่วยที่เสพยาบ้า

มีสภาพของครอบครัวแตกแยก 4 คน ซึ่งผู้ป่วยหมายเลข 1 และหมายเลข 4 ให้ประวัติว่าบิดาและมารดาแยกทางกันตั้งแต่ผู้ป่วยยังเป็นเด็กและมีสภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ค่อยได้รับความ

สนใจจากบิดาและบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ้างว้าง และก่อให้เกิดความก้าวร้าว มีความคิดในแง่ลบต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง

ผู้ป่วยหมายเลข 2 และผู้ป่วยหมายเลข 3 มีสภาพของครอบครัวที่ค่อนข้างอบอุ่นในวัยเด็ก แต่เนื่องมาจากรดาเสียชีวิต และบิดามีภรรยาใหม่ได้ก่อความรู้สึกที่ห่างเหินกับบิดา ประกอบกับที่บิดาเป็นคนเข้มงวดจึงทำให้ผู้ป่วยออกมาคบหากับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น และทำให้ได้รู้จักกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ร่วมกับเพื่อน ๆ ส่วนผู้ป่วยหมายเลข 5 ได้กล่าวว่า "ครอบครัวของตน บุคคลภายนอกจะดูว่าอบอุ่นมีฐานะดีมีครบทุกอย่าง พ่อแม่ให้ความรักและเอาใจใส่ดี แต่จริง ๆ แล้วตนเองรู้สึกว่าพ่อและแม่เอาแต่ใจตัวเอง ไม่เข้าใจลูก มักจะตีกรอบและกำหนดขอบเขตในการดำเนินชีวิตให้ลูกเสมอ" จากคำให้สัมภาษณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แม้ในครอบครัวที่มีพร้อมทั้งบิดาและมารดา สภาพภายในครอบครัวอบอุ่น แต่ถ้าบิดาและมารดาขาดความเข้าใจและปกครองดูแลด้วยความเข้มงวดเกินไปก็จะทำให้บุตรรู้สึกที่ครอบครัวไม่เข้าใจความต้องการและความรู้สึกของตัวเองก็จะก่อให้เกิดความรู้สึกในแง่ลบต่อบุคคลในครอบครัวขึ้นได้

#### ผู้ป่วยที่เสพรเฮโรอีน

มีผู้ป่วยจำนวน 3 คนที่มีสภาพครอบครัวแตกแยก ผู้ป่วยหมายเลข 9 และ 10 ได้ให้ข้อมูลว่า ครอบครัวของตน บิดาและมารดามักจะไม่ค่อยเข้าใจกัน มักทะเลาะกันบ่อย ๆ จนกระทั่งแยกทางกัน ซึ่งก่อความรู้สึกเสียใจให้แก่ผู้ป่วยมาก ทำให้รู้สึกอ้างว้าง ขาดที่พึ่ง รู้สึกน้อยใจที่ตนเองครอบครัวไม่เหมือนคนอื่น ทำให้ก่อความเครียดและคิดมาก จึงหาทางออกด้วยการเที่ยวเตร่กับเพื่อน ๆ

ผู้ป่วยหมายเลข 6 ได้ให้ข้อมูลว่า มารดาเสียชีวิตตั้งแต่อายุ 1 ขวบ หลังจากนั้นบิดาแต่งงานใหม่ แต่ตนเองยังรู้สึกว่าครอบครัวของตนอบอุ่นเนื่องจากมารดาเลี้ยงให้ความรักและความเอาใจใส่มากกว่าบิดาซึ่งปกติเป็นคนดุ และเจ้าระเบียบ ผู้ป่วยได้บอกที่ไม่ได้รู้สึกเครียดกับครอบครัว

ผู้ป่วยหมายเลข 7 บิดายังคงอยู่กับมารดา บรรยากาศในครอบครัวอบอุ่น บิดาและมารดาให้ความใส่ใจตนเป็นอย่างดี

ผู้ป่วยหมายเลข 8 บิดายังคงอยู่กับมารดา แต่บิดามักทะเลาะกับมารดาบ่อย ๆ ซึ่งตัวผู้ป่วยเองไม่ได้สนใจปัญหาเรื่องนี้เท่าใดนัก เนื่องจากเป็นคนติดเพื่อน มักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน

จะเห็นได้ว่า ความปรารถนาของผู้ป่วยทุกคน คือ ความรัก ความอบอุ่น และความเข้าใจจากบุคคลในครอบครัว ทั้งจากบิดา มารดา พี่น้อง หรือญาติ ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพของครอบครัวที่แตกแยกนับว่าเป็นสิ่งกระตุ้นทางสภาวะอารมณ์และความคิดที่เป็นไปในแนวลบทั้งต่อตัว

เอง บุคคลรอบข้าง และสังคม การที่ภายในครอบครัวขาดบิดา หรือมารดาไม่ว่าจะมาจากสาเหตุ การเสียชีวิต หรือการแยกทางกันก็ตาม ล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดภาวะที่เด็กต้องตกไปอยู่ในความดูแลของบุคคลอื่น เช่น มารดาเลี้ยง หรือกระทั่งญาติสนิท จึงทำให้เกิดความห่างเหิน และขาดความรักจากทั้งบิดา หรือมารดา ยิ่งทำให้เด็กเกิดความกลัว และบีบคั้น จึงทำให้มีการแสวงหาการยอมรับจากบุคคลที่ตนเองคิดว่าเข้าใจตนเองมากที่สุด ซึ่งคือ เพื่อนดังเช่นคำสัมภาษณ์ของผู้ป่วยหมายเลข 5 ที่ว่า “เพื่อนคือทุกสิ่งทุกอย่าง และเข้าใจเรามากที่สุด” และผู้ป่วยหมายเลข 10 ได้กล่าวว่า “คนที่เสียยามักจะเข้าใจความรู้สึกของคนที่ยกยอด้วยกันมากกว่า”

### ประวัติกลุ่มเพื่อน

#### ผู้ป่วยที่เสียบิดา

ผู้ป่วยทุกคนมีกลุ่มเพื่อนที่เสียบิดาโดยผู้ป่วยหมายเลข 1 บอกว่า “เพื่อนส่วนใหญ่ไม่ใช่เพื่อนแท้ มาร่วมเสียอย่างเดียว พอเราไม่มีอะไรเขาก็ไป” ผู้ป่วยหมายเลข 2 บอกว่า “เพื่อน ๆ ที่คบกันเป็นเพื่อนเที่ยวเสียมากกว่า เพราะผมเป็นคนสนุก ไม่คิดมาก เพื่อนในกลุ่มใช้ยาบ้าเหมือนกัน” ผู้ป่วยหมายเลข 3 บอกว่า “กลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเพื่อนที่หนีเรียน และก่อเรื่องวิวาทกับพวกตรงข้าม เพื่อนกลุ่มนี้เสพกัญชาและยาบ้า เพื่อน ๆ มักจะหัดให้เล่นกัญชาและยาบ้าบ่อย ๆ เมื่อเล่นเป็นแล้วก็จะคุยในกลุ่มได้ว่าเล่นเป็นแล้วนะ” ผู้ป่วยหมายเลข 4 บอกว่า “หนูเป็นคนมีเพื่อนเยอะ ส่วนใหญ่เป็นเพื่อนที่โรงเรียน ในกลุ่มชอบเที่ยวศูนย์การค้า ไม่ค่อยสนใจการเรียน เพื่อน ๆ ใช้ยาบ้ากันเยอะ และพยายามชักชวนให้หนูลองใช้บ้าง” ผู้ป่วยหมายเลข 5 บอกว่า “ตอนแรกเป็นเด็กเรียนดีแล้วรู้สึกเบื่อเลยลองคบเพื่อนเที่ยวดู รู้สึกสนุกดี ชีวิตมีสีสัน เพื่อนหัดให้ลองยาบ้า และเป็นคนขายยาบ้าเพื่อเขาจะอดจะได้มีของมาเสพด้วยกัน รู้สึกว่าเพื่อนคือทุกสิ่งทุกอย่าง เพื่อนเข้าใจตัวหนู และมีความต้องการตรงกัน”

#### ผู้ป่วยที่เสียเฮโรอีน

ผู้ป่วยหมายเลข 6 บอกว่า “คบหาเพื่อนเยอะ หลายกลุ่ม ทั้งกลุ่มคนทำงานและกลุ่มเพื่อนที่เสีย ส่วนใหญ่จะใช้เวลาอยู่กับเพื่อนที่เสพยาบ่อย ๆ ทำให้รู้สึกว่าเสพยาเป็นสิ่งธรรมดา” ผู้ป่วยหมายเลข 7 บอกว่า “กลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่ เป็นเพื่อนที่โรงเรียนที่เสพยา คิดว่ากลุ่มนี้นิสัยไม่ค่อยดี มีแต่คนเสพยาทั้งนั้น ไม่ทำอะไรเลย ได้แต่เสพยาไปวัน ๆ” ผู้ป่วยหมายเลข 8, 9 และ 10 มีเพื่อนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ทำงานที่เดียวกัน ซึ่งเพื่อนบางคนก็ไม่มีประวัติติดยา แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่กับเพื่อนกลุ่มที่เที่ยวเตร่ และเสพยาเสพติด ส่วนมากจะเสพยาหลาย ๆ ชนิด ทั้งเฮโรอีน ยา

บ้า บุหรี่ และสุรา เมื่อถูกเพื่อนชักชวนบ่อย ๆ เข้าจึงเกิดความอยากกริลองกับยาเสพติด ประกอบกับมีความเครียดที่ต้องการจะปลดปล่อย จึงได้ทดลองเสพยา

จะเห็นได้ว่ากลุ่มเพื่อนนับเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการเสพยาเสพติดได้ค่อนข้างสูงในผู้ติดยาเสพติด ทั้ง 10 คน การรับแนวความคิดของเพื่อนและการทำตามเพื่อนรวมถึงการพืงพืงเพื่อนในด้านจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น จะมีการเลียนแบบและทำตามเพื่อนรวมทั้งมีการใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน ทำให้เวลาที่จะอยู่กับครอบครัวลดน้อยลง รวมทั้งการที่ตัวผู้ป่วยเองมีภาวะความเครียด และความวิตกกังวลสูงซึ่งเกิดจากผลกระทบของสภาพที่แตกแยกของครอบครัว ทำให้ช่วงนี้นับว่าเป็นช่วงวิกฤติ ของการดำเนินชีวิต ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเผชิญ อยู่ได้ก็จะไม่ก่อให้เกิดการติดยาเสพติด แต่ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน ล้วนแล้วแต่มีความวิตกกังวลสูง และมีการปรับตัวกับปัญหาไม่ค่อยถูกต้องเช่นเมื่อรู้สึกเครียดก็จะไปเที่ยวเตร่กับเพื่อนฝูงและเข้าไปปรับทุกข์กับกลุ่มเพื่อนที่ตนคิดว่ามีสภาพปัญหาคล้ายคลึงกันและจากความอยากลอง อยากรู้ของช่วงวัยจึง ขาดความยับยั้งชั่งใจ จึงมีการใช้ยาเสพติดเกิดขึ้น ดังนั้นจึงนับว่าอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีความสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมกรรมการติดยาบ้า และเฮโรอีนได้

แรงจูงใจในการเสพยาเสพติดครั้งแรก

#### ผู้ป่วยที่เสพยาบ้า

ผู้ป่วยหมายเลข 1 บอกว่า "เสพยาเพราะรู้สึกเบื่อชีวิต คิดว่าตนไร้ค่า 'ไม่มีคนสนใจ' ผู้ป่วยหมายเลข 2 บอกว่า "เสพยาเพราะเสียใจ ที่คู่รักทิ้ง รู้สึกเครียดมากเพื่อนเลยแนะนำให้ลองใช้ยาบ้า แม้รู้ว่าไม่ดีแต่ก็อยากลอง" ผู้ป่วยหมายเลข 3 บอกว่า "เห็นเพื่อนใช้ยาเป็นประจำ จนรู้สึกชินกับตัวยายาเลยไม่รู้สึกกลัว เมื่อเห็นเพื่อนใช้บ่อย ๆ และเห็นเขามีความสุขดี เลยอยากลองประกอบกับเพื่อนให้ยาฟรีเลยลองดู" ผู้ป่วยหมายเลข 4 และ 5 บอกว่า เพื่อนชวนให้ทดลอง ตอนแรกก็กลัว ๆ กลัว ๆ แต่เมื่อเห็นเพื่อนใช้แล้วมีความสุขดี ประกอบกับตนมีปัญหาจากทางบ้านรู้สึกเครียดเลยลองทดลองใช้ยาบ้าดู พอได้ใช้แล้วรู้สึกดีใจ

#### ผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน

ผู้ป่วยหมายเลข 6, 7, 8, 9 และ 10 ให้ข้อมูลว่า หลังจากคบกลุ่มเพื่อนที่เสพเฮโรอีนแล้วได้คลุกคลีและอยู่กับเพื่อนกลุ่มนี้บ่อย ๆ ทำให้รู้สึกชินกับภาพของการเสพยา เพื่อน ๆ ที่อยู่ในกลุ่มมักร่วมกันชักชวน และยุยงให้มาเสพโดยครั้งแรกจะจัดหายาให้รวมทั้งสอนวิธีการเสพให้ จึงทำให้เกิด

ความอยากลอง เพราะรู้สึกว่าการกระทำแล้วก่อให้เกิดความสุข เมื่อลองได้ครั้งแรกรู้สึกติดใจจึงใช้มาเรื่อย ๆ

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการเสพยาบ้าและเฮโรอีนในกลุ่มตัวอย่าง 10 คนนั้น เกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

- 1 ความอ่อนแอทางบุคลิกภาพ และความอ่อนไหวทางด้านจิตใจ มีความต้องการพึ่งพิงผู้อื่น ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ต้องการที่ยึดเหนี่ยว เมื่อนหาที่ยึดเหนี่ยวไม่ได้ จึงพึ่งพิงยาเสพติดแทน
- 2 สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม โดยมีการพบปะกับบุคคลที่ใช้อยู่อ้อย ๆ จนเกิดความเคยชิน และเมื่อความรู้สึกกลัวลดลง ความต้องการอยากลองเพิ่มขึ้นจึงได้ทดลองใช้ยาเสพติด

ความรู้สึกที่มีต่อการใช้ยาเสพติดของตนเอง

#### ผู้ป่วยที่เสพยาบ้า

ผู้ป่วยหมายเลข 1 บอกว่า "การใช้ยาบ้าทำให้รู้สึกสนุกในช่วงแรกแต่มันเป็นเรื่องที่ทำให้ผมแยลง อยากจะตัดมันออกไปจากชีวิต" ผู้ป่วยหมายเลข 2 บอกว่า "ผมคิดว่าแค่ลองไม่น่าติด ไม่นึกเลยว่าจะมีอันตรายมากมายขนาดนี้ ตอนนี้อยู่ถึงพิษภัยของมันแล้ว คิดว่าจะไม่หวนกลับไปเสพยาอีก" ผู้ป่วยหมายเลข 3 และ 5 ในข้อมูลที่คล้ายคลึงกันว่า ทราบว่าการใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งไม่ดี ทำให้เสียอนาคต เคยคิดเลิกหลายครั้ง แต่ยังติดใจในรสชาติของมัน เพราะว่าใช้แล้วล้ำชั้น ครั้งนั้นเมื่อมารักษาตัวที่โรงพยาบาลแล้ว คิดว่าจะเลิกให้ได้อย่างเด็ดขาดแต่ก็ยังไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้แน่นอนหรือไม่ ผู้ป่วยหมายเลข 4 บอกว่า "รู้ว่าการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งไม่ดีแต่สำหรับตัวเรานั้นรู้สึกชอบรสชาติและติดใจในตัวยาที่เวลาเสพแล้วจะรู้สึกหิว คิดว่าชีวิตอยู่ไปก็เท่านั้น อยู่กับมันอย่างเดียว ตอนนี้อยู่กับมารักษาตัว เมื่อกลับไปบ้านแล้วคิดว่าจะกลับไปใช้มันอีก"

#### ผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน

ผู้ป่วยหมายเลข 6 บอกว่า "ช่วงที่เสพยาคิดว่ามันมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอยู่เป็นอย่างมาก ขาดมันไม่ได้เลย คิดว่าการติดยาของผมนั้นเป็นปัญหาที่ผมสร้างขึ้นเอง จากความสนุกสนานชั่วครู่ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับครอบครัว"

ผู้ป่วยหมายเลข 7, 8, 9 และ 10 กล่าวตรงกันว่า ชอบเสพยาเพราะติดใจในความเมา เสพแล้วรู้สึกเมานึ่ม มาสบาย อารมณ์ดี ไม่คิดอะไร หลับได้ทั้งวัน ซึ่งตรงข้ามกับยาบ้าที่เสพแล้วเครียดต้องหางานทำตลอดคัมตัวเองไม่ได้ หลังหมดฤทธิ์ยาจะรู้สึกเหนื่อยล้า คิดว่าคนชอบผงส่วนใหญ่เป็นคนชอบความเมา ส่วนใหญ่ 4 คน เสพด้วยการฉีด เนื่องจากให้ผลในการก่อกวนความเมากว่าการสูบ ส่วนอีก 1 คนใช้เพียงวิธีการสูบเท่านั้น เนื่องจากกลัวเจ็บ และเคยเห็นเพื่อนซ้อคคาเข้มจึงเกิดความกลัวว่าจะเป็นเช่นนั้น ทุกคนเคยลองหยุดยาด้วยตัวเอง แต่ปรากฏว่าหยุดไม่ได้ อย่างจริงจึงเนื่องจากยังเจอกับสถานการณ์ที่เห็นเพื่อนใช้ยาทำให้เกิดความอยากที่จะเสพต่อ หลังจากมาเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลได้มองเห็นสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเสพยาว่าทำให้สังคมไม่ยอมรับทำให้พ่อแม่เสียใจ และก่อให้เกิดความทรุดโทรมของร่างกาย ทุกคนจึงมีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาให้ได้โดยเด็ดขาด แต่ยังไม่แน่ใจกับผลที่จะเกิดขึ้นว่าจะทำได้อย่างที่ตั้งใจได้มากนักน้อยเพียงใด

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่เสพยาบ้าจะเป็นกลุ่มคนที่ชอบความสนุก ไม่ชอบอยู่นิ่ง บางคนมีปัญหาคความเครียด, วิตกกังวลสูง บางคนรู้สึกว่าเบื่อและแข็งชีวิตคิดว่าตนไร้ค่า จึงได้หันมาทดลองใช้ยาเพื่อกระตุ้นให้ตนมีความรู้สึกที่สดใส สนุกสนานและมีความกล้าที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่ตนต้องการกระทำ ส่วนผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีนเคยทดลองเสพยาบ้าทุกคนแต่ให้ความเห็นตรงกันว่าใช้เพื่อกระตุ้นให้ทำงานได้มากขึ้นเนื่องจากเวลาเมาเฮโรอีนแล้วจะหลับมากจึงต้องใช้ยาบ้าเพื่อช่วยให้สามารถทำงานได้มากขึ้น หรือใช้ในกรณีที่เฮโรอีนหายาก และมีราคาแพง แต่ทุกคนให้ความเห็นตรงกันว่าใช้เพียงปริมาณน้อยและไม่ติดต่อกันนานมากนักเนื่องจากไม่ค่อยชอบผลที่เกิดจากการเสพยาบ้าที่ทำให้เหนื่อยล้า และเครียดมากขึ้น ผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีนทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าบุคคลที่เสพยาเฮโรอีนเป็นคนชอบความเมา ดังนั้นสิ่งที่ทำให้บุคคลเลือกที่จะเสพยาเสพติดชนิดใดขึ้นอยู่กับความชอบ ทัศนคติของแต่ละบุคคลซึ่งเมื่อได้มีโอกาสทดลองเสพแล้วจะตัดสินใจว่าชอบรสชาติของตัวยามากน้อยเพียงใด และตัดสินใจที่จะใช้ต่อเนื่องจนกว่าให้เกิดการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ผู้ป่วย 9 คนใน 10 คน มีความเห็นตรงกันว่า หลังจากใช้ยาเสพติดมาระยะหนึ่งแล้วรับรู้ถึงผลเสียของการเสพยาที่มีต่อตัวเอง และบุคคลรอบข้าง ทำให้ตนมีสภาพตกต่ำและเป็นที่ยกย่องของสังคม ทุกคนจึงมีแนวความคิดที่ต้องการจะเลิกใช้ยาโดยเด็ดขาด เพียงแต่ยังไม่แน่ใจ ตนเองว่าจะเลิกได้เด็ดขาดหรือไม่จากข้อจำกัดที่ต้องกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ที่อาจจะต้องพบเจอกับเพื่อน ๆ กลุ่มเดิม ๆ สภาพปัญหาเดิม ๆ ที่ก่อให้เกิดตนเองมีความเครียด รวมทั้งรสชาติของยาที่ยั่วชวนให้กลับไปใช้อีก ส่วนผู้ป่วยอีก 1 คน มีความเห็นว่า แม้รู้ว่าการใช้ยาบ้าไม่ดี แต่ตนก็ยังยืนยัน



จะใช้ต่อ เนื่องจากคิดว่ากาการเสพยาทำให้ตนมีความสุข และยังพึงพอใจ กับสภาพนั้นอยู่ เพราะยังรู้สึกว่ายาสเสพติดไม่ได้ก่อผลเสียต่อตนมากนัก ทั้งยังคิดว่าตนสามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนได้ดี ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแนวความคิดและทัศนคติที่มีต่อการใช้ยาเสพติดเป็นตัวที่ตัดสินว่าบุคคลนั้นจะเลิกยาได้เด็ดขาดหรือไม่ หากบุคคลใดยังมีแนวคิดและทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยา จะทำให้การเลิกยาไม่สำเร็จแม้ว่าบุคคลรอบข้างจะพยายามช่วยเหลืออย่างเต็มที่เพียงใดก็ตาม ตรงข้ามกับบุคคลที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยาเสพติดรวมทั้งมีการรับรู้ถึงผลกระทบกาการใช้ยาเสพติดจะมีแนวโน้มที่จะเลิกยาได้อย่างเด็ดขาด

ความรู้สึกต่อชุมชนที่อยู่อาศัย

#### ผู้ป่วยที่เสพยาบ้า

ผู้ป่วยหมายเลข 1 และ 3 บอกว่า ละแวกบ้านที่ตนอยู่อาศัยมีการใช้ยาบ้ากันอย่างแพร่หลายและหาซื้อได้ง่ายมาก ส่วนผู้ป่วยหมายเลข 2, 4 และ 5 บอกว่าละแวกบ้านไม่ค่อยมีการใช้ยาเสพติดมากนัก ส่วนใหญ่ เป็นที่อยู่อาศัยของคนที่มีฐานะดี ผู้ป่วยทั้ง 5 คน ได้บอกว่ารู้สึกว่าการที่ไม่ใช้ยาเสพติดในชุมชนมักมองกลุ่มตนด้วยความรู้สึกรังเกียจ และบุคคลเหล่านั้นบอกลูกหลานไม่ให้เอาเยี่ยงอย่าง และไม่ให้นำคบหาสมาคมด้วย ดังนั้นจึงรู้สึกเหมือนกับถูกแบ่งแยกออกจากกลุ่มคนปกติ

#### ผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีน

ผู้ป่วยหมายเลข 6, 7 และ 8 บอกว่าละแวกบ้านเป็นชุมชนแออัด อยู่ใกล้ตลาดมีการใช้ยาเสพติดกันเยอะทั้งเฮโรอีน ยาบ้า และกัญชา ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กวัยรุ่นสามารถหาซื้อยาเสพติดได้ง่ายมาก ส่วนผู้ป่วยหมายเลข 9 และ 10 บอกตรงกันว่า ละแวกบ้านเป็นชุมชนชนบท และเป็นชุมชนของชาวอิสลาม ไม่ค่อยทราบข่าวกาการใช้ยาเสพติดมากนัก ส่วนใหญ่จะทราบข่าวแต่เฉพาะในกลุ่มเพื่อน ๆ ที่เสพยาเท่านั้น

ทั้งผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเสพยาเฮโรอีนทั้ง 10 คน มีความรู้สึกที่ตรงกันว่าบุคคลที่อยู่ในชุมชนที่ไม่ได้ใช้ยาเสพติด จะมองกลุ่มตนเป็นกลุ่มคนมีปัญหา บางครั้งแสดงท่าทางรังเกียจไม่ยอมให้บุตรหลานมาคบหากับกลุ่มตนก่อนความรู้สึกอึดอัดต่อกลุ่มของตนทำให้ตนรู้สึกว่ากลุ่มที่เสพยามีสังคมจำกัด คบได้แต่บุคคลที่เสพยาเสพติดเท่านั้น บางคนรู้สึกโกรธที่ได้รับการแสดงท่าทางรังเกียจจากเพื่อนบ้าน บางคนรู้สึกอายจนไม่กล้าเปิดเผยตัวเองว่าเป็นบุคคลเสพยา และต้องโกหกกับบุคคลรอบข้างตลอดเวลา บางคนรู้สึกเฉย ๆ การแสดงออกของบุคคลในชุมชน

จะเห็นได้ว่าสภาพของชุมชนและสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีอิทธิพลสำคัญในการผสมผสานให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวกต่อสภาพการใช้จ่าย รวมทั้งสภาพการจัดทำและการได้มาซึ่งยาเสพติด นับว่าเป็นสิ่งอำนวยความสะดวกในการเสพยาเสพติดให้เพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย อีกประเด็นหนึ่งสภาพการเสพยาเสพติดในชุมชนและความสะดวกในการได้มาซึ่งยาเสพติดสามารถเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลหันมาใช้ยาเสพติด ทั้งจากความคึกคะนอง อยากรลองและความต้องการเลียนแบบ แต่จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยทั้ง 10 คน เห็นได้อย่างชัดเจนว่า แม้ในชุมชนจะมีตัวอย่างของการใช้ยาเสพติดอย่างแพร่หลายแต่ก็ยังมีกลุ่มคนในชุมชนอีกประเภทหนึ่งที่นับว่าเป็นกลุ่มคนโดยส่วนใหญ่ของสังคมที่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ที่ติดยาเสพติด ทำให้เกิดการแบ่งแยกกลุ่มคนที่เสพยาเสพติดออกจากกลุ่มคนที่ไม่ประพฤติกรรมการเสพยาเสพติด ปัจจัยนี้เองที่เป็นตัวผลักดันให้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกเชิงลบต่อตนเองจากการที่บุคคลในชุมชนแสดงพฤติกรรมแบ่งแยกกลุ่มรวมทั้งแสดงความรังเกียจผู้ที่ติดยาเสพติด จึงมีผลให้ผู้ให้ที่ติดยาเสพติดอยู่แล้วนั้นมีสภาพสังคมที่แคบลง มีความรู้สึกขาดความมั่นใจในการที่จะคบหาบุคคลที่มีสภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจึงยังเป็นปัจจัยกดดันให้ผู้ป่วยถอนตัวออกมาจากการเสพยาได้ยากยิ่งขึ้นอีกปัจจัยหนึ่ง

#### รายละเอียดของการเกิดปัญหาทางจิตใจ

##### ผู้ป่วยที่เสพยาบ้า

ผู้ป่วยหมายเลข 1 เป็นคนที่มีนิสัยขี้น้อยใจไม่ค่อยพูด มักเก็บปัญหาไว้คนเดียว มักมีความรู้สึกไร้ค่า เพราะไม่ค่อยมีใครให้ความสนใจ หลังจากมาใช้ยาบ้าแล้ว มีอาการนอนไม่หลับ หิวแหว่งบ่อยขึ้น ช่วงหลังรู้สึกเบื่อชีวิตคิดแต่เรื่องอยากตายไม่อยากอยู่ จึงผูกคอตาย 1 ครั้ง แต่มีคนช่วยเลยรอดชีวิตมา หลังจากมาเลิกยาบ้าแล้ว รู้สึกสบายใจขึ้น และทำให้รู้สึกว่าตนมีคุณค่ามากขึ้น จากที่บิดามาสนใจและให้กำลังใจในการเลิกยา

ผู้ป่วยหมายเลข 2, 3, 4 และ 5 กล่าวตรงกันว่า ก่อนที่จะเสพยาเป็นคนที่มีนิสัยรักสนุก เฮฮา ไม่เครียด จนกระทั่งมาเสพยาบ้าแล้วทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ตนเองได้น้อย กล่าวทำในสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับต่าง ๆ เช่น หนีโรงเรียน เที่ยวกลางคืน เมื่อโมโหมาก ๆ ก็ทำร้ายตัวเอง เพื่อประชดคนรอบข้าง

### ผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน

ผู้ป่วยหมายเลข 6, 7 และ 8 ให้ประวัติคล้ายคลึงกันว่า ก่อนเสพเฮโรอีนตนเองมีนิสัยเป็นคนร่าเริง, แจ่มใส, ชอบเฮฮา, สนุกสนาน และไม่เคร่งเครียด แต่หลังจากเสพเฮโรอีนแล้วทำให้กลายเป็นคนช่างฝันมากขึ้นรวมทั้งกลายเป็นคนเก็บตัว มัวแต่เล่นยาเสพติดอย่างเดียว ไม่สนใจทำกิจกรรมอื่น ๆ เวลาไม่มีผงใช้จะรู้สึกเครียดมากต้องคิดหาวิธีในการได้มาซึ่งเฮโรอีนเพื่อใช้ในการเสพและมักย่ำคิดเกี่ยวกับเรื่องการหายาเสพติดมาใช้ยวบอย ๆ รวมทั้งกล้าทำสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น ขายยา เพื่อแบ่งเปอร์เซ็นต์ แล้วจะได้มียาใช้อย่างเต็มที่

ผู้ป่วยหมายเลข 9 และ 10 ให้ประวัติคล้ายคลึงกันว่า ก่อนเสพยาเป็นคนขี้บ่นขี้ใจ วิตกกังวล ค่อนข้างง่าย คิดว่าตนเองแย่กว่าคนอื่น ๆ ในเรื่องสภาพครอบครัว หลังจากใช้เฮโรอีนแล้วแรก ๆ รู้สึกเพลิน ไม่ค่อยคิดเรื่องครอบครัว คิดแต่เรื่องการหายามาเสพอย่างเดียว บางครั้งมีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนมาเรียกชื่อแต่ไม่ได้สนใจมากนัก หลังจากเลิกยาแล้วรู้สึกสบายใจมากขึ้น เพราะรู้สึกว่าได้กระทำการสิ่งที่สังคมยอมรับ

จะเห็นได้ว่าก่อนเสพยาบ้าและเฮโรอีน บางคนก็มีสภาพจิตใจที่ปกติ แต่บางคนมีสภาพจิตใจที่มีความเครียดและภาวะวิตกกังวลในระดับค่อนข้างสูง ร่วมกับภาวะซึมเศร้า และเมื่อได้มาใช้ยาเสพติดแล้วยังเป็นตัวกระตุ้นให้ก่อเกิดภาวะผิดปกติทางจิตใจได้มากขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะการออกฤทธิ์ของยาเสพติดในแต่ละชนิด เช่น ยาบ้า ถ้าใช้ในปริมาณน้อย ๆ จะรู้สึกสบาย เพิ่มความตื่นตัวและเชื่อมั่นตัวเอง มีพลังงานสูงขึ้น กระฉับกระเฉง พุดมาก ถ้าใช้ในปริมาณมาก จะทำให้ ปากแห้ง มีไข้ มีการเคลื่อนไหวช้า ๆ ปวดศีรษะ ตาพร่า เวียนศีรษะ ใจสั่น มือสั่น สูญเสียการทรงตัว คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ถ้าเลิกใช้จะเกิดอาการซึมเศร้า และมีภาวะแปรปรวนของสภาพอารมณ์อย่างรุนแรง จนก่อให้เกิดการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ส่วนเฮโรอีนจะทำให้เกิดอาการร่วงซึม คลายเครียด คลายการเจ็บปวด แต่ถ้าหยุดใช้จะเกิดอาการขาดยา เริ่มด้วยหาวบ่อย น้ำมูกน้ำตาไหล ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก ปวดท้องอย่างรุนแรง และท้องเสียได้ ซึ่งเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อสภาวะจิตใจได้ ดังนั้น จึงสามารถพบความผิดปกติทางจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ เกิดควบคู่กับการเสพยาบ้าและเฮโรอีนได้ ส่วนลักษณะของความผิดปกติทางจิตนั้นขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางบุคลิกภาพ สภาพจิตใจของผู้ป่วยเองก่อนเสพยา รวมทั้งชนิดของยาเสพติดที่ใช้ จากข้อมูลที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง 10 คนพบว่าหลังเสพยาเสพติดทั้งยาบ้าและเฮโรอีนแล้ว มีภาวะความเครียดและภาวะความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นในลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งมีปัจจัยกีดกันจากหลาย ๆ ปัจจัยไม่ว่าจะเป็นพื้นฐานบุคลิกภาพของผู้ป่วย สภาพการใช้ยา ตลอดจนถึงสภาพของสังคมที่กีดกันและมีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย

## ความคาดหวังในอนาคต

### ผู้ป่วยที่เสพยาบ้า

ผู้ป่วยหมายเลข 1, 2, 3, และ 5 มีความคิดว่า ทุกคนมีเป้าหมายในชีวิต คือการมีสภาพของความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ต้องการให้ทุก ๆ คนในสังคมยอมรับตนเองว่าเป็นบุคคลหนึ่งในสังคมเหมือนกัน ไม่ต้องการให้ใครมาดูถูกเหยียดหยาม ผู้ป่วยหมายเลข 1, 2 และ 3 คิดว่าจะไม่หวนกลับไปหายาบ้าอีก แต่สำหรับผู้ป่วยหมายเลข 5 บอกว่า “ยังไม่แน่ใจ ตัวเองว่าจะทำได้แค่ไหน เนื่องจากยังติดใจในรสชาติ อาจต้องใช้เวลาในการพยายามลืมยาบ้า” ผู้ป่วยหมายเลข 4 บอกว่า “ตอนนี้ไม่ได้คิดอะไร คิดแต่ให้มีความสุขไปวัน ๆ ถ้ากลับไปบ้านแล้วคงใช้ยาอีกเพราะความติดใจในรสชาติของยาบ้า และคิดว่ายาบ้าไม่ทำให้เป็นโรคจิต เพราะรู้จักควบคุมปริมาณการใช้เป็นอย่างดี”

### ผู้ป่วยที่เสพยาเฮโรอีน

ผู้ป่วยหมายเลข 6, 7, 8, 9 และ 10 ให้ความเห็นตรงกันว่าต้องการจะเลิกเฮโรอีนให้ได้ อย่างเด็ดขาด เนื่องจากต้องการมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด และบุคคลทั่วไปในสังคม มีสภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น มีการเรียนที่ดีขึ้น และมีงานทำที่มั่นคงในอนาคต ซึ่งถ้าเป็นไปได้อย่างที่คาดหวัง คิดว่าชีวิตคงจะมีความสุขมากยิ่งขึ้น แต่ก็ยังไม่แน่ใจว่ากลุ่มคนในสังคมจะให้การยอมรับได้มากน้อยเพียงใด หากมีคนคอยให้กำลังใจ และคอยชี้แนะเตือนสติ คาดว่าน่าจะเลิกได้โดยเด็ดขาด

จะเห็นได้ว่าทั้งผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนโดยส่วนใหญ่ (9 คน) มีความคิดต้องการที่จะเลิกยาเสพติดอย่างเด็ดขาด เพื่อให้มีชีวิตและสภาพของความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นกว่าในปัจจุบัน รวมทั้งสิ่งสำคัญที่พวกเขาต้องการคือ การได้รับการยอมรับจากกลุ่มคนในสังคมโดยทั่วไป ที่จะคอยเป็นแรงใจให้เขาต่อสู้กับความต้องการที่จะเสพยา ส่วนผู้ป่วย 1 คน ที่คาดว่าจะเสพยาบ้าต่อไป และไม่คิดจะเลิกนั้น อาจจะเนื่องด้วยผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อคือวัยรุ่นร่วมกับสภาพบุคลิกภาพแบบก้าวร้าวต่อต้านสังคม ทำให้การมองสภาพของชีวิตในอนาคตนั้น ยังคงค่อนข้างแคบ และลุ่มหลงกับการกระทำตามที่จิตใจตนเองปรารถนาโดยไม่สนใจผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นโอกาสการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยนั้นจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัยด้วยกัน ดังเช่นทัศนคติในการดำเนินชีวิต, แรงกดดันของสภาพสังคม, ทัศนคติต่อยาเสพติด, ลักษณะของบุคลิกภาพและสภาพจิตใจ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจเลือกทางเดินในชีวิตของผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิต-สังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล รัษฎารักษ์ ด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีนโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ทางจิต-สังคมและการสัมภาษณ์เจาะลึกแบบกึ่งมีโครงสร้างในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

#### สรุปผลการศึกษา

##### 1. ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์สภาพทางจิต-สังคม

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล รัษฎารักษ์ แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้า = 302 คน และผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีน = 48 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดคิดเป็นเพศชาย ร้อยละ 81.7 และเพศหญิง ร้อยละ 18.3 มีอายุเฉลี่ย =  $19.39 \pm 3.78$  ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 82.6, นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.1, อยู่ในเขตภาคกลาง ร้อยละ 51.4, ผู้นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือ บิดามารดา ร้อยละ 68.9 ปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาคือ ต้องการให้สังคมยอมรับ ร้อยละ 40.6 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.9 พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา

1.2 ข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ผู้ป่วย ร้อยละ 88.6 ไม่มีภาระรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้อื่น, ร้อยละ 38.0ว่างงาน, รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย =  $6151.69 \pm 3,142.35$  บาท/เดือน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.3 คิดว่ารายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายซึ่งสาเหตุของความไม่เพียงพอ เกิดจากการซื้อขายเสพติด ร้อยละ 95.1 และเวลามีปัญหาเรื่องเงินทองของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.6 มักยืมเงินจากบิดามารดา

1.3 รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน พบว่าผู้ป่วยที่เสพยาบ้าโดยทั่วไปนิยมใช้วิธีการเสพด้วยวิธีสูดดมควัน ร้อยละ 96.4 ส่วนผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีนนิยมใช้วิธีฉีด ร้อยละ 52.1 ผู้ป่วยที่เสพยาบ้านิยมเสพโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ  $11.89 \pm 9.14$  ครั้ง แต่ละครึ่งนิยมเสพโดยเฉลี่ย  $1.7351 \pm 0.9555$  มัด ส่วนผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีนนิยมเสพโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ  $21.94 \pm 12.96$  ครั้ง

ซึ่งมีปริมาณในการเสพแต่ละครั้งเฉลี่ย  $0.6812 \pm 0.4313$  ฝ่า จากผู้ป่วยทั้งหมดส่วนใหญ่นิยมใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วยร้อยละ 93.4 พบว่าสารเสพติดที่นิยมเสพร่วมมากที่สุด คือ บุหรี่ นิยมเสพร้อยละ 91.7 โดยเพื่อนเป็นผู้ชักชวนให้เริ่มเสพร่วมมากที่สุด ร้อยละ 62.6 ซึ่งนิยมเสพยาเสพติดที่บ้านเพื่อนร้อยละ 51.4 ส่วนใหญ่นิยมเสพร่วมกับเพื่อน ร้อยละ 66.0 เกณฑ์อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ยาเสพติดเป็นครั้งแรก =  $16.58 \pm 3.31$  ปี และส่วนใหญ่ใช้มานานโดยเฉลี่ย  $26.61 \pm 17.72$  เดือน และเสียเงินในการซื้อยาเสพติดโดยเฉลี่ย =  $1,454.09 \pm 1,353.02$  บาท/สัปดาห์

1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพครอบครัว ส่วนใหญ่ บิดามารดายังคงมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 86.5 และ 94.3 ตามลำดับ, โดยเฉลี่ยบิดาของผู้ป่วยมีอายุ =  $46.66 \pm 8.02$  ปี, บิดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.9, มีรายได้ =  $12,342.40 \pm 8,211.61$  บาท/เดือน และมารดาอายุโดยเฉลี่ย =  $43.78 \pm 7.50$  ปี มารดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.9, มีรายได้โดยเฉลี่ย =  $7,794.75 \pm 7,502.27$  บาท/เดือน, ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก, ส่วนใหญ่ผู้ป่วยร้อยละ 59.0 บิดามารดาของผู้ป่วยยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน, ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 39.0 มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง, ส่วนใหญ่ร้อยละ 30.1 บิดาเคยมีประวัติการใช้สารเสพติด ซึ่งสารเสพติดที่บิดานิยมเสพคือ บุหรี่ ร้อยละ 37.8, สภาพการเลี้ยงดูโดยทั่วไปร้อยละ 40.3 เลี้ยงดูแบบรักเอาใจใส่และมีกฎเกณฑ์การลงโทษตามสมควรเมื่อกระทำผิด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 66.9 บอกว่าพึงพอใจในการเลี้ยงดูของบิดามารดา, ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 95.7 ไม่เคยมีญาติป่วยเป็นโรคจิต, บุคคลในครอบครัวมักแสดงท่าทีต่อต้าน ร้อยละ 76.2, ช่วงวัยที่ผู้ป่วยเริ่มแต่งงานมีเกณฑ์อายุเฉลี่ย =  $19.48 \pm 3.12$  ปี, ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.8 มีการทะเลาะแบบไม่รุนแรงกับคู่สมรสเป็นบางครั้ง, สภาพปัญหาที่พบได้บ่อยระหว่างคู่สมรส คือปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 38.9, ส่วนสภาพปัญหาที่ก่อให้เกิดการหย่าร้างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 เกิดจากไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน, คู่สมรสของผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 63.9 ไม่เคยใช้ยาเสพติด, ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสดส่วนใหญ่ร้อยละ 73.9 เคยมีคู่รัก ซึ่งคู่รักของผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 80.9 ไม่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด

1.5 ประวัติการศึกษา ส่วนใหญ่ขณะนี้ผู้ป่วยไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 63.7, ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.2, เกณฑ์เฉลี่ยก่อนการเสพยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1.00-2.00 ร้อยละ 46.0, ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด ร้อยละ 91.7, แหล่งข้อมูลส่วนมากคือ สื่อสารมวลชน เช่น หนังสือ , โทรทัศน์ และวิทยุ พบได้ร้อยละ 46.4

1.6 ประวัติการกระทำผิดในรูปแบบต่าง ๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่เคยกระทำความผิด เช่น ไม่เคยถูกภาคทัณฑ์ ร้อยละ 74.0, ไม่เคยพักการเรียน ร้อยละ 81.4, ไม่เคยถูกล้อออกจากโรงเรียน ร้อยละ 91.7 และไม่เคยถูกตำรวจจับ ร้อยละ 71.4

1.7 ประวัติกลุ่มเพื่อน ส่วนใหญ่มีกลุ่มเพื่อนเที่ยวกลางคืน ร้อยละ 50.9 ซึ่งกลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่มีประวัติการใช้ยาเสพติด ร้อยละ 94.7 ชนิดของยาเสพติดที่เพื่อนของกลุ่มผู้ป่วยเสพยาบ้าเสพมากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 75.7 และชนิดของยาเสพติดที่เพื่อนของกลุ่มผู้ป่วยเสพเฮโรอีนเสพมากที่สุดมีหลายชนิด คือ เฮโรอีน, ยาบ้า และกัญชา ร้อยละ 53.5

1.8 เขตที่พักอาศัยของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเทศบาล ร้อยละ 65.4 ซึ่งสถานที่ใกล้บ้านของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่อยู่ใกล้วัด ร้อยละ 46.0 ในชุมชนส่วนใหญ่ พบว่ามีการใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่ม ๆ ร้อยละ 53.7 ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ในชุมชนมากที่สุด คือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 57.8

1.9 รูปแบบการจัดหาและได้มาซึ่งยาเสพติด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยร้อยละ 41.4 ซื้อยามาจากผู้ขายยาเสพติดรายย่อย, แหล่งขายยาเสพติดส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.7 คือที่พักของผู้ขายยา, ส่วนใหญ่แหล่งขายยาเสพติดร้อยละ 58.3 อยู่นอกชุมชนแต่ไปหาซื้อได้ไม่ยากนัก, การใช้เวลาในการได้มาซึ่งยาเสพติดในแต่ละครั้ง คือ 1-10 นาที พบได้ร้อยละ 44.0

1.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน พบว่าสภาพการอยู่ร่วมกันของบิดาและมารดา, ประวัติการใช้ยาเสพติดของคู่รัก, ประวัติสถานภาพของการศึกษา, ประวัติการกระทำผิดกฎหมาย, ช่วงอายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก, ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติดก่อนมารับการบำบัด และจำนวนเงินที่ใช้ในการซื้อยาเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

1.11 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางจิตใจ ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พบผลบวกจากการทดสอบด้วยแบบทดสอบคัดกรองและวินิจฉัยโรคจิตเวช ร้อยละ 65.4 พบว่าผู้ป่วยมีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง และคิดอยากตาย ร้อยละ 27.4 และเคยฆ่าตัวตายมาแล้ว ร้อยละ 9.4 วิธีการที่นิยมที่สุด คือ การกินยาฆ่าตัวตาย ร้อยละ 57.6 จากการตรวจสอบด้วยแบบสอบถามชุดการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช พบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดคลุ้มคลั่ง (Manic Disorder) มากที่สุด ร้อยละ 42.3 รองลงไปคือ โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Major Depressive Disorder) ร้อยละ 34.9

1.12 พบว่าอัตราการเกิดความผิดปกติทางจิต ได้แก่ ความผิดปกติทางจิตชนิดหวาดกลัว (Panic Attack) และ ความผิดปกติทางจิตชนิดคลุ้มคลั่ง (Manic Disorder) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p\text{-value} < 0.05$

## 2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบมีโครงสร้าง แบ่งเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

2.1 ประวัติครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีสภาพของครอบครัวแตกแยก บิดามารดามักทะเลาะกันบ่อย ๆ บางคนบิดาหรือมารดามีครอบครัวใหม่ ทำให้ตนเองรู้สึกอ้างว้าง จากการสัมภาษณ์พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนปรารถนา คือความรัก ความอบอุ่น และความเข้าใจจากบุคคลในครอบครัว

2.2 ประวัติกลุ่มเพื่อน ส่วนใหญ่จะมีกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และกลุ่มเพื่อนมักชักชวน และจัดหายาเสพติดมาให้ผู้ป่วยเสพ

2.3 แรงจูงใจในการเสพยาเสพติดครั้งแรก เกิดจากความอ่อนไหวทางด้านจิตใจ และขาดความมั่นคงทางจิตใจ ร่วมกับความอยากรู้อยากลอง และความเคยชินกับการใช้ยาเสพติดของกลุ่มเพื่อน

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อการใช้ยาเสพติดของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่า การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งไม่ดี สังคมไม่ยอมรับ แต่เมื่อได้ลิ้มรสแล้วก็ติดใจอยากที่จะลิ้ม หรือเลิกให้เด็ดขาดได้

2.5 ความรู้สึกที่มีต่อชุมชนที่อยู่อาศัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ รู้สึกว่า ชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่เป็นแรงผลักดันให้เสพยาเสพติดได้ หากในชุมชนมีการใช้ยาเสพติดอย่างแพร่หลาย หรือในกรณีที่ไม่ใช่ชุมชนไม่มีการใช้ยาเสพติด แต่จากสภาพการไม่ยอมรับของกลุ่มคนในชุมชนที่มีต่อสภาพการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย ยิ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ยาต่อเนื่อง

2.6 รายละเอียดของการเกิดปัญหาทางสภาพจิตใจ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าหลังจากเสพยาเสพติดแล้ว บุคลิกภาพ, ความคิด และความรู้สึก เปลี่ยนไปจากเดิมทำให้ก้าวร้าว, หวาดระแวง, เครียด, ซึมเศร้า, หวาดกลัว และมีความทุกข์ทรมานทางกายจากการขาดยา

2.7 ความคาดหวังในอนาคต ส่วนใหญ่ 9 ใน 10 คนต้องการเลิกยาเสพติดให้ได้เด็ดขาด เพื่อให้มีสภาพชีวิตและความเป็นอยู่ดีขึ้น รวมทั้งได้รับการยอมรับจากสังคม ส่วนผู้ป่วยอีก 1 คนมาเลิกเพราะถูกบังคับจิตใจ ยังยึดติดกับรสนิยมหวานของยาบ้า ทำให้คิดว่ากลับไปแล้วจะเสพอีกครั้ง



## อภิปรายผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายได้ดังนี้

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 350 คน พบว่ามีผู้ป่วยเฉพาบ้ำมากที่สุด จำนวน 302 คน ส่วนผู้ป่วยที่เสพอโรอื่นมีจำนวน 48 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอายุโดยเฉลี่ย =  $19.39 \pm 3.78$  ปี ร่วมกับการมีประวัติใช้ยาเสพอติดอื่น ๆ ร่วมกับการใช้ยาบ้ำ และเฮโรอื่น ร้อยละ 93.4 ซึ่งยาเสพอติดที่ใช้ร่วมมากที่สุดคือบูหรี่ ร้อยละ 91.7 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตภาคกลาง ร้อยละ 51.4 ซึ่งคล้ายคลึงกับการวิจัยของกรมสุขภาพจิต<sup>(69)</sup> ที่ได้จากการสำรวจทางระบาดวิทยาของประชาชนในกรุงเทพมหานครเมื่อ พ.ศ. 2540 พบว่ามีประชาชนสูบบุหรี่ร้อยละ 90.6 เสพอบ้ำร้อยละ 5.1 และเสพอโรอื่นร้อยละ 1.6 รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมโภช มนเชียรอาสน์<sup>(70)</sup> ที่พบว่านักเรียนนักศึกษาที่เสพอบ้ำ เข้ารับการบำบัดรักษาสูงสุดร้อยละ 40.7 โดยมีอัตราส่วนของเพศชาย เพศหญิง ประมาณ 20:1 อายุที่เสพอบ้ำ คือช่วง 12-14 ปี ร้อยละ 65 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตภาคกลาง จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันการระบาดของยาบ้ำซึ่งเป็นยาประเภทกระตุ้นประสาทมีมากกว่าเฮโรอื่นเนื่องจากเฮโรอื่นมีราคาแพง ถูกตรวจจับได้ง่าย และเก็บรักษายากกว่ายาบ้ำ ร่วมกับยาบ้ำหาง่าย มีการขายโดยทั่วไปแม้จะมีการปราบปรามอย่างเข้มงวดทำให้การใช้ยาบ้ำจึงได้รับความนิยมมากขึ้นมากกว่าการใช้เฮโรอื่น แต่ผู้ป่วยที่เสพอโรอื่นส่วนใหญ่จะให้ความรู้สึกพึงพอใจกับการเสพอโรอื่นมากกว่าการเสพอบ้ำเนื่องจากชอบในรสชาติความเมา

เมื่อพิจารณาถึงแรงจูงใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรก พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการการยอมรับจากสังคมถึงร้อยละ 40.6 และรองไปคือ ทางบ้านขอรับ ร้อยละ 33.1 สอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการยอมรับและความเข้าใจใส่จากบุคคลในครอบครัวและชุมชนอันเป็นกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไป

รูปแบบการเสพอบ้ำส่วนใหญ่ ใช้วิธีสูบร้อยละ 96.4 เสพอโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ  $11.89 \pm 9.14$  ครั้ง ปริมาณโดยเฉลี่ย  $1.7351 \pm 0.9555$  เม็ด/ครั้ง ซึ่งพบมากกว่าการศึกษาของ โสภณเมฆอน และคณะ<sup>(48)</sup> ที่พบว่าวิธีการใช้ยาบ้ำของเด็กนักเรียนในจังหวัดกาญจนบุรี ส่วนใหญ่ใช้ไฟเผาให้เกิดควันแล้วใช้หลอดคาแฟดูดควันเข้าปากร้อยละ 55.1 และใช้ปริมาณมากที่สุด 4 เม็ด/วัน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยบอกว่าวิธีการเสพอบ้ำใช้วิธีการสูดดมโดยเอามาเผาในกระดาษฟรอยด์ ให้กลายเป็นไอ แล้วใช้หลอดดูด บางรายอาจสูดดมโดยให้ควันผ่านน้ำก่อน เพื่อลดความ

ชมและความร้อนทำให้ง่ายต่อการเสพมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีนนิยมใช้วิธีฉีด รั้อยละ 52.1 เสพโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ  $21.94 \pm 12.96$  ครั้ง โดยเฉลี่ย  $0.6812 \pm 0.4313$  ฝา/ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด<sup>(36)</sup> พบว่าผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีนส่วนใหญ่เสพเฮโรอีนประมาณ วันละ 1 ฝา (300 mg) โดยใช้วิธีฉีดรั้อยละ 94.30 จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้ป่วยที่เสพเฮโรอีนนั้นนิยมวิธีฉีด เนื่องจากออกฤทธิ์เร็วและรู้สึกมานานกว่า ส่วนปริมาณและความถี่ที่ส่วนใหญ่จะตอบว่าไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับว่าได้ยาเสพติดมากน้อยเพียงใดหากได้มากก็เสพมากได้น้อยก็เสพน้อย จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนมีการเสพตามความนิยมและสภาพการออกฤทธิ์ของยาเสพติด ซึ่งปริมาณการใช้ยูนอกเหนือการควบคุมของจิตใจทำให้มีโอกาสใช้ยาเสพติดเกินขนาดได้มาก จะเห็นได้ว่าปริมาณยาเสพติด, ความถี่ในการเสพ และวิธีการในการเสพยาบ้าและเฮโรอีนยังคงใช้วิธีการเดิม

อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เริ่มใช้ยาบ้า หรือเฮโรอีนเป็นครั้งแรก คือ  $16.58 \pm 3.31$  ปี และอายุน้อยที่สุดที่เริ่มใช้ยาเสพติด คือ 11 ปี ซึ่งตรงกับการศึกษาของสมโภชน์ มณฑิธรอาสนี<sup>(70)</sup> ที่พบว่าอายุที่เริ่มใช้ยาบ้ามากที่สุด คือ 12-14 ปี รั้อยละ 65 จะเห็นได้ว่าช่วงอายุที่เริ่มใช้ยาเสพติดครั้งแรกอยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมาก ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ยอมทำตามความต้องการของกลุ่มเพื่อนทำให้ง่ายต่อการถูกชักจูงให้ใช้ยาเสพติดได้ง่าย ซึ่งส่วนใหญ่เสพยาเสพติดมานานประมาณ 2 ปีก่อนมาเข้ารับการรักษาตัว นับว่าเป็นระยะเวลายาวนานกว่าที่ผู้ป่วยจะเริ่มได้คิดและมารับการบำบัดอาจจะเนื่องมาจากยังคงพึงพอใจกับการเสพ ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินงานในแง่การค้นหาผู้ป่วยให้พบแต่เนิ่น ๆ แล้วจงใจให้มาเข้ารับการบำบัดและอำนวยความสะดวกในการเข้ารับการบำบัดซึ่งส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาดีขึ้น นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยใช้เงินซื้อยาเสพติดคนละ  $1,454.09 \pm 1,353.02$  บาท/สัปดาห์ ซึ่งเมื่อคิดคำนวณจากจำนวนของผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องสูญเสียเงินในการซื้อยาเสพติดคำนวณเป็นจำนวนเงินโดยประมาณ 508,900 บาท/สัปดาห์ ซึ่งเมื่อรวมกับงบประมาณที่รัฐบาลได้จัดสรรให้มาแก้ไขปัญหายาเสพติด และปริมาณเงินที่ผู้ป่วยต้องใช้จ่ายในการรักษาตัวเองนับว่าเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล ส่วนจำนวนเงินที่ผู้ป่วยใช้ในการซื้อยาเสพติดนั้นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าไม่แน่นอนแต่จะพยายามทุกวิถีทางในการได้ซึ่งยาเสพติด ซึ่งบางคนใช้เงินน้อย เนื่องจากบางครั้งเพื่อนจัดมาให้โดยไม่คิดเงิน และบางคนรับเป็นตัวแทนจำหน่ายจึงได้ยาเสพติดจากการหักเปอร์เซ็นต์ที่ขายได้ทำให้ไม่ต้องเสียเงินในการซื้อหายาเสพติดเพื่อนำมาเสพ จากสภาวะที่ผู้ป่วย

โดยส่วนใหญ่ไม่มีงานทำและเป็นนักเรียนจึงไม่มีรายได้ ส่วนในกลุ่มที่มีงานทำมีรายได้เฉลี่ย  $6,151.69 \pm 3142.35$  บาท/เดือน ซึ่งส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เพียงพอ เนื่องจากใช้ในการซื้อยาเสพติดจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้ป่วยเสพยาแม้จะไม่มีรายได้ แต่ก็จะใช้ความพยายามในการได้มาซึ่งยาเสพติด เช่น ขอเงินจากบิดามารดาโดยการโกหกว่าจะนำไปใช้ในการเรียน, ขโมยเงินหรือสิ่งของ, เป็นตัวแทนจำหน่ายยาเสพติดเพื่อจะได้เปอร์เซ็นต์เป็นเงินหรือยาแล้วนำยามาใช้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเคยมีประวัติถูกจับในกรณีกระทำผิดกฎหมาย ร้อยละ 28.6 คดีส่วนใหญ่คือมียาเสพติดในครอบครองและการเสพยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวินี อยู่ประเสริฐ<sup>(47)</sup> ซึ่งศึกษาในเด็กนักเรียนวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร พบว่าการทำงานเพื่อหารายได้พิเศษมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด นับว่าผู้เสพยาจำเป็นต้องค้นหาแนวทางในการจัดหายาเสพติดมาเสพ ตามความต้องการของตน แม้ว่าจะมีความขัดสนด้านเงินทอง

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นผู้ที่จบการศึกษาแล้วและมีวุฒิการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ส่วนผู้ป่วยที่กำลังศึกษานั้นส่วนใหญ่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาเช่นเดียวกัน พบว่าผลการศึกษาก่อนการเสพยาเสพติดพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีผลการศึกษาในระดับเกรดเฉลี่ย 1.00-2.00 ซึ่งตรงกับ การวิจัยของ อธิชัย ประดิพัทธ์พงษ์<sup>(71)</sup> ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยที่เสพยาบ้าที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล นครปฐม พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.8 ทำให้คาดการณ์ได้ว่าผู้ที่มีระดับความรู้และระดับผลการเรียนในระดับค่อนข้างต่ำเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวเมื่อประสบกับความตึงเครียดหรือสิ่งเข้ายวนต่าง ๆ ในแนวทางที่ไม่ดี อันต่อเนื่องถึงกระบวนการคิด และตัดสินใจทดลองใช้ยาเสพติดเมื่อมีบุคคลมาชักชวนหรือแนะนำ ดังนั้นการจัดการศึกษาและปรับเปลี่ยนแนวความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเรียนให้เป็นไปในทางบวกจึงอาจจะ เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการคิดที่จะช่วยป้องกันตนเองให้รอดพ้นจากการเสพยาเสพติดได้

แหล่งการรับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากยาเสพติดส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.7 คือ หนังสือ, วิทยุ และโทรทัศน์ ซึ่งพบว่าขัดแย้งกับการวิจัยของ ศรีสมบัติ บุญเมือง<sup>(72)</sup> ที่พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีน ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดในแง่มุมมองต่าง ๆ จากเพื่อนรวมทั้งขัดแย้งกับงานวิจัยของ ผจจจิต อินทสุวรรณ และคณะ<sup>(50)</sup> ที่พบว่า สื่อประเภท ภาพยนตร์ มีอิทธิพลต่อการเสพยาเฮโรอีนและสารระเหยมากที่สุด ความขัดแย้งดังกล่าวอาจเนื่องมาจากในปัจจุบันนี้ สื่อที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายเปลี่ยนไปตามยุคสมัย สื่อโทรทัศน์ นับว่าได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายและมีการใช้โทรทัศน์ในประชาชนเกือบทุกกลุ่มทุกชนชั้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าแม้ในปัจจุบันจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยจากการใช้ยาเสพติดอย่างกว้างขวาง

และแพร่หลายแต่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก ซึ่งเห็นได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่าผู้ป่วยรู้ถึงพิษภัยของยาเสพติดแต่ได้อยู่รวมในกลุ่มของเพื่อน ๆ ที่เสพยาเสพติดบ่อย ๆ จนรู้สึกเคยชินกับสภาพการใช้ยาเสพติด และได้เห็นว่าเพื่อน ๆ ใช้แล้วมีความสุขจึงเกิดมีความคิดต้องการที่จะทดลองดูกับตนเองบ้าง ดังนั้นกระบวนการในการแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงควรผสมผสานการป้องกันเบื้องต้นในรูปแบบอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกการมีทัศนคติในแง่ลบต่อการเสพยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ร่วมกับการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษภัยจากยาเสพติดควบคู่กันไปด้วย

สภาพครอบครัว พบว่า บิดามีอายุเฉลี่ย  $46.66 \pm 8.02$  ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้โดยเฉลี่ย  $12,342.40 \pm 8,211.61$  บาท/เดือน, มารดามีอายุโดยเฉลี่ย  $43.78 \pm 7.50$  ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้โดยเฉลี่ย  $7,794.79 \pm 7,502.27$  บาท/เดือน ส่วนมากบิดายังอยู่กับมารดา สัมพันธภาพภายในครอบครัวส่วนใหญ่ตอบว่ามีทะเลาะไม่รุนแรงเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่บิดาเสพยาเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 69.9 บิดามารดาส่วนใหญ่มักเลี้ยงดูแบบรักและเอาใจใส่และมีกฎเกณฑ์การลงโทษตามสมควรเมื่อกระทำผิด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่ารู้สึกพึงพอใจในการเลี้ยงดู โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดามารดา และบุคคลที่นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่ คือบิดามารดา จะเห็นได้ว่าสภาพครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีครอบครัวที่ค่อนข้างสมบูรณ์ มีสภาพปัญหาในครอบครัวบ้างแต่ไม่รุนแรง ฐานะปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ผจจ.จิต อินทสุวรรณ และคณะ<sup>(50)</sup> ที่พบว่านักเรียนกลุ่มที่ติดยาเสพติด ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดามีทะเลาะกันบ้าง รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5001-10,000 บาท/เดือนและพบว่าบิดามีประวัติการใช้ยาเสพติดสูงสุด คือสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ซึ่งขัดแย้งกับการวิจัยของ Chilcoat HD. และคณะ<sup>(73)</sup> ที่ได้ศึกษาอัตราความเสี่ยงของการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในรัฐแมริแลนด์ โดยติดตามเด็กนักเรียนทั้งหมด 947 คนเป็นเวลา 1 ปี พบว่าอัตราเสี่ยงของการใช้ยาสัมพันธ์กับการไม่ใส่ใจของบิดามารดา รวมทั้งผลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่เห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพครอบครัวที่แตกแยก มีความห่างเหินกับบิดามารดา หรือในผู้ป่วยที่มีสภาพของครอบครัวที่บิดามารดาคอยดูแลเอาใจใส่แต่ผู้ป่วยกลับมองเห็นว่าบิดามารดาไม่เข้าใจตน ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลที่ได้จากสภาพทางสังคมที่พบว่าส่วนใหญ่เลี้ยงดูแบบรักเอาใจใส่ และมีกฎเกณฑ์การลงโทษตามสมควรเมื่อกระทำผิดและผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่าพึงพอใจต่อการเลี้ยงดูของบิดามารดา จากข้อขัดแย้งดังกล่าวอาจจะมีส่วนที่ชี้ให้เห็นว่าลักษณะของครอบครัวตลอดจนความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิด

พฤติกรรมกาการใช้ยาเสพติดได้ง่ายมากขึ้นทั้งในครอบครัวที่อบอุ่น และครอบครัวที่แตกแยก จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเพศหญิงที่มีสภาพครอบครัวที่ดีทั้งฐานะ, การศึกษา และสภาพของชุมชนที่ดีแต่ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลว่าตนเองเป็นเด็กรู้สึกว่าการครอบครัวของตนเป็นครอบครัวที่อบอุ่นแต่เมื่อโตเป็นวัยรุ่นแล้วรู้สึกว่าอึดอัดเนื่องจากบิดามารดาไม่เข้าใจความต้องการของตนเองจึงทำให้ตนเองไปอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่ตนคิดว่าเข้าใจตนมากที่สุดจนกระทั่งเพื่อนแนะนำให้ใช้ยาบ้า จะเห็นได้ว่าแม้สภาพภายในครอบครัวจะไม่ค่อยมีปัญหาแต่หากว่าบิดาและมารดาไม่ได้มีการรับรู้ถึงความรู้สึกของบุตรที่มีต่อรูปแบบการเลี้ยงดูรวมถึงสภาพของครอบครัวอาจจะก่อให้เกิดความไม่เข้าใจซึ่งกันและกันได้ทำให้มีความห่างเหินระหว่างบุคคลในครอบครัวได้ ดังนั้นหากบุคคลในครอบครัวให้ความเข้าใจรวมทั้งยอมรับและรับรู้ความรู้สึกของกันและกัน จะทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีความมั่นคงมากยิ่งขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นปรากฏการณ์แรกที่จะเป็นปัจจัยในการป้องกันการใช้ยาเสพติดได้ในเบื้องต้น

นอกจากความสัมพันธ์กับบิดามารดาแล้ว ในด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรสหรือคู่รักจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่แต่งงานแล้วมีมากถึงร้อยละ 17.4 ซึ่งอายุเฉลี่ยที่ผู้ป่วยแต่งงาน คือ 19.48 ปี โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยและคู่สมรสยังอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 13.4 และมีบุตรร้อยละ 60.7 โดยมากความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสที่พบ คือทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง สภาพปัญหาที่พบบ่อยคือ ปัญหาเศรษฐกิจ ส่วนสภาพปัญหาที่ก่อให้เกิดการหย่าร้างส่วนใหญ่เกิดจากไม่เข้าใจกัน คู่สมรสโดยส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เคยใช้ยาเสพติด จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าคู่สมรสโดยส่วนใหญ่ไม่มีแนวโน้มที่จะชักจูงให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติด แต่เป็นบุคคลผู้ซึ่งต่อต้านการเสพยาเสพติดของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเสพยาแล้วจะก่อปัญหาหนี้สินและความไม่ไว้ใจซึ่งกันและกันจนก่อให้เกิดการหย่าร้างตามมาได้ ในคู่สมรสที่มีการปรับตัวเข้าหากันได้ไม่ดี จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลว่าคู่สมรสสามารถที่จะเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้อีกด้วย ส่วนพฤติกรรมกาใช้ยาเสพติดของคู่รักของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่ไม่ได้มีแนวโน้มในการชักจูงให้ใช้ยาเสพติด เนื่องจากส่วนใหญ่คู่รักไม่เคยมีประวัติการใช้ยาเสพติดอาจเป็นผลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยชาย ดังนั้นกลุ่มคู่รักของผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นกลุ่มผู้หญิงซึ่งเมื่อพิจารณาจากสถิติการเสพยาเสพติดของผู้หญิง พบว่ามีน้อยกว่าผู้ชาย

กลุ่มเพื่อน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีกลุ่มเพื่อนที่ชักชวนเที่ยวกลางคืนและเพื่อนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เสพยาเสพติดร้อยละ 94.7 และยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า ร้อยละ 66.9 ซึ่งพบว่าผู้ชักชวนให้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่ก็คือกลุ่มเพื่อนโดยไปเสพที่บ้านเพื่อนและมักเสพอยู่กับกลุ่มเพื่อน ซึ่งตรงกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งผู้ป่วยวัยรุ่นหญิงได้ให้ข้อมูลว่า “เพื่อนคือทุกสิ่ง

ทุกอย่าง เกี่ยวกับเพื่อน ๆ แล้วสนุก ชีวิตมีสีสัน" บางคนบอกว่า "เมื่อใช้ยาแล้วจะสามารถคุยกับเพื่อนได้ว่าใช้ไปแล้วนะ" จากข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนซึ่งมีผลต่อการจูงใจให้เกิดการใช้ยาเป็นครั้งแรก ตรงกับการวิจัยของ คักดีชัย กาญจนวัฒนา และคณะ<sup>(49)</sup> ที่พบว่าสาเหตุหลักของการใช้ยาบ้า เกิดจากความอยากลอง และเพื่อนชวน ร้อยละ 76.07 และธนพัฒน์ หาพิพัฒนา<sup>(74)</sup> ได้พบว่านักศึกษาวิทยาลัยเกษตรกรรม และวิทยาลัยเทคนิคในเขตภาคกลางมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาบ้าสูงสุด คือ การสมาคมกับเพื่อนที่ใช้ยาบ้า, ความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สังคมยอมรับ, ความเชื่อในบรรทัดฐานและกฎเกณฑ์ของสังคม นอกจากนี้ Wong CS และคณะ<sup>(55)</sup> ยังได้พบว่าความถี่ในการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดของกลุ่มเพื่อน, แรงกดดันและการชักชวนจากกลุ่มเพื่อนและความสะดวกในการได้มาซึ่งยาเสพติด ตรงกับการวิจัยของสุรศักดิ์ โควสุภัทร<sup>(75)</sup> ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดในผู้ต้องขังชายในเรือนจำจังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มบุคคลที่แนะนำให้ผู้ต้องขังใช้ยาเสพติดในทุกกลุ่มยาเสพติดมากที่สุด คือ กลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นกลุ่มที่บุคคลต้องการเลียนแบบมากที่สุด จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยที่เพื่อนชักชวนให้เสพยาบ้าหรือเฮโรอีน ในครั้งแรกเพื่อนจะจัดหาและฝึกให้ทดลองจนติดใจ หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงต้องแสวงหาด้วยตัวเอง ซึ่งนับว่ากลุ่มเพื่อนนั้นอยู่ใกล้ชิดและเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลในการก่อให้เกิดการเลียนแบบเพื่อก่อให้เกิดการยอมรับในกลุ่ม รวมทั้งเป็นกลุ่มที่ช่วยจัดหาและอำนวยความสะดวกในการเสพยาเสพติดครั้งแรกของผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นหากบุคคลรู้จักการคบหากับกลุ่มเพื่อนและเรียนรู้ที่จะรับหรือหลีกเลี่ยงค่านิยมที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มเพื่อนก็จะทำให้มีโอกาสในการริเริ่มทดลองใช้ยาเสพติดลดน้อยลง

สภาพของชุมชน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในเขตเทศบาล บริเวณบ้านของผู้ป่วยอยู่ใกล้กับวัด, โรงเรียน และตลาด ซึ่งพบว่าในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่โดยส่วนใหญ่มีการใช้ยาเป็นกลุ่ม ๆ ที่พบมากเป็นยาบ้า การซื้อขายส่วนใหญ่ซื้อจากผู้ขายรายย่อยและเพื่อน ๆ ซึ่งไปซื้อจากที่พักของผู้ขายยาและใช้ระยะเวลาไม่นาน ดังนั้นการที่ในชุมชนมีสภาพความเป็นอยู่ที่เอื้อต่อการได้พบเจอกับยาเสพติดรวมทั้งมีความง่ายตายในการซื้อขายในแต่ละครั้งจะเป็นปัจจัยที่เป็นส่วนสนับสนุนให้เกิดการแพร่กระจายของการใช้ยาเสพติดมากยิ่งขึ้นดังเช่น ที่ Westemeyer J.<sup>(76)</sup> กล่าวว่า การแพร่หลายของการติดยาในศตวรรษที่ผ่านมาเกิดจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมมีลักษณะเอื้อให้เกิดการแพร่หลายของการติดยาเสพติดสูงขึ้น เนื่องมาจากความอ่อนแอ และขาดประสิทธิภาพของกลไกทางสังคม แม้ว่าสถาบันทางสังคมเช่น ครอบครัว, โรงเรียน, ศาสนา, เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มคนในชุมชนและรัฐบาลจะมีความไม่มั่นคง แต่เราจะหันไปพึ่งพาสิ่งที่มาแก้ปัญหา เช่น ยารักษาโรคและ การบำบัดทางจิต แต่เพียงทางเดียวก็คงจะไม่สำเร็จ ดังนั้นจึงควรหันมาช่วย

กันดูแลและปรับปรุงสภาพสังคมรวมถึงสิ่งแวดล้อมให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่จะลดการแพร่กระจายของการติดยาเสพติดให้น้อยลงซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในหลายระดับ ตั้งแต่สถาบันครอบครัว, โรงเรียน, กลุ่มเพื่อน, สถานที่ทำงาน, สถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา, เพื่อนบ้าน ใกล้เคียง และผู้บัญญัติกฎหมาย

พบว่าผู้ที่ใช้ยาบ้าและเฮโรอีนมีสภาวะความผิดปกติทางจิตโดยส่วนใหญ่คือความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือประเภทซึมเศร้า ร้อยละ 34.9 รวมทั้งภาวะความวิตกกังวลแบบ Panic Attack ร้อยละ 16.9 และ ภาวะย้ำคิดย้ำทำ ร้อยละ 9.7 นับว่าเป็นอุบัติการณ์ของโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นร่วมกับการเสพยาบ้าและเฮโรอีน ตรงกับการวิจัยของ Milby JB. และคณะ<sup>(77)</sup> ที่พบความชุกของการเกิดความผิดปกติทางจิตในระหว่างการเข้ารับการรักษาด้วยเมทาโดน ในผู้ป่วยที่ติดฝิ่น พบว่าร้อยละ 58 มีความผิดปกติของสภาวะอารมณ์, ร้อยละ 55 มีความวิตกกังวล และร้อยละ 36 มีความผิดปกติของอารมณ์เกิดคู่กับความวิตกกังวล ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Pozzi G.<sup>(78)</sup> ศึกษาในอิตาลีพบว่า อัตราการเกิดความวิตกกังวลและความผิดปกติของภาวะอารมณ์เกิดได้บ่อย นอกจากนี้ Brooner RK. และคณะ<sup>(54)</sup> ได้ศึกษาพบว่า อัตราการเกิดความผิดปกติทางจิตใจในผู้ป่วยที่ใช้ฝิ่นมีภาวะซึมเศร้า เกิดขึ้นร้อยละ 15.8 และความรุนแรงของการเกิดความผิดปกติทางจิตสัมพันธ์กับสภาพความรุนแรงของอาการผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้ง Hall W. และคณะ<sup>(79)</sup> ได้ศึกษาสภาวะความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้าในออสเตรเลียพบว่า ร้อยละ 44 มีภาวะความผิดปกติทางจิตซึ่งในกลุ่มนี้ร้อยละ 79 เป็นโรคซึมเศร้า, ร้อยละ 76 เป็นโรควิตกกังวล, ร้อยละ 52 มีภาวะหวาดระแวง, ร้อยละ 46 มีภาวะประสาทหลอน และร้อยละ 44 มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งอาการเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นหลังจากการใช้ยาบ้า ซึ่งผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการประสาทหลอน ก้าวร้าวและหวาดระแวง จะเห็นได้ว่าภาวะความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นร่วมกับการใช้ยาบ้าและเฮโรอีนมีได้สูงกว่ากลุ่มประชาชนโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประชาชนทั่วไปซึ่งได้จากการสำรวจปัญหาทางจิตเวชของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครโดยกรมสุขภาพจิต<sup>(69)</sup> ซึ่งพบว่าในกลุ่มประชากรทั่วไปสามารถพบความผิดปกติทางจิตแบบ Panic disorder ร้อยละ 8.3, Generalized anxiety disorder ร้อยละ 19.9, Obsessive compulsive disorder ร้อยละ 2.7, Major depressive disorder ร้อยละ 19.9 และ Manic disorder ร้อยละ 9.3 ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยที่เสพยาบ้าหรือเฮโรอีนจึงควรตระหนักถึงภาวะความผิดปกติดังกล่าวควบคู่ด้วยเสมอซึ่งการบำบัดรักษาอาจจะต้องใช้ทั้งการบำบัดทางยา และ การใช้จิตบำบัดร่วมด้วยซึ่งควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มาเข้ารับการบำบัด เพื่อช่วยให้ผลการรักษาครอบคลุมและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

## ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีปัญหาและอุปสรรค คือ

1. จากคุณสมบัติผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัย คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นครั้งแรก จึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสามารถทำการเก็บข้อมูลได้มีน้อย รวมทั้งการซักถามข้อมูลที่เป็นเรื่องส่วนตัวทำให้ญาติของผู้ป่วยบางคนไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์จึงทำให้การเก็บข้อมูลเป็นไปด้วยความลำบาก และต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลานาน

2. การเก็บข้อมูล กระทำทั้งตักผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งพบว่าในการเก็บข้อมูลที่ตักผู้ป่วยนอกนั้น จำเป็นต้องกระทำด้วยความรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยมีลำดับขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาหลายขั้นตอน และเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการดังกล่าวแล้วผู้ป่วยจะรีบกลับบ้านจึงทำให้การเก็บข้อมูลในตักผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยบางรายต้องคัดออกจากการวิจัยเนื่องจากได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์

3. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บางข้อไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่ทราบประวัติเหล่านั้นเช่น ประวัติของบิดามารดา, ประวัติของชุมชนที่ตนอาศัยอยู่และอื่น ๆ จึงทำให้มีข้อมูลของตัวแปรบางตัวไม่ครบตามจำนวนของผู้ป่วยทั้งหมด

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเริ่มใช้ยาเสพติดตั้งแต่อายุน้อย ๆ และเสพยาเสพติดมานานเฉลี่ย 2 ปีก่อนที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาดังนั้นควรพัฒนากระบวนการค้นหาผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดจึงควรกระทำในกลุ่มเด็ก ๆ ร่วมด้วยเพื่อทำการค้นหาผู้ป่วยได้ในระยะแรกโดยเร็วที่สุด รวมทั้งมีการประเมินผลและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อทราบประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบำบัดรักษา, ข้อจำกัดในการบำบัดรักษา ตลอดจนปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเสพยาเสพติดซ้ำหรือเปลี่ยนชนิดการเสพยาเสพติด

2. จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลในการจูงใจผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดมากที่สุด ดังนั้นจึงควรคิดค้นกลวิธีในการที่จะนำกลุ่มเพื่อนเข้ามาร่วมในกระบวนการค้นหาและจูงใจให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาเสพติด รวมทั้งเป็นกลุ่มที่คอยสอดส่องเฝ้าระวังการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วย



3. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เสพยาบ้าและเฮโรอีนมีอัตราการเกิดความผิดปกติทางจิตได้สูง ดังนั้นจึงควรมองผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องการบำบัดรักษาทั้งทางกาย และจิตใจ มิใช่มองว่าผู้ป่วยเป็นเหยื่อที่ตกเป็นทาสของยาเสพติด อันจะทำให้เกิดการพัฒนาวិธีการปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่จะกระทำต่อผู้ป่วยได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเสพยาบ้าและเฮโรอีนของผู้ป่วยมีหลากหลายปัจจัย ดังนั้นกระบวนการให้ความช่วยเหลือทั้งในเชิงการป้องกัน, รักษา และฟื้นฟูควรที่จะวิเคราะห์และจัดการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม (Holistic) ซึ่งในกระบวนการแก้ไขปัญหานั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว, โรงเรียน, โรงพยาบาล ตลอดจนถึงกระทรวงต่าง ๆ ที่ควรร่วมมือกันในการป้องกันและปราบปรามการระบาดของยาเสพติดให้ลดลง



## รายการอ้างอิง

1. สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2534.
2. สุขภาพจิต, กรม. แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544. กรุงเทพมหานคร: สยามอินเตอร์มาร์เก็ตติ้ง, 2540.
3. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. แผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (พ.ศ.2540-2544). กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์, 2539.
4. ภิญญา ทองชัย. การแก้ปัญหายาเสพติดกรอบความคิดและมาตรการที่ต้องพัฒนา. วารสารสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 2539-2540; 13: 44-9.
5. วิชาการ, กรม. ศูนย์แนะแนวการศึกษาและอาชีพ. คู่มือการบริหารการใช้กระบวนการแนะแนวเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา "ร่วมใจ ต้านภัยสารเสพติด". กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศาสนา, 2540.
6. วิชาการ, กรม. ศูนย์การแนะแนวการศึกษาและอาชีพ. คู่มือการปฏิบัติงาน: การใช้กระบวนการแนะแนวเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา "สำคัญที่ใจ". กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศาสนา, 2540.
7. สุชาติ เลขาบริพัตร. แนวทางการป้องกันและบำบัดรักษานักเรียนที่ติดยาบ้า. ใน: กองประสานการปฏิบัติการบำบัดผู้ติดยาเสพติด(บรรณานุกรม). คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของยาม้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541: 3-6.
8. คณะป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. รายงานการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในประเทศไทยประจำปีงบประมาณ 2539. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2539.
9. คณะป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. ข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาประจำปี ปฏิทิน 2540. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายระบบข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2541. (ไม่พิมพ์เผยแพร่)
10. ธีรญาภิรักษ์, โรงพยาบาล. สถิติผู้ป่วยติดยาเสพติดทั้งหมด ประจำปีงบประมาณ 2540-2541. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลธีรญาภิรักษ์, 2541. (ไม่พิมพ์เผยแพร่)

11. การแพทย์, กรม. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติวิเคราะห์ระบบข้อมูลของการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศปีงบประมาณ พ.ศ.2538. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
12. การแพทย์, กรม. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติวิเคราะห์ระบบข้อมูลของการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศปีงบประมาณ พ.ศ.2539. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
13. วิชาการ, กรม. ศูนย์การแนะแนวการศึกษาและอาชีพ. คู่มือการปฏิบัติงาน: การใช้กระบวนการแนะแนวเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา การศึกษานอกโรงเรียน "แสงเทียน". กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศาสนา, 2540.
14. วิชาการ, กรม. ศูนย์การแนะแนวการศึกษาและอาชีพ. คู่มือการปฏิบัติงาน: การใช้กระบวนการแนะแนวเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา ระดับประถมศึกษา "เริ่มต้น ชีวิตสดใส". กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศาสนา, 2540.
15. บรรจง สืบสมาน. โรคติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง. ใน: เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (เล่ม 2). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536: 626-7.
16. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. สถิติการจับกุมยาเสพติดทั่วประเทศ ปีพ.ศ.2538-2541. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายระบบข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2539.(ไม่พิมพ์เผยแพร่)
17. คณะป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. งบประมาณที่ใช้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ.2539-2540. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานแผนงานและระบบงบประมาณ กองนโยบายและแผนสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2540.
18. Ghodse H . Drug and addiction behavior: a guide to treatment. Oxford; Blackwell Science,1995.
19. ทวีศักดิ์ จันมณี. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: พญาไทการพิมพ์, มปป.
20. บา สารสิน. ปัญหาการควบคุมยาเสพติดในประเทศไทย. การศึกษาเฉพาะกรณีถึงมาตรการและยุทธศาสตร์เพื่อความมั่นคงแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2522.

21. พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2530. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2534.
22. ปราโมทย์ สุนิษฐ์, มาโนช หล่อตระกูล. DSM IV ฉบับภาษาไทย(ใช้รหัส ICD-10). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539.
23. King GR, Ellinwood EH. Amphetamines and other stimulants. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. Substance abuse a comprehensive textbook. Baltimore: Williams&Wilkins,1997: 207-17.
24. ธงชัย อุ่นเอกลาภ. เอกสารยาบ้า. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลธัญญารักษ์, 2541.
25. ทงเกียรติ ปิยะกะละ, เวทิน คັນนียเวทย์. ยัมส์เรียนรู้อาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มติชน, 2540: 25-31.
26. อรรถนพ วิสุทธีมรรค. พฤติกรรมการบริโภคสารเสพติด: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สภาพที่ยั่งยืนยาว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541: 1-3.
27. อรรถนพ ลิขิตจิตตะ. เมื่อยาบ้าเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. 2540; 14: 12-31.
28. เกียรติกร เจริญโท. ยาบ้า. ขอนแก่น: ศูนย์การบำบัดรักษายาเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2539: 1-20.
29. กองควบคุมวัตถุเสพติดสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ยาบ้า. เอกสารประกอบการประชุม คปสข 12 , กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2540.
30. กวี ชีวะเสรีชน. ยาบ้า. วารสารวิชาการแพทย์เขต11 2540; 11: 65-70.
31. อรรถนพ ลิขิตจิตตะ. การดำเนินคดีข้อหาขายยาบ้าปลอม. วารสารสำนักงานป.ป.ส. 2539; 13: 55-61.
32. มานิตย์ อรุณากร. ประวัติความเป็นมาของวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท. ใน: กองประสานการปฏิบัติการบำบัดผู้ติดยาเสพติด, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของยาบ้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541: 8-14.
33. จักรกฤษ สุขยั้ง. Substance use disorder. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2540: 89-102.

34. สุชาติ ตร์ทิพย์ธิดคุณ. กลไกการออกฤทธิ์ของแอมเฟตามีน. ใน: กองประสานการปฏิบัติการบำบัดผู้ติดยาเสพติด, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของยาม้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541: 15-24.
35. ชามี อัฐกิจ. เสพติตมหายัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข่าวประเสริฐ, มปป.
36. กองประสานการปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพติดเฮโรอีนซ้ำของผู้ป่วยที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลธัญญารักษ์, 2541.
37. Miller NS. Addiction psychiatry. New York: W.B saunders company, 1995.
38. Gold MS, Miller NS. Cocain (and crack): neurobiology. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. Substance abuse a comprehensive textbook. Baltimore: Williams&Wilkins, 1997: 166-78.
39. Bunkstein OG. Adolescent substance abuse: assessment, prevention and treatment. New York: John Wiley& Sons, 1995.
40. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 6, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
41. Wolfram Keup. Pleasure-seeking and aetiology of drug dependence. In: Glaff MM, Mark J, editor. The dependence phenomenon. London: MTP Press, 1982.
42. Jaffe JH. Substance-related disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry/VI. Vol. 1. 6<sup>m</sup> ed. Baltimore : Williams&Wilkins, 1995: 755-74.
43. Walters GD. The addiction concept: working hypothesis of self-fulfilling prophesy. Boston: Allyn&Bacon, 1999: 1-11.
44. Muisener PP. Understand and treating adolescent substance abuse. California: Sage Publications, 1994: 1-57.
45. ทวีพร วิสุทธิธรรมรงค์. โรคจิตที่เกิดจากการใช้ยาในทางที่ผิด: ศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 361-9.
46. พิลาศลักษณ์ ดอกจันทร์, อัจฉรา ญาณวุฒิ, ระกัสสร อินตามูล. ยาบ้าในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 137-41.

47. ภาวินี อยู่ประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียนวัยรุ่นใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชา เอกพยาบาลสาธารณสุข: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
48. โสภณ เมฆธน, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, วรณะ วีระผาสุข. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ แอมเฟตามีนของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดกาญจนบุรี: วารสาร แพทย์เขต 7 2539 ; 15: 350-62.
49. ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, สารินี ต่อศักดิ์, พรพิมล อยู่คง. สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดสระบุรี. วารสารกรมการแพทย์ 2539; 21: 400-6.
50. ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชักวัลลี, ประทีป จินนี่, สุภาพร ธนะชานันท์, อัมพรพันธ์ บัว วิรัตน์, วชิราพร อัจฉริยะโกศล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติดของเยาวชน กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
51. ธนวรรณ อาชาวิรัตน์. ภูมิหลัง ความรู้ ทักษะ และการใช้สารเสพติดของผู้ติดยาที่มารับ บริการ ณ โรงพยาบาล ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
52. ชนันต์ เมรุจิ. พลเดช ปิ่นประทีป, กาญจนา แสงรัตน์, กรกานต์ ป้อมบุญมี. ปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก ปี2539. วารสารกรมการแพทย์ 2540; 22: 261-9.
53. วีรวรรณ สุธีไกรลาศ. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการต้านทานการติดยาเสพติดของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา เอกการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสาน มิตร, 2536.
54. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment – seeking opioid abuse. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 71-80.
55. Wong CS, Tang CS, Schwarzer R. Psychosocial correlates of substance abuse: comparing high school student with incarcerated offender in Hong Kong. J Drug Educ 1997; 27: 147-72.

56. Sokol-Katz J, Dunham R, Zimmerman R. Family structure versus parental attachment in controlling adolescent deviant behavior: a social control model. *Adolescence* 1997; 32: 199-215.
57. Miller P. Family structure, personality, drinking, smorking and illicit drug use: a study of UK teenagers. *Drug Alcohol Depend* 1997; 45: 212-9.
58. Szalay LB, Inn A, Doherty KT. Social influence: effect of the social environment on the use of alchohol and other drugs. *Subst Use Misuse* 1996; 31: 343-73.
59. Blackson TC, Tarter RE, Mezzich AC. Interaction between childhood temperament in preadolescent sons of substance abuse and normal father. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996; 22: 335-45.
60. Jenkins JE. The influence of peer affiliation and student activities on adolescent drug involvement. *Adolescence* 1996; 31: 297-306.
61. Gerevich J, Backai E. Protective and risk predictors in the development of drug use. *J Drug Educ* 1996; 26: 25-38.
62. Will TA, McNamara G, Vaccaro D. Parental education related to adolescent stress coping and substance use: development of a mediational model. *Health Psychol* 1995; 14: 464-8.
63. เต็มศรี ขำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
64. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SI, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and drug abuse, result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-8.
65. Ghodse H. *Drug and addiction behavior: a guide to treatment*. Oxford; Blackwell Science, 1995: 345-65.
66. Lewis JA, Dana RQ, Blevins GA. *Substance abuse counseling: an individualized approach*. California: Brooks/Cole Publishing, 1994: 244-60.
67. นันทิกา ทวิชาชาติ, อรรถพล สุคนธาภิรมย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, พวงสร้อย วรกุล. *โครงการวิจัยเรื่องการสร้างแบบทดสอบที่ใช้ในการคัดกรองโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

68. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.
69. สุขภาพจิต, กรม. รายงานการวิจัยเรื่องการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้เจตคติ หักขะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
70. สมโภชน์ มณฑะยธาสน์. การแพร่ระบาดของยาบ้าในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาและการพัฒนา นโยบายการป้องกันรักษา. วารสารกรมการแพทย์ 2540; 22: 143-51.
71. ธีรชัย ประดิพัทธ์พงษ์. การศึกษาผู้ป่วยเสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4 2542; 18: 171-80.
72. ศรัสมบัติ บุญเมือง. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดที่มีผลต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาอาชีวศึกษาและงานยุติธรรม : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
73. Chilcoat HD, Dishion TJ, Anthony JC. Parent monitoring and the incidence of drug sampling in urban elementary school children. Am J Epidemiol 1995; 141: 25-31.
74. ธนพัฒน์ หาพิพัฒน์. พฤติกรรมการใช้ยาฆ่าของนักศึกษา กรณีศึกษานักศึกษาวิทยาลัยเกษตรกรรม และวิทยาลัยเทคนิค ในภาคกลางสังกัดกรมอาชีวศึกษา. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
75. สุรศักดิ์ ไควสุภัทร์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดของผู้ต้องขังชายในเรือนจำจังหวัดหนองคายก่อนเข้าเรือนจำ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 126-31.
76. Westermeyer J. The role of cultural and social factor in the cause of addiction disorder. Psychiatr Clin North Am 1999; 22: 253-73.
77. Milby JB, Sims K, Khuder S, Schumacher JE, Huggins N, Maciellan AT, Woody G, et al. Psychiatric comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment. Am J Drug Alcohol Abuse 1996; 22: 95-105.



78. Pozzi G, Bacigalupi M, Tempesta E. Comorbidity of drug dependence and other mental disorders: a two phase study of prevalence at out patient treatment centres in Italy. *Drug Alcohol Depend* 1997; 46: 69-77.
79. Hall W, Hando J, Darke S, Ross J. Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sydney, Australia. *Addiction* 1996; 91: 81-7.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก.

แบบสัมภาษณ์สภาพทางสังคม

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยติดยาเสพติดเกี่ยวกับสภาพทางสังคม

วันที่สัมภาษณ์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

HN ..... AN.....

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

### ข้อมูลด้านการงานและเศรษฐกิจ

10. ลักษณะการประกอบอาชีพ ( หากไม่ได้ประกอบอาชีพให้ข้ามไปตอบข้อ 12 )

- ว่างงาน     นักเรียนนักศึกษา     รับราชการ  
 รัฐวิสาหกิจ     แม่บ้าน     ลูกจ้าง  
 ค้าขาย     เกษตรกรรม     อื่นๆ ระบุ.....

11. รายได้จากการทำงานโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระบุ.....บาท เพียงพอหรือไม่

- เพียงพอ     ไม่เพียงพอ กรุณาระบุสาเหตุ.....

12. เมื่อคุณมีปัญหาเรื่องเงินทองคุณมักจะพึ่งพาหรือขอยืมจากบุคคลใด

- ไม่เคยพึ่งพาผู้ใด     บิดามารดา  
 พี่น้อง     บุคคลอื่น ๆ ระบุ.....

### ข้อมูลลักษณะการใช้ยาเสพติด

13. คุณใช้ยาเสพติดชนิดใด และเสพสารเหล่านั้นโดยวิธีใดบ้างก่อนมารับการรักษาในครั้งนี้

ชนิดของยาเสพติด	วิธีการใช้	จำนวนการใช้ ( ครั้ง/สัปดาห์ )	ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ในแต่ละครั้ง
<input type="checkbox"/> เฮโรอีน	<input type="checkbox"/> กิน <input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ฉีด <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ยาบ้า	<input type="checkbox"/> กิน <input type="checkbox"/> สูบ(ใส่กระดาษฟรอยด์ฉนวนไฟแล้วใช้หลอดดูดควัน) <input type="checkbox"/> ฉีด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ยาเสพติดอื่น ๆ ที่เคยใช้หรือใช้ร่วมกัน ระบุ.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

14. ใครชักชวนให้คุณใช้ยาเสพติด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มีผู้ใดชักชวน  คู่รักหรือ คู่สมรส  เพื่อนๆ  
 ผู้ขายยาเสพติด ญาติ ระบุ.....  อื่นๆ ระบุ.....

15. คุณเริ่มใช้ยาเสพติด( ยาบ้า หรือ เฮโรอีน )ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร.....ปี

16. คุณใช้ยาเสพติด (ยาบ้า หรือเฮโรอีน )มานานเป็นระยะเวลาเท่าไร.....

17. คุณเริ่มใช้ยาเสพติด ( ยาบ้า หรือ เฮโรอีน ) ครั้งแรกที่ไหน

- บ้าน  โรงเรียน  อื่น ๆ ระบุ.....

18. คุณใช้เงินเท่าไรต่อสัปดาห์ในการซื้อหาเสพติดมาเสพ ระบุจำนวนเงิน.....บาท/สัปดาห์

19. คุณมักเสพยาเสพติดกับใคร

- เสพคนเดียว  เพื่อน  พี่น้อง  อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติครอบครัว

20. ปัจจุบันนี้บิดายังมีชีวิตอยู่หรือไม่

- มีชีวิตอยู่ ระบุอายุ.....ปี  เสียชีวิตแล้ว

21. บิดาของคุณประกอบอาชีพอะไร

- รับราชการ  รัฐวิสาหกิจ  ค้าขาย  
 รับจ้าง  เกษตรกรรม  อื่น ๆ ระบุ.....

22. รายได้ของบิดาโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

23. บิดาของคุณเคยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่

- เคย  ไม่เคย

24. จากข้อ 24. หากตอบว่า เคย กรุณาระบุชนิดของยาเสพติด

- เฮโรอีน  ยาบ้า  อื่นๆ ระบุ.....

25. ปัจจุบันนี้มารดายังมีชีวิตอยู่หรือไม่

- มีชีวิตอยู่ ระบุอายุ.....ปี  เสียชีวิตแล้ว

26. มารดาของคุณประกอบอาชีพอะไร

- แม่บ้าน  รับราชการ  รัฐวิสาหกิจ  รับจ้าง  
 ค้าขาย  เกษตรกรรม  อื่น ๆ ระบุ.....

27. รายได้ของมารดาโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

28. มารดาของคุณเคยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่
- เคย  ไม่เคย
29. จากข้อ 28. หากตอบว่า เคย กรุณาระบุชนิดของยาเสพติด
- เฮโรอีน  ยาบ้า  อื่นๆ ระบุ.....
30. บิดามารดาของคุณยังคงใช้ชีวิตคู่ร่วมกันอยู่หรือไม่
- ใช่  ไม่ใช่ กรุณาระบุสาเหตุ.....
31. คุณมีพี่น้องจำนวน.....คน จำแนกเป็นผู้หญิง.....คน ผู้ชาย.....คน
32. คุณเป็นบุตรคนที่เท่าไรของครอบครัว
- คนที่ 1  คนที่ 2  คนที่ 3  อื่นๆ ระบุ.....
33. กรุณาระบุวิธีการเลี้ยงดูของบิดามารดาที่กระทำต่อตัวคุณ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- รักและทะนุถนอมตามใจลูกทุกอย่าง
- ยอมรับความสามารถมีการใช้เหตุผลและให้โอกาสในการตัดสินใจ
- เข้มงวดใช้อำนาจบังคับและเจ้าระเบียบ
- รักเอาใจใส่และมีกฎเกณฑ์การลงโทษตามสมควรเมื่อกระทำความผิด
- ไม่ให้ความเอาใจใส่ ปล่อยปละละเลย
- อื่น ๆ ระบุ.....
34. คุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อวิธีการเลี้ยงดูที่บิดามารดากระทำต่อตัวคุณ
- หึงพอใจ  ไม่หึงพอใจ  อื่น ๆ ระบุ.....
35. พี่น้องของคุณเคยมีประวัติเสพยาเสพติดหรือไม่
- เคย  ไม่เคย
36. บุคคลในครอบครัวเคยมีปัญหาสุขภาพจิต (โรคจิต - โรคประสาท ) หรือไม่
- มี กรุณาระบุว่ามีผู้ใดบ้าง.....  ไม่มี
37. ความสัมพันธ์ในครอบครัวของคุณมีลักษณะเป็นอย่างไร
- อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น  มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง
- มีการทะเลาะรุนแรงเป็นบางครั้ง  มีการทะเลาะอย่างรุนแรงบ่อย ๆ
- ต่างคนต่างอยู่  อื่น ๆ ระบุ.....
38. บุคคลในครอบครัวรู้สึกหรือแสดงพฤติกรรมอย่างไรต่อพฤติกรรมเสพยาเสพติดของคุณ
- ต่อด้าน  สนับสนุน
- ไม่สนใจ  อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติการทำงาน  
( สำหรับผู้ที่แต่งงานแล้ว )

39. คุณแต่งงาน (จดทะเบียนสมรสหรือไม่ได้จดทะเบียนสมรส) ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร.....ปี

40. คุณแต่งงานมาจำนวนกี่ครั้ง

1 ครั้ง     2 ครั้ง     อื่น ๆ ระบุ.....ครั้ง

41. หากเคยมีการหย่า หรือแยกกันอยู่กฏนาระบุสาเหตุ

ครั้งที่ 1. เนื่องจากสาเหตุ.....

ครั้งที่ 2. เนื่องจากสาเหตุ.....

ครั้งที่ 3. เนื่องจากสาเหตุ.....

ครั้งที่ 4. เนื่องจากสาเหตุ.....

42. คุณแต่งงานกับคู่สมรสคนปัจจุบันมาแล้วจำนวนกี่ปี

น้อยกว่า 1 ปี     1 - 5 ปี     มากกว่า 5 ปี - 10 ปี     มากกว่า 10 ปี

43. มีบุตรแล้วหรือยัง     มี ระบุจำนวน.....คน

เพศชาย.....คน    เพศหญิง.....คน

ไม่มี

44. คู่สมรสคนปัจจุบันของคุณเคยเสพยาเสพติดหรือไม่

เคย     ไม่เคย

45. จากข้อ 44. หากตอบว่า เคย กรุณาระบุชนิดของยาเสพติด

เฮโรอีน     ยาบ้า     อื่นๆระบุ.....

46. ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวของคุณเป็นอย่างไร

อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น     มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง

มีการทะเลาะอย่างรุนแรงเป็นบางครั้ง     มีการทะเลาะอย่างรุนแรงบ่อย ๆ

ต่างคนต่างอยู่     อื่น ๆ ระบุ.....

หากพบว่ามีปัญหาระหว่างคู่สมรส กรุณาระบุรายละเอียดของสภาพปัญหาดังกล่าว

47. สภาพปัญหาที่พบบ่อยระหว่างคู่สมรส 1.....

2.....

3.....



48. หากคุณเคยแต่งงานมากกว่า 1 ครั้ง กรุณาระบุประวัติการติดยาเสพติดของคุณในอดีต

คู่สมรสคนที่ 1 เสพ  เฮโรอีน  ยาบ้า  อื่นๆระบุ.....

คู่สมรสคนที่ 2 เสพ  เฮโรอีน  ยาบ้า  อื่นๆระบุ.....

คู่สมรสคนที่ 3 เสพ  เฮโรอีน  ยาบ้า  อื่นๆระบุ.....

(สำหรับผู้ที่ยังไม่แต่งงาน)

49. คุณเคยมีคู่อีกหรือไม่

เคยมี ระบุจำนวน.....คน  ไม่เคยมี

50. ปัจจุบันยังคงคบหากับคู่อีกคนใดอยู่บ้าง

ยังคงคบหากันอยู่ ระบุจำนวน.....คน  เลิกกันแล้วหมดทุกคน

51. คุณมักใช้เวลาอยู่กับคู่อีกมากน้อยเพียงใด

ทุกวัน  สัปดาห์ละครั้ง  
 เดือนละครั้ง  อื่นๆระบุ.....

52. คู่อีกของคุณมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่

มี  ไม่มี

53. หากคู่อีกของคุณมีการใช้ยาเสพติด กรุณาระบุชนิดของยาเสพติด

เฮโรอีน  ยาบ้า  อื่นๆระบุ.....

ประวัติการศึกษา

54. ขณะนี้ยังคงเรียนหนังสือหรือไม่

เรียน ระบุ.....  ไม่เรียน

55. จากข้อ 54. หากตอบว่า ไม่เรียน คุณสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับใด

ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา  ปวช.  
 ปวส.  อุดมศึกษา  อื่นๆ ระบุ.....

56. ระดับผลการเรียน (เกรดเฉลี่ย) ของคุณ ก่อนที่คุณจะมีพฤติกรรมติดยาเสพติดอยู่ในระดับใด

ต่ำกว่า 1  ระหว่าง 1.01 – 2.00  
 ระหว่าง 2.01 – 3.00  ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป

57. คุณเคยถูกภาคทัณฑ์หรือไม่

เคย ระบุสาเหตุ.....  ไม่เคย

58. คุณเคยถูกสั่งพักการเรียนหรือไม่

เคย ระบุสาเหตุ.....  ไม่เคย

59. คุณเคยถูกไล่ออกจากโรงเรียนหรือไม่

เคย ระบุสาเหตุ.....  ไม่เคย

60. คุณเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ยาเสพติดหรือไม่

เคย  ไม่เคย

61. จากข้อ 62. หากตอบว่า เคย คุณได้รับความรู้จากแหล่งใด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ )

หนังสือ  ทีวี  วิทยุ  อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติกลุ่มเพื่อน

62. คุณเคยอยู่รวมกลุ่มกับเพื่อนๆ ประเภทใดบ่อยที่สุด

ไม่เคยมีกลุ่มเพื่อนมักแยกตัวอยู่คนเดียว  กลุ่มเพื่อนที่ชักชวนหนีการเรียน  
 กลุ่มเพื่อนที่ชักชวนเที่ยวกลางคืน  กลุ่มเพื่อนที่มีกรวมกลุ่มก่อเรื่องวิวาท  
 กลุ่มเพื่อนที่ชักชวนเล่นการพนัน  อื่นๆ ระบุ.....

63. จากข้อ 62. เพื่อน ๆ ในกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมกระตือรือร้นติดยาเสพติดหรือไม่

มี  ไม่มี

64. จากข้อ 63. หากตอบว่า มี กรุณาระบุชนิดของยาเสพติดในกลุ่มเพื่อนดังกล่าว

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เฮโรอีน  ยาบ้า  อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติทางกฎหมาย

65. คุณเคยถูกตำรวจจับหรือไม่

เคย  ไม่เคย

66. จากข้อ 65. หากตอบว่า เคย คุณถูกจับคดีอะไรบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เสพยาเสพติด ระบุโทษที่ได้รับ.....
- มียาเสพติดไว้ในครอบครอง ระบุโทษที่ได้รับ.....
- ลักทรัพย์ ระบุโทษที่ได้รับ.....
- ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ระบุโทษที่ได้รับ.....
- อื่น ๆ ระบุ.....

สภาพสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย

67. สถานที่พักอาศัยของท่านในปัจจุบันอยู่ในเขตใด

- ในเขตเทศบาล  นอกเขตเทศบาล

68. บ้านของท่านอยู่ใกล้บริเวณใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ชุมชนแออัด (สลัมหรือแหล่งเสื่อมโทรม)  สถาบันเท่งต่าง ๆ
- ตลาด  วัด
- โรงเรียน  โรงพยาบาล
- อื่น ๆ ระบุ.....

69. ชุมชนที่คุณพักอาศัยอยู่มีการใช้ยาเสพติดมากน้อยเพียงใด

- ไม่มีการใช้ยาเสพติด  มีการใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่ม ๆ
- มีการใช้ยาเสพติดอย่างแพร่หลาย  อื่น ๆ ระบุ.....

70. ถ้าหากชุมชนที่คุณพักอาศัยอยู่มีการใช้ยาเสพติดคุณระบุชนิดของยาเสพติดดังกล่าว

- เฮโรอีน  ยาบ้า
- กัญชา  สารระเหย หรือ กาว
- ยานอนหลับ  อื่น ๆ ระบุ.....

71. คุณสามารถซื้อหายาเสพติดได้จากบุคคลใด

- เพื่อน ๆ ที่ติดยาเสพติดด้วยกัน
- ผู้ขายยาเสพติดซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับบ้านของคุณ
- สั่งโดยตรงจากตัวแทนจำหน่ายเป็นช่วง ๆ
- ให้เด็กเป็นตัวกลางในการติดต่อซื้อหายาเสพติด
- อื่น ๆ ระบุ.....

72. คุณมักไปซื้อหายยาเสพติดจากแหล่งใด

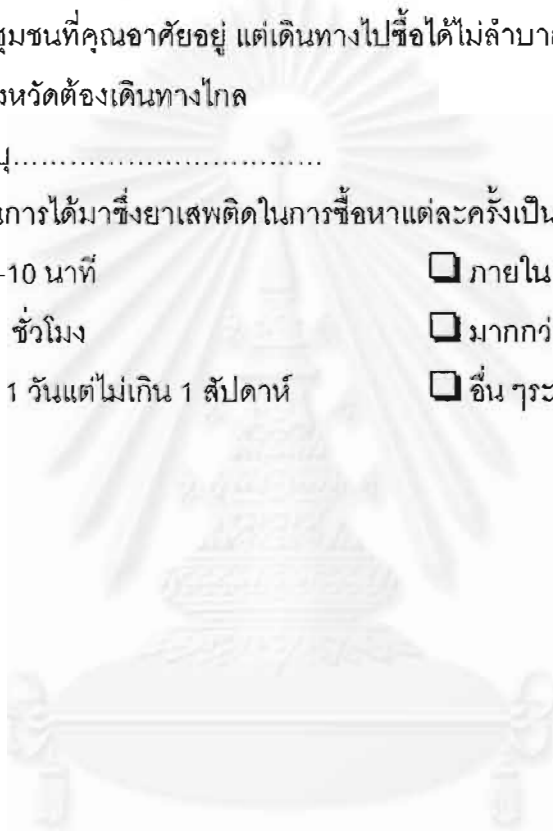
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ซื้อจากที่พักของผู้ขายยาเสพติด | <input type="checkbox"/> ซื้อจากบริเวณสถานีบริการน้ำมัน |
| <input type="checkbox"/> ซื้อจากบริเวณร้านซ่อมรถต่าง ๆ  | <input type="checkbox"/> ซื้อจากบริเวณร้านอาหาร         |
| <input type="checkbox"/> ซื้อจากบริเวณศูนย์การค้า       | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....               |

73. แหล่งขายยาเสพติดอยู่ห่างจากที่พักของคุณเพียงใด

- อยู่ในชุมชนเดียวกับที่พักของคุณ
- อยู่ห่างจากชุมชนที่คุณอาศัยอยู่ แต่เดินทางไปซื้อได้ไม่ลำบาก
- อยู่ห่างจังหวัดต้องเดินทางไกล
- อื่น ๆ ระบุ.....

74. คุณต้องใช้เวลาในการได้มาซึ่งยาเสพติดในการซื้อหาแต่ละครั้งเป็นเวลานานเท่าไร

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ภายใน 1-10 นาที                   | <input type="checkbox"/> ภายใน ½ ชั่วโมง                   |
| <input type="checkbox"/> ภายใน 1 ชั่วโมง                   | <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 วัน |
| <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 วันแต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....                  |





ภาคผนวก ข.

ประเด็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

## หัวข้อแบบสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยรายใหม่ที่เสพยาบ้าและเฮโรอีน

1. ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย
2. ประวัติครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ภายในครอบครัวระหว่างบิดากับมารดา , บิดากับบุตร , มารดากับบุตร , พี่กับน้อง รวมถึง การอบรมเลี้ยงดู
3. ประวัติกลุ่มเพื่อนและความรู้สึกที่มีต่อกลุ่มเพื่อน
4. แรงจูงใจในการเสพยาเสพติดครั้งแรก รวมถึง เหตุการณ์ที่ประทับใจ และ เหตุการณ์ที่ก่อความสะเทือนใจให้แก่ผู้ป่วยที่อาจจะนำไปสู่การใช้สารเสพติด
5. ความรู้สึกที่มีต่อการใช้ยาเสพติดของตนเอง
6. ความรู้สึกที่มีต่อชุมชนที่อยู่อาศัย
7. รายละเอียดของการเกิดสภาวะปัญหาทางจิต
8. ความคาดหวังในอนาคตของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต



## ผู้ป่วยหมายเลข 1

อายุ 17 ปี

ชนิดยาที่ใช้ : ยาบ้า ใช้มานานประมาณ 1ปี

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ชายไทยวัยรุ่น สีหน้าแววตา ไม่แจ่มใส ท่าทางเชื่องซึม ถ้ามถามคำตอบคำ ขณะสนทนามักก้มหน้าและไม่ค่อยสบตาคู่สนทนา บริเวณใบหน้ามีร่องรอยบาดแผลฟกช้ำซึ่งผู้ป่วยบอกว่า “เป็นร่องรอยที่ถูกบิดาทุบตี”

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยเป็นบุตรคนเดียว บิดาทำอาชีพรับเหมาก่อสร้าง บิดาและมารดาของผู้ป่วยแยกทางกันอยู่ตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 3 ขวบ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับย่ามาตลอดจนกระทั่งอายุได้ประมาณ 13 ปี ย่าเสียชีวิตผู้ป่วยจึงย้ายไปอยู่กับป้า ฝ่ายบิดาไม่ค่อยได้มาสนใจนักเนื่องจากมีภรรยาใหม่มารดาหายสาปสูญไปตั้งแต่แยกทางกับบิดา ผู้ป่วยเล่าว่าครอบครัวของป้าไม่ค่อยใส่ใจดูแลหรือให้ความสนใจ บิดามักว่ากล่าวตักเตือนด้วยถ้อยคำรุนแรง ในสายตาของป้ามองผู้ป่วยว่าเป็นเด็กเกเร และดื้อเมื่อผู้ป่วยเรียน ม.3 ผู้ป่วยได้หนีโรงเรียนจนต้องออกจากโรงเรียนเพราะรู้สึกเครียดมากทำให้ทะเลาะกับป้าหลังจากนั้นเลยย้ายไปอยู่กับเพื่อนและเสพยากับเพื่อนมาโดยตลอด

ประวัติกลุ่มเพื่อน

ผู้ป่วยมีเพื่อนที่รู้จักและสนิทสนมค่อนข้างน้อยคบใครได้ไม่ค่อยนาน ผู้ป่วยบอกว่า “เพื่อนส่วนใหญ่ไม่ใช่เพื่อนแท้มาร่วมเสพยาเพียงอย่างเดียวพอเราไม่มีอะไรเขาก็ไป” กลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่ที่คบติดยาและเล่นการพนันซึ่งบางครั้งตนก็ได้มีพฤติกรรมลักขโมยเงินเพื่อไปซื้อยาบ้ามาเสพร่วมกับกลุ่มเพื่อน

แรงจูงใจในการเสพยาติดครั้งแรก

จากที่ป้าว่าเป็นเด็กเกเรเลยประพฤติตัวเองโดยการติดยาให้เหมือนกับที่เขาว่า ซึ่งตอนแรกไม่ได้คิดอะไรเมื่อใช้ยาบ้าแล้วทำให้รู้สึกคลายเครียดลืมความทุกข์ไปได้ชั่วขณะหนึ่งแต่จากความรู้สึก “เบื่อชีวิต” จากสภาพความเป็นอยู่รู้สึกว่าไม่มีใครสนใจเลยทำให้ใช้ยาบ้ามาเรื่อยๆ พอยามอดฤทธิ์ยังรู้สึกถึงความเครียดมากขึ้นคิดมากหลายเรื่องจนปวดศีรษะบ่อย ๆ หลังเสพยาความรู้สึกที่มีต่อการใช้ยาเสพติดของตนเอง

ช่วงแรกที่เริ่มใช้ยาบ้าไม่ได้คิดอะไรทำไปเพราะเบื่อและเหงาชีวิต ตอนแรกที่เสพยารู้สึกสนุกแต่เมื่อเล่นบ่อย ๆ เข้ารู้สึกว่ายาบ้ามีอำนาจที่ทำให้เราต้องไปพึ่งพาและใช้มันอยู่เรื่อย ๆ ผู้ป่วย

บอกว่า "ตอนนี้รู้สึกว่าการใช้ยาบ้าไม่ดี อยากจะตัดมันออกไปจากชีวิต คิดว่าถ้าเลิกยาได้ชีวิตคงจะดีขึ้น พ่อก็ยอมรับในตัวผมมากขึ้นหลังจากผมมาเลิกยา จากการที่ได้พบพ่อบ่อยมากขึ้น"

ความรู้สึกต่อชุมชนที่อยู่อาศัย

แถวบ้านเป็นชุมชนแออัดมีการใช้ยาบ้าอย่างแพร่หลายรู้สึกว่าการหาซื้อยาบ้าได้ง่าย แต่คนที่ไม่ติดยามักไม่ค่อยจะยอมรับพวกเสพยาบ้ามักถูกและเหยียดหยาม รายละเอียดของการเกิดสภาพปัญหาทางจิตใจ

ปกติผู้ป่วยมีนิสัยใจเย็นไม่ค่อยยอมใคร บางครั้งเฮฮา ชอบสนุกเวลามีปัญหาไม่ค่อยปรึกษาใคร จากการที่มีปัญหาความแตกแยกในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกทิ้งขว้างและไม่ได้ได้รับความสนใจจากผู้ใดเลยทำให้ไปลองใช้ยาเสพติดซึ่งหลังจากใช้ยาบ้าแล้ว ผู้ป่วยบอกว่า "นอนไม่ค่อยหลับ มีแนวทำให้ลืมหืมตาจะทำอะไรก็ทำอย่างนั้น เคยผูกคอตายมา 1 ครั้งเพราะรู้สึกเบื่อชีวิตที่มีแต่คนรังเกียจและไม่ยอมรับ" แต่ตอนนี้ไม่มีอาการเหล่านั้นแล้วรู้สึกสบายใจมากขึ้น อยู่ที่โรงพยาบาลรู้สึกสนุกทำให้ลืมหืมตาต่าง ๆ ที่ผ่านมาก็ทำให้ทุกชีใจได้บ้าง

ความคาดหวังในอนาคตของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยบอกว่า "จริง ๆ แล้วก็มีเป้าหมายและสิ่งที่ต้องการจะทำอยู่เหมือนกันแต่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่ คือการเรียนให้สำเร็จและได้ทำงานดี ๆ ยังไม่เคยคิดมีครอบครัว คิดว่ายังเด็กอยู่หลังจากมาเลิกยาทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้นจากการที่พ่อมาสนใจไต่ถามมากขึ้นทำให้คิดว่าพ่อคงไม่เกลียดลูกคนนี้แล้ว" สำหรับตอนนี้ไม่ได้คิดอะไรคิดแต่ว่าอยู่รักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อไปเรื่อย ๆ และรักษาตัวเองให้หายขาดเสียก่อน



## ผู้ป่วยหมายเลข 2

อายุ 23 ปี

ชนิดยาที่ใช้ : ยาบ้า ใช้มานานประมาณ 2 เดือน

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ชายไทยวัยหนุ่ม รูปร่างท้วม ผิวขาว ผอมทรวง สีหน้าท่าทางครุ่นคิด ถามตอบตรงคำถาม บางครั้งพูดเร็วซ้ำ ท่าทางจริงจัง ขณะสนทนาหัวเราะเป็นช่วง ๆ

ประวัติครอบครัว

บิดาทำอาชีพรับเหมาก่อสร้าง มารดาเสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุได้ 10 ขวบ บิดามีภรรยาใหม่ ผู้ป่วยบอกว่า "พ่อเป็นคนเจ้าชู้ มีเมียมา 3 คน แม่ของตนเป็นคนที่ 2 และมีตนเป็นลูกชายคนเดียว ตอนเด็ก ๆ รู้สึกว่าครอบครัวอบอุ่นดี แต่หลังจากที่แม่ตายรู้สึกอ้างว้าง รู้สึกขัดเคือง และมีปากเสียงกับแม่เลี้ยงเป็นบางครั้งแต่ตอนนี้เข้าใจกันดีขึ้น" ขณะนี้ยังคงอยู่กับบิดา และแม่เลี้ยง บิดามักตามใจผู้ป่วยอยากจะได้อะไรก็หามาให้ ไม่ค่อยว่ากล่าว

ประวัติกลุ่มเพื่อน

ผู้ป่วยบอกว่า "มีเพื่อนแถว ๆ บ้านคบกันเป็นเพื่อนเที่ยวเสียมากกว่า เพราะผมเป็นคนชอบสนุกเฮฮาไม่คิดมาก เพื่อน ๆ ในกลุ่มก็ใช้ยาบ้าเหมือน ๆ กัน โดยหลังจากกลับจากเที่ยวกลางคืน ผมมักจะไปใช้ร่วมกับเพื่อนเป็นบางครั้ง" เพื่อน ๆ ในกลุ่มเป็นคนแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับการเสพยาบ้า

แรงจูงใจในการใช้ยาเสพติดในครั้งแรก

รู้สึกเสียใจจากเรื่องความรัก เพราะแฟนมาทิ้ง ซึ่งตนรู้สึกรักแฟนคนนี้มาก ผู้ป่วยบอกว่า "ผมเครียดมาก เลยหันมาใช้ยาบ้าดูบ้าง ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าไม่ดี แต่ก็อยากลอง เพื่อนผมบอกว่าถ้าดูดยาบ้าแล้วจะลืมสิ่งนี้ไปได้ ทำให้ผมใช้ มาเรื่อย ๆ แต่ไม่เคยจะประมาณวันละ 2 เม็ด"

ความรู้สึกที่มีต่อการใช้ยาเสพติดของตัวเอง

ผู้ป่วยบอกว่า "ผมคิดว่าแค่ลองไม่น่าจะติด ผมรู้ตัวของผมเองดี ไม่นึกเลยว่าจะมีอันตราย ทำให้ตัวผมคลุ้มคลั่งได้มากมายขนาดนี้ ตอนนี้อยู่ถึงพิษภัยของมันแล้วคิดว่าจะไม่หวนกลับไปยุ่งกับมันอีก"

ความรู้สึกต่อชุมชนที่อยู่อาศัย

บ้านของผู้ป่วยอยู่ในตลาด ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า "ไม่ค่อยมีการใช้ยาเสพติดในละแวกบ้าน" คิดว่าชาวบ้านไม่ยอมกับคนที่ติดยาเสพติด

### รายละเอียดของการเกิดปัญหาทางจิตใจ

ผู้ป่วยบอกว่า "ปกติผมเป็นคนร่าเริง แจ่มใส จนกระทั่งมีปัญหาเกี่ยวกับแฟนเลยทำให้ครุ่นคิด เก็บตัว เครียดมากขึ้นแล้วหันมาใช้ยาบ้า ช่วงแรก ใช้น้อย รู้สึกสบายใจดี แต่ก่อนมาโรงพยาบาล เพื่อนได้เอายาบ้าเม็ดสีเขียว ( ปกติผู้ป่วยใช้ยาเม็ดสีส้ม ) หลังจากใช้เพียงครั้งเดียวรู้สึกว้าซ้อคไปเลย คิดว่าอาจจะเป็นเพราะว่าจิตใจของตัวเองอาจไม่เข้มแข็งเพียงพอ หลังจากนั้นมักรู้สึกคิดมาก หวาดระแวง กลัวคนจะทำร้ายบ่อย ๆ และรู้สึกเบลอเป็นบางครั้ง"

### ความคาดหวังในอนาคตเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

ต้องการมีชีวิตที่ดีขึ้น มีอาชีพที่ดี มีครอบครัวที่ดี และไม่มีคนมาดูถูกเหยียดหยาม ตอนนี้อยากเลิกยาบ้าให้ได้เด็ดขาด ซึ่งตนหวังว่าเลิกได้แน่นอนเพราะเพิ่งเริ่มใช้ไม่นาน และตนเองมีครอบครัวที่คอยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ



### ผู้ป่วยหมายเลข 3

อายุ 24 ปี

ชนิดยาที่ใช้ : ยาบ้า ใช้มานานประมาณ 6 ปี

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ชายไทยวัยหนุ่ม สีหน้าแววตาเรียบเฉย ผอมยาว มีหนวดบาง ๆ ผิวคล้ำ รูปร่างลมส่วน  
ถามตอบตรงคำถาม พูดคุยด้วยท่าทางคล่องแคล่ว และเป็นมิตร

ประวัติครอบครัว

บิดามีอาชีพรับราชการ มารดาเสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 6 ขวบ ผู้ป่วยมีน้องสาว 1 คนหลังจาก  
จากมารดาเสียชีวิต บิดามีภรรยาใหม่ และมีบุตรกับภรรยาใหม่อีก 1 คนเป็นผู้หญิง ผู้ป่วยบอกว่า  
“แม่ใหม่ช่วยเราเยอะเหมือนกัน มีแต่ความรู้สึกที่ดี ๆ ให้ แม้ว่าบางครั้งเขาจะดูว่าบ้าง รู้สึกว่าน้อง  
คนใหม่เหมือนน้องสาวของตัวเอง ปกติพ่อเป็นคนเข้มงวด เพราะคอยควบคุมอยู่ตลอด เวลาเรา  
พูดความจริงแล้วพ่อไม่เชื่อ เวลาโกหกแล้วเขามักเชื่อ” ปัจจุบัน ย้ายมาอยู่กับยาย และน้าสาว รู้สึก  
มีความสุขดี เพราะยายและน้าสาวตามใจ

ประวัติกลุ่มเพื่อน

ส่วนใหญ่จะมีเพื่อนในช่วงตอนที่กำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาบ้าง ซึ่งเพื่อน ๆ มักจะชักชวน  
ให้หนีเรียนบ่อย ๆ บางครั้งก็มีเรื่องวิวาทกับพวกตรงข้าม รู้สึกสนุกดี ช่วงอยู่ ม.1 เห็นเพื่อนที่กักขฬ  
ก็เลยลองหัดดู เนื่องจากเห็นเขาเล่นเลยเล่นบ้าง ไม่เคยนึกถึงผลข้างเคียง มีเล่นก็เล่น เล่นแล้ว  
สนุกสนาน คุยในกลุ่มได้ว่า เล่นเป็นแล้วนะ พอขึ้น ม.3 เพื่อนหัดให้เล่นกาบ รุ่นที่ได้ชักชวนให้เล่น  
เฮโรอีนด้วย แต่เล่นครั้งเดียวแล้วเลิกไป เพราะใจไม่ชอบ หลังจากจบ ม. 3 จึงเสพยาบ้ามาตลอด  
รวมทั้งเพื่อนชอบพานี้เรียนบ่อย ๆ และไปจับกลุ่มกันเสพยา

แรงจูงใจในการเสพยาครั้งแรก

เห็นเพื่อนใช้เลยอยากลองดูอยากรู้ว่าเป็นอย่างไรบ้างเวลาเสพ ประกอบกับเพื่อนให้ยาฟรี  
ไม่ต้องซื้อเลยลองดู ว่าน่าจะดีเหมือนที่เพื่อนว่าหรือไม่ จากการทดลองยากับเพื่อนบ่อย ๆ เลยทำ  
ให้เสพติด จนบางครั้งต้องไปขโมยทรัพย์สินของบิดาไปขาย เพื่อเอาเงินไปซื้อยาบ้า

ความรู้สึกที่มีต่อคนใช้ยาเสพติดของตนเอง

ผู้ป่วยบอกว่า “คิดว่าการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งไม่ดี ทำให้เสียอนาคต เคยคิดจะเลิกหลาย  
ครั้ง แต่ยังตัดสินใจไม่ได้สักที ครั้งนี้มาเลิกเพราะคิดว่าตนเองละเหาะมานานหลายปีแล้ว พ่อแม่พี่น้อง

ต้องเสียใจ ซึ่งพ่อบอกว่า ทำไม่ไม่ทำในสิ่งดี ๆ เสียบ้าง ถ้าติดเพื่อนแล้วเวลามีปัญหาเพื่อนช่วยแก้ ปัญหาได้ใหม่ ทำให้ตนเองได้คิด ซึ่งอยากจะมาเลิกยาบ้าให้ได้อย่างเด็ดขาด”

ความรู้สึกต่อชุมชนที่อยู่อาศัย

ในหมู่บ้านที่ตนเองอยู่นั้น มีประมาณ 70 % ที่ไปเล่นยาเสพติด แต่เวลาคนอื่น ๆ เขารู้ว่าเราเป็นคนดีเขา เขาจะไม่ค่อยอยากคบ เขาจะรังเกียจ ทำให้รู้สึกอึดอัด เลยทำให้มีสังคมที่ค่อนข้างจำกัด คบได้ก็แต่เฉพาะกลุ่มเพื่อนที่เสพยาเท่านั้น เลยทำให้เลิกยากมากขึ้น

รายละเอียดของการเกิดสภาพปัญหาทางจิตใจ

ปกติเป็นคนร่าเริง และแข็งแรง พอเสพยาแล้วรู้สึกสบาย แต่หลังจากนั้น พอหมดฤทธิ์ยา จะรู้สึกปวดข้อ ปวดกระดูก และยังรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ มักจะคิดว่าตัวเองอยู่เสมอ ๆ ว่า “เล่นไปทำไม” แต่ก็ห้ามใจตนเองไม่อยู่สักที หลังจากใช้ยาแล้วรู้สึกแย ๆ กับตัวเองเยอะมากขึ้น เพราะไม่ค่อยได้นอนพักผ่อนร่างกายเลยทรุดโทรมเร็ว

ความคาดหวังในอนาคตเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

คิดอยากจะทำให้พ่อแม่สบายใจ ให้มากที่สุด อยากจะรับราชการ เป็นทหารแบบพ่อ แต่ตอนนี้ก็ยังไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้แน่นอนหรือเปล่า คิดว่าคงต้องเลิกคบกับเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด และทำงานให้เร็วที่สุด เพราะถ้าว่างและรู้สึกเหงาอาจจะหวนกลับไปเสพยาอีก

## ผู้ป่วยหมายเลข 4

อายุ 16 ปี

ชนิดยาที่ใช้ : ยาบ้า ใช้มานานประมาณ 2 เดือน

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้หญิงไทย วัยรุ่น สมวัย รูปร่างท้วม ผิวคล้ำ ผมหงอก ตัดสั้น สีนํ้ายิ้มแย้ม แจ่มใส พูดคุยเป็นกันเอง ได้ตอบจะฉาน ร่างกายสะอาด สนใจสนทนาเป็นอย่างดี ประวัติครอบครัว

บิดาและมารดา รับราชการทหาร บิดาแยกทางกับมารดา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ตอนนั้นผู้ป่วยยังเล็กมาก จำความไม่ค่อยได้ชัดเจนมากนัก บิดามีภรรยาใหม่ ผู้ป่วยอาศัยอยู่มารดา อา และ ป้า บิดาจะแวะเวียนมาเยี่ยมเยียนเป็นพัก ๆ ผู้ป่วยบอกว่า "ตอนเด็ก ๆ พ่ออยู่กับแม่รู้สึกอบอุ่นดี แต่ตอนนี้ไม่ค่อยรู้สึกผูกพันกับพ่อเลย" ส่วนแม่นิสัยเรียบร้อย รักลูกมาก ตามใจมาก จะเอาอะไรก็พยายามหามาให้ ทำให้ไม่รู้สึกกลัวแม่เลย เคยตะคอกแม่เพื่อเอาเงินไป ซื้อยาบ้า บางครั้งเคยสูบยาสูบยาบ้าให้แม่ดู ซึ่งเมื่อแม่เห็นตนทำอย่างนั้นก็ร้องไห้ ตนรู้สึกว่าธรรมดาที่แม่ร้องไห้ ตนมักเถียงกับแม่บ่อย ๆ เพราะเป็นคนเอาแต่ใจ ตนรู้สึกว่าสนิทกับอา และป้า มากกว่าแม่ เพราะอา กับ ป้าเลี้ยงดูตนเองนาน และให้เงินทองมากกว่าแม่ ผู้ป่วยมีพี่สาว 1 คน น้องชาย 1 คน ซึ่งผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเกลียดพี่สาว เพราะพี่สาวชอบสอนให้เราทำโน่นทำนี่อยู่ตลอด ซึ่งปกติตนจะไม่ชอบให้ใครมาจู้จี้หรือตำหนิ ส่วนน้องชายตนมักจะชอบแกล้งและทำร้ายน้องชายเป็นบางครั้งหลังเสพยา

ประวัติกลุ่มเพื่อน

มีทั้งเพื่อนที่โรงเรียน และเพื่อนที่บ้าน ส่วนใหญ่เพื่อน ๆ จะเป็นเด็กเที่ยวชอบเดินเที่ยว ศูนย์การค้า ไม่ค่อยสนใจการเรียน เพื่อน ๆ ใช้ยาบ้ากันเยอะมาก มีเพื่อน ๆ หลาย ๆ คนเคยชวนให้ลองเล่นดู ซึ่งในช่วงแรก ๆ ตนก็ไม่กล้าเล่นเพราะรู้สึกกลัว แต่เมื่อได้รวมกลุ่มกับเพื่อน ๆ มักจะพูดกันแต่เรื่องยาบ้า วิธีการหลบหลีกการตรวจยาบ้าจากครู และยาม ซึ่งรู้สึกว่าตื่นเต้นดี

แรงจูงใจในการใช้ยาเสพติดครั้งแรก

พอกับกับเพื่อน ๆ ที่เสพยาานาน ๆ เข้าก็รู้สึกชิน วันแรกที่ลองเพราะเพื่อนชวนไปที่บ้าน และเอายาบ้ามาให้เสพลองตามดู ปรากฏว่ารู้สึกดีใจ เพราะดูแล้วรู้สึกกระฉับกระเฉงคล่องตัวดี จึงเสพมาเรื่อย ๆ

ความรู้สึกที่มีต่อการเสพยาของตัวเอง

รู้ว่าการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งไม่ดี แต่สำหรับตัวเรานั้น รู้สึกชอบรสชาติ และติดใจ ในตัวยา ที่เวลาเสพแล้วจะไม่รู้สึกหิว "คิดว่าชีวิตอยู่ไปก็เท่านั้น อยู่กับมันอย่างเดียว" ตอนนั้นไม่เต็มใจที่จะมารักษาที่ยินยอมมาเพราะว่าตำรวจจับตัวมาและต้องการจบการศึกษา เพราะครูบอกว่าถ้ามารักษาตัวหายแล้วจะให้เรียนต่อ ม. 3 แต่ถ้าไม่มารักษาจะไม่ให้เรียนต่อ ตนอยากจบ ม.3 เลยลองมารักษา แต่ถ้ากลับไปบ้านแล้วคิดว่าจะกลับไปเสพมันอีก ผู้ป่วยบอกว่า "ถ้าไม่มีมันก็มีชีวิตอยู่ได้ แต่คงทรมาน เขาแต่สนุกกับการเล่นมันแล้ว ไม่คิดเรื่องอนาคต คิดว่าอยู่แบบนี้ก็สบายเหมือนกัน" เพราะว่าเวลาดูดยาแล้วรู้สึกสบายกระดับกระเจงดี มีเรี่ยวแรงเยอะ

ความรู้สึกต่อชุมชนที่อยู่อาศัย

แถวบ้านเป็นตึกแถว คิดว่าน่าจะมีการใช้ยาบ้าเหมือนกันแต่ ไม่แน่ใจนักเพราะส่วนใหญ่ตัวเองมักไปเดินเที่ยวกับเพื่อน ๆ ตามห้างเสียมากกว่า ผู้ป่วยบอกว่า "ผู้คนแถวบ้านแสดงท่าทางรังเกียจ แต่เราก็ไม่สนใจ เพราะไม่ได้ไปอาศัยอยู่กับเขา ใครจะคิดอย่างไรก็ช่าง"

รายละเอียดของการเกิดสภาพปัญหาทางจิตใจ

ผู้ป่วยเล่าว่า "ก่อนเสพยาบ้ามีแค่คนชมว่า น่ารัก พุดเพราะ ชอบตลก เฮฮา แต่พอเสพยาบ้าแล้ว รู้สึกว่านิสัยเปลี่ยนไป ไม่เหมือนก่อน มักด่าว่าผู้ใหญ่บ่อย ๆ ก้าวร้าวมากขึ้น ไม่สนใจความรู้สึกของคนอื่น รวมทั้งเถียงและโต้แย้ง เมื่อรู้สึกว่าตัวเองไม่เห็นด้วย พอดกช่วงเย็นจะเริ่มซึม คิดว่ายาคงจะหมดฤทธิ์" ส่วนความคิดจะทำร้ายตนเองนั้น ต้องการทำให้ประชิดแม่ แม่จะได้เสียใจ ผู้ป่วยเคยกินซีบรีส และยานอนหลับ 10 เม็ด เนื่องจากอยากยาและขอเงินแม่แล้วแม่ไม่ให้ ผู้ป่วยบอกว่า "ตอนนั้นคิดว่ากินไปก็คงไม่ตาย คิดอยากให้เขาเสียเงิน เพราะเวลาเราขอเงินไปซื้อยาแล้วไม่ให้ เลยทำให้แม่เสียเงินมารักษาตัวหนูเสียเลย คิดว่าการทำแบบนี้ไม่น่าจะเป็นอันตรายมากมายนักต่อตัวเอง"

ความคาดหวังในอนาคตเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยบอกว่า "หนูรู้ดีทุกอย่าง แต่มันทำไปแล้ว ตอนนั้นไม่ได้คิดอะไร คิดแต่ให้มีความสุขไปวัน ๆ หนึ่งเท่านั้นเอง ถ้ารักษาตัวจนหมอให้กลับบ้านแล้วก็คงจะกลับไปใช้ยาอีก เพราะความอยากและติดใจในรสชาติของยาบ้า" และไม่รู้สึกกลัวต่อการใช้ยาบ้า เนื่องจากคิดว่า ยาบ้าไม่ทำให้เป็นโรคจิต

## ผู้ป่วยหมายเลข 5

อายุ 16 ปี

ชนิดยาที่ใช้ : ยาบ้า ใช้มานานประมาณ 3 เดือน

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้หญิงไทย วัยรุ่น รูปร่างท้วม ผิวขาว ผมตัดสั้น เสมอตั้งหู สวมแว่นสายตา สีหน้าแจ่มใส ทำทางเป็นมิตร พูดคุยรู้เรื่อง สนใจสนทนาดี ร่างกายสะอาดไม่มีบาดแผล ประวัติครอบครัว

บิดารับราชการทหาร มารดามีอาชีพเป็นครู ปัจจุบันยังคงอยู่ร่วมกัน ผู้ป่วยมีน้องชาย 1 คน อายุ 10 ปี ผู้ป่วยเล่าว่าบรรยากาศ ภายในครอบครัว บุคคลภายนอกจะดูว่าอบอุ่น มีฐานะดี มีครบทุกอย่าง พ่อแม่ให้ความรักและเอาใจใส่ดี แต่จริง ๆ แล้วตนเองรู้สึกว่า พ่อแม่เอาแต่ใจตัวเอง ไม่เข้าใจลูก มักจะตีกรอบ และกำหนดขอบเขตในการดำเนินชีวิตให้ลูกเสมอ จะเดินล้ำเส้นก็ไม่ได้ โดยเฉพาะเรื่องการเรียนรู้ ทำให้ตนเองรู้สึกอึดอัดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยปกติในบ้านพ่อ กับแม่ไม่ค่อยทะเลาะกันเพราะแม่เป็นคนเรียบร้อย และมักยอมตามพ่อเสมอจนบางครั้งตนเองรู้สึกสงสารแม่ เหมือนกัน คิดว่าพ่อ เป็นคนที่ใช้อำนาจ ชอบทำอะไรตามความต้องการของตัวเอง มักเอาความคิดตัวเองเป็นใหญ่ เวลาตนทำผิด พ่อแม่มักลงโทษด้วยการกักบริเวณ ประวัติกลุ่มเพื่อน

ช่วงแรก ๆ ตนเป็นเด็กเรียนดี จึงมีกลุ่มเพื่อนที่เป็นเด็กเรียน จนกระทั่งรู้สึกเบื่อ และอึดอัดมากขึ้นจึงได้ลองหันมาคบเพื่อนที่เที่ยวเตร่บ้าง หลังจากนั้นเลยทำให้รู้สึกว่าเพื่อนที่เป็นเด็กเรียนแย่ ไร้สาระ หมกมุ่นแต่เฉพาะเรื่องเรียน ส่วนเพื่อนเที่ยวเป็นเพื่อนที่ดี รักเรา มีของก็เอามาให้เราช่วยใช้ แต่ตัวเองก็ยังคบเพื่อนกลุ่มเด็กเรียนอยู่บ้าง เพื่อเป็นฉากบังหน้าว่าตนไม่ได้ทำตัวเหลวไหล เคยขอแม่ไปเที่ยวกับเพื่อน ๆ แต่แม่ไม่ให้ไป เลยตัดสินใจโดดเรียนไป เที่ยวกับเพื่อน ๆ รู้สึกสนุกมาก ชีวิตมีสีสัน ทำให้รู้สึกว่าเพื่อนคือทุกสิ่งทุกอย่าง เวลาไปอยู่กับกลุ่มเพื่อนที่บ้านเพื่อนจะเริ่มขายยาบ้าด้วย เพื่อเอายอดและเอายาบ้าที่แบ่งเปอร์เซ็นต์ได้มาแบ่งกันใช้ ซึ่งจะไม่ค่อยมีใครสงสัยตนในระยะแรก ๆ เพราะว่าตนเป็นเด็กเรียนดี

แรงจูงใจในการใช้ยาเสพติดครั้งแรก

เกิดจากทะเลาะกับแม่เรื่องการโดดเรียนพิเศษ รู้สึกน้อยใจ เลยไปหาเพื่อน เพื่อน ๆ บอกให้ลองใช้ยาบ้าดู เพราะถ้าใช้แล้วจะทำให้กล้ามากขึ้น ตอนนั้นใจหนึ่งกลัวแต่อีกใจหนึ่งก็อยาก

ลอง แต่จากการที่เห็นเพื่อน ๆ ใช้แล้วไม่เป็นอะไร เลยคิดว่าเพื่อนพูดจริง และเชื่อเพื่อนเพราะตอนนั้น เพื่อนคือทุกสิ่งทุกอย่าง ผู้ป่วยบอกว่า “ใช้ครั้งแรกแล้วรู้สึกแปลก สนุก และเป็นอะไรที่น่าจะลองใช้ต่อ ความรู้สึกเหมือนเรากลับลมหายใจแล้วได้หายใจทีเดียว ทำให้รู้สึกโล่ง ร่วมกับความสุขของกลิ่นยาบ้า”

**ความรู้สึกที่มีต่อการใช้ยาเสพติดของตนเอง**

รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดีที่ไปลองใช้ยาเสพติด รู้สึกผิด แรก ๆ จึงคิดที่จะทำร้ายร่างกายตนเอง เพื่อให้ตนเจ็บปวดเป็นการลงโทษตนเองที่ทำผิดไป แต่ตอนนี้ใจยังนึกถึงช่วงเวลาความสุขขณะเสพยา ถ้าหากเจอสภาพปัญหา อาจจะนึกถึงมันได้อีก จากที่เคยเรียนมารู้สึกว่ายาบ้าไม่ค่อยน่ากลัว แต่พอลองใช้แล้วรู้สึกว่ายังมีผลกระทบหลายด้านที่หนักมากเป็นระยะยาวและสังคมไม่ยอมรับ

**ความรู้สึกต่อชุมชนที่อยู่อาศัย**

บริเวณบ้านเป็นชุมชนที่เรียบง่าย เพื่อนบ้านใจดี ไม่ค่อยมีการใช้ยาเสพติดซึ่งชาวบ้านส่วนใหญ่เป็นคนมีฐานะ และบุตรหลานก็เป็นเด็กเรียนเป็นส่วนมาก หลังจากที่ผู้คนเริ่มรู้ว่าตนใช้ยา แล้วมักจะมองตนด้วยสายตาแปลก ๆ และบอกลูกหลานของเขาว่าไม่ให้มาเขาเยี่ยงอย่างตน ทำให้ตนรู้สึกโกรธ และทำไม่ดีมากขึ้น

**รายละเอียดของการเกิดสภาพปัญหาทางจิตใจ**

ก่อนเสพยาบ้า ตนเป็นเด็กเรียนหนังสือเก่ง สดใส ไม่ค่อยคิดมาก แต่หลังจากเสพยาบ้าแล้วรู้สึกว่าตนเองโหมม ปากดำ เบ้าตาลึก หงุดหงิดง่าย ความจำเสื่อม มักทวาดน้องชายบ่อย ๆ คิดว่าคนใช้ยาบ้าเป็นคนเหี้ยม อยู่แต่ในโลกของตัวเอง มีความสุขไปวัน ๆ ไม่อยู่ในโลกของความจริง เวลาเสพยารู้สึกกลัวมากขึ้น กล้าทำอะไรหลาย ๆ อย่างที่อาจจะอันตรายต่อตัวเองได้ เช่น ใช้มีดตีตัวเอง หยิกตัวเอง แต่ตอนนี้ไม่มีอาการดังกล่าวแล้ว

**ความคาดหวังในอนาคตเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต**

ผู้ป่วยคิดจะกลับไปเรียนหนังสือใหม่ จะพยายามตั้งใจเรียน แต่ก็ยังไม่แน่ใจว่าจะทำได้เท่าไร เนื่องจากคิดว่าตอนนี้เรายังเลิกได้ไม่หมด ใจยังคิดถึง ช่วงเวลาความสุขในขณะเสพยา ซึ่งถ้าหากเจอสภาพปัญหา อาจจะกลับไปนึกถึงมันอีก เพราะว่ายังจำรสชาติได้ดีอยู่อาจจะต้องใช้เวลาในการที่จะพยายามลืมมันให้ได้ และจะพยายามทำความเข้าใจพ่อและแม่ให้มาก ๆ คิดว่าภาพพจน์ของตนเองจะดีขึ้น แต่คงต้องใช้ระยะเวลาานกว่านี้เขาถึงยอมรับ ถ้าเป็นไปได้อยากย้ายไปอยู่สังคมใหม่ที่ไม่มีใครรู้จักพื้นเพเดิมของตนเพื่อที่จะเริ่มชีวิตใหม่



## ผู้ป่วยหมายเลข 6

อายุ 26 ปี

ชนิดยาที่ใช้ : เฮโรอีน ใช้มานานประมาณ 3 ปี

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ชายไทยวัยหนุ่มรูปร่างสันทัด ผิวคล้ำ ผมหยักศก ตัดทรงทรง สีหน้าแววตาครุ่นคิด ท่าทางวิตกกังวล ถามตอบตรงคำถาม ร่างการสะอาดไม่มีบาดแผล

ประวัติครอบครัว

บิดาทำงานที่กรมชลประทาน มารดาเสียชีวิต ตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 1 ปี ผู้ป่วยมีพี่น้องเป็นผู้หญิง 2 คน ผู้ป่วยเป็นคนกลาง หลังจากมารดาเสียชีวิต บิดาได้แต่งงานใหม่ ผู้ป่วยรู้สึกวามารดาใหม่ใจดี รักผู้ป่วยเหมือนลูก รู้สึกรัก น้องคนใหม่ ( ลูกของแม่เลี้ยง ) เหมือนน้องแท้ ๆ ผู้ป่วยคิดว่าครอบครัวของตัวเองอบอุ่น นิสัยของบิดาปกติเป็นคนดี เจ้าวระเบียบ ชอบใช้อำนาจ แกร ๆ ก็ไม่ชอบแต่ตอนหลัง เริ่มรู้สึกว่า "พ่ออยากให้เราได้ดี" มารดาใหม่เป็นคนใจดี ตามใจผู้ป่วยทุกอย่าง ไม่เคยลงโทษแบบรุนแรง ตอนนี้อยู่กับมารดาอยู่คนเดียวไม่ได้แต่งงาน อยู่มาได้ 2 ปี มักทะเลาะกับคู่รักบ่อย ๆ เนื่องจากการเสพยาเสพติด เพราะคู่รักไม่ชอบและต้องการให้เลิก ตนต้องแก้งโกหกเป็นบางครั้งว่าเลิกแล้วเพื่อให้คู่รักสบายใจ

ประวัติกลุ่มเพื่อน

ผู้ป่วยเป็นคนที่คบหาเพื่อนเยอะ หลากหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มที่เล่นการพนัน กลุ่มเสพยาบ้า กลุ่มเสพผงขาว กลุ่มคนทำงานที่ไม่เสพยา แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ดื่มเหล้าและการพนัน ทำให้รู้สึกว่า การเสพยาเสพติดเป็นสิ่งธรรมดาเพราะเห็นเพื่อนใช้อยู่เป็นประจำ แรงจูงใจในการใช้ยาครั้งแรก

เริ่มดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ตั้งแต่อายุ 13 ปี โดยลองทำตามอย่างเพื่อน ๆ ในกลุ่ม พอเข้า 19 ปี เริ่มรู้จักกับเพื่อนที่เสพยาเฮโรอีน ที่ทำไปเพราะนึกสนุกตามเพื่อน ช่วงแรกเริ่มจากการสูบ เสพอยู่ระยะหนึ่ง เพื่อนลองฉีดให้เลยรู้สึกว่ามากกว่าเดิมเลยติดใจการฉีดมากกว่าจึงใช้วิธีการฉีดได้ 1 ปี จึงหยุดเอง เพราะไม่มีเงินซื้อยา เวลาได้เสพแล้วรู้สึกเพลิน สบายใจ ไม่คิดอะไร ไม่กั้มใจ ช่วงอายุ 24 ปี ได้เจอเพื่อนอีก จึงได้ลองอีกเพราะเพื่อนให้ผงฉีดฟรี ฉีดได้ 3 เดือน แล้วลองหยุดเองอีกได้ 1 ปี แล้วจึงมาลองเสพอีกครั้งโดยครั้งนี้ได้ลองเสพยาบ้าร่วมด้วย ที่เสพยาบ้าเพราะช่วงนั้นทำงานอยู่เลยลองใช้เพื่อให้ทำงานได้มากขึ้น

**ความรู้สึกที่มีต่อคนไข้ยาเสพติดของตนเอง**

คิดว่าช่วงที่เสพยาเสพติดมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตมาก ขาดมันไม่ได้เลย แต่พอมาเลิกรู้สึกว่ายยาเสพติดเป็นสิ่งที่ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการดำเนินชีวิต แม้ว่าไม่มีมันก็สามารถดำเนินชีวิตได้ จากประสบการณ์การใช้ยาที่ผ่านมาคิดว่า เฮโรอีนเสพแล้วจะรู้สึกเมาเคลิบเคลิ้ม เพลินดีทำให้ลืมทุกสิ่งทุกอย่าง รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย แต่ยาบ้า เสพแล้วขยัน คิดมาก ฟุ้งซ่าน เครียด นอนไม่หลับ ต้องทำงานตลอดเวลา อยู่นิ่งไม่ได้ ตนเองจึงเลือกที่จะเสพเฮโรอีนมากกว่ายาบ้า ส่วนยาบ้ามันเสพเพื่อให้ทำงานได้มากขึ้น เพราะว่าตนทำงานจริงจัง ต้องใช้แรงงานในการแบกหามของ เพื่อนแนะนำเลยลองใช้แต่ไม่ค่อยชอบเพราะระยะหลังทำงานได้น้อยลงและเครียด คิดว่าการติดยาเสพติดของตัวเอง เป็นสภาพปัญหาที่ตัวเองสร้างขึ้น จากความสนุกสนานชั่วคราวไม่ได้เกี่ยวข้องกับครอบครัวแต่อย่างไร

**ความรู้สึกที่มีต่อชุมชนที่อยู่อาศัย**

บริเวณละแวกบ้านเป็นชุมชนแออัด มีชอกชอยเยอะมาก ส่วนใหญ่คนที่อาศัยเป็นคนใช้แรงงาน รวมทั้งมีกลุ่มเด็กวัยรุ่นเยอะ ในซอยมีการค้าขายยาบ้ากันมาก แต่เฮโรอีนช่วงนี้ไม่ค่อยมีของเลยน้อยลง ทำให้รู้สึกว่าการใช้ยาเสพติด เป็นเรื่องปกติธรรมดาของกลุ่มคนในชุมชน รายละเอียดของการเกิดปัญหาทางจิตใจ

เป็นคนร่าเริง แจ่มใส ชอบเฮฮาสนุกสนาน แต่พอมาเริ่มเสพเฮโรอีนแล้ว รู้สึกว่าพฤติกรรมของตนเองเปลี่ยนไป เป็นคนช่างฝันมากขึ้น เวลาไม่มียากก็จะเครียด มักกังวลบ่อย ๆ ต่อมากลัวว่าคนในสังคมโดยทั่วไปจะไม่ยอมรับ กลัวว่าพ่อจะรู้แล้วเสียใจ กลัวว่าจะไม่มีเงินมาซื้อยาเสพ ต้องลองนั่งคิดหาเงินมาเสพยา ไม่ว่าจะหามาโดยวิธีใดก็ตาม ทำให้กล้าทำในสิ่งที่ไม่ดีต่าง ๆ เช่น โทกก ขโมย หลังจากทำไปแล้วก็กลัวว่าคนอื่นจะรู้ และประณามตำว่า เคยมีความคิดจะทำร้ายตัวเอง เนื่องจากกลัวใจ กลัวครูจะรู้ว่าเสพยา แล้วคิดตีตัวจาก ตอนนั้นคิดว่าชีวิตไม่มีอะไรดีเพราะกลายเป็นคนติดยา แต่หลังจากและมารักษาตัวรู้สึกทุกคนเข้าใจ และให้กำลังใจ จึงเป็นแรงจูงใจให้มาพักรักษาในครั้งนี้

**ความคาดหวังในอนาคตของผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต**

ต้องการจะเลิกยาเสพติดอย่างเด็ดขาด โดยเลิกทุกอย่าง คิดว่าไม่อยากจะกลับไปหามันอีก เพราะจากระยะเวลาที่ผ่านมาไม่มีอะไรดีขึ้นเลย เวลาอยู่กับมันมีแต่เรื่องเสื่อมเสีย และรู้สึกชีวิตตกต่ำ ตลอดระยะเวลาที่เสพยาเสพติด ผู้ป่วยบอกว่า "คิดว่าจะตั้งตัวเริ่มต้นชีวิตใหม่ แฟนจะได้สบายเสียที เพราะว่าเขาลำบากกับผมมาเยอะแล้ว ถ้าเป็นไปได้อยากจะไปอยู่ในที่ใหม่ที่ไม่มีใครเคยรู้ว่าเราเคยเสพยา"

## ผู้ป่วยหมายเลข 7

อายุ 17 ปี

ชนิดยาที่ใช้ : เฮโรอีน ใช้มานานประมาณ 2 ปี

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ชายไทยวัยรุ่น ผิวคล้ำ ผอมร่องทรง รูปร่างค่อนข้างผอม ร่างกายสะอาด แขนทั้งสองข้างมีรอยจุดแผลเป็นเล็ก ๆ กระจายทั่วไปเล็กน้อย สีหน้าเรียบเฉย ถามคำตอบคำ บางครั้งทำทางครุ่นคิด มีสมาธิในการสนทนาดี

ประวัติครอบครัว

บิดาอาชีพรับจ้าง มารดามีอาชีพค้าขาย มีฐานะปานกลาง ปัจจุบันยังคงอยู่ด้วยกัน "คิดว่าพ่อรักแม่ และในครอบครัวรู้สึกอบอุ่นดี บิดามารดาไม่ค่อยจุกจิก มีเรื่องอะไรก็พูดคุยกับท่านได้ ท่านจะรับฟังเหตุผลและให้คำแนะนำ แต่หลังจากที่ตนติดยาเสพติดจะรู้สึกเครียดเมื่อแม่ถามเรื่องการติดยาจึงทำให้โกหกแม่มาตลอดว่าไม่ได้ใช้ยาเสพติด ส่วนกับพ่อไม่ค่อยได้คุยกันมากนัก เพราะว่าพ่อกำลังยุ่งกับงาน จะรู้สึกว่าสนิทกับแม่มากกว่าและไม่อยากทำให้แม่เสียใจ" มารดาไม่เคยมีประวัติเสพยาเสพติด ส่วนบิดากินเหล้าเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยมีน้องชาย 1 คน รู้สึกว่ารักน้องมากและไม่อยากให้น้องติดยาเสพติดอย่างตน

ประวัติกลุ่มเพื่อน

ปัจจุบันผู้ป่วยหยุดเรียนชั่วคราว เนื่องจากมาติดยาเสพติด ปกติแล้วจะมีเพื่อนกลุ่มที่เรียนด้วยกันที่ห้องเรียน ผู้ป่วยบอกว่า "เพื่อน ๆ ที่โรงเรียนชักชวนผมเล่นยา เพราะว่าเขาเห็นผมได้ตั้งค้ไปโรงเรียนวันละ 250 บาท พวกเขาหาตั้งค้ได้น้อยเลยมาชวนหุ่นกันแล้วไปซื้อยามาเสพ เริ่มลองใช้ผมกับเพื่อนตั้งแต่เรียนชั้น ม 3 ลองไปหนเดียวโดยการสูบบุหรี่โรยเฮโรอีนรู้สึกติดใจเลยเล่นมาตลอด คิดว่าเพื่อน ๆ ในกลุ่มนี้นิสัยไม่ค่อยดี มีแต่คนเสพยาทั้งนั้น ไม่ค่อยทำอะไรกันเลย ได้แต่เสพยาไปวัน ๆ ส่วนใหญ่จะเสพยาบ้าและผงกันในโรงเรียน พอเล่นยาแล้วไปดูหนังฟังเพลงบ้าง ไปตีกับคู่อริกันบ้าง นอกจากนี้ยังมีเพื่อนกลุ่มที่ไม่เสพยาเป็นเด็กเรียนแต่ผู้ป่วยไม่ค่อยได้คบหากับเพื่อนกลุ่มนี้มากนัก

แรงจูงใจในการเสพยาเสพติดครั้งแรก

เกิดจากได้เห็นกลุ่มเพื่อน ๆ ที่โรงเรียน ใช้ยากันบ่อย ๆ โดยเฉพาะเวลาเข้าห้องน้ำจะพบกลุ่มใช้ยาเสพติดมั่วกันมาก เป็นกลุ่ม ๆ ช่วงแรกเกิดจากการสูบบุหรี่ด้วยความอยากเห็น รู้สึกสูบลแล้วดูดี พอไปคบเพื่อนกลุ่มนี้เพื่อนเห็นว่าตนมีเงินเลยชวนมาหุ่นซื้อยามาเสพ ตนเห็นเพื่อน ๆ เสพ

แล้วเห็นมีความสุขดีเลยอยากลองดูบ้างว่าเป็นอย่างไร จึงได้ลองเสพผงโดยสูบกัญหรี ลองทีเดียว รู้สึกติดใจมากในรสชาติ และความเมา ระยะเวลาเพื่อนฝึกให้ลองฉีด ซึ่งปรากฏว่าเมากว่าสูบ เลย ตัดใจเล่นมาเรื่อย ๆ ระยะเวลาเริ่มมาเล่นยาบ้าด้วย ส่วนใหญ่ เสพเพื่อให้มีแรงทำรายงานส่ง อาจารย์เท่านั้น เพิ่งเสพมา 3-4 เดือน แต่ตอนนี้หยุดแล้ว

**ความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อการใช้ยาเสพติดของตัวเอง**

ช่วงแรกที่เสพรู้สึกชอบเฮโรอีนมากเนื่องจากติดใจในความเมา ตอนแรกสูบกัญหรี แต่ ช่วงหลังลองฉีดแล้วเมากว่าเลยใช้วิธีฉีดมาตลอด แต่ตอนนี้ตนรู้สึกว่าหลังจากที่ได้คลุกคลีกับ เฮโรอีนมาพอควร ได้เรียนรู้ถึงความเจ็บปวดทรมานจากการขาดยา รวมทั้งความรู้สึกต่อต้านจาก บุคคลรอบข้างทำให้มีความรู้สึกว่าการใช้ยาเสพติดทำให้ชีวิตตกต่ำ จึงคิดอยากจะเลิกให้ได้ **ความรู้สึกรู้สึกต่อชุมชนที่อยู่อาศัย**

บ้านของผู้ป่วยอยู่ใกล้กับตลาด มีแหล่งบันเทิง จำพวกบาร์ และร้านอาหาร ซึ่งในชุมชนมีการใช้เฮโรอีนกันบ้างเป็นบางกลุ่ม แต่ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ไปพบปะกับกลุ่มนั้นเท่าใดนัก ผู้ป่วยได้รู้ จากเพื่อนว่า มีการขายยาที่แหล่งใดบ้างในชุมชนแต่ไม่ขอเปิดเผย ชาวบ้านส่วนใหญ่ ยังมีท่าทาง ระวังภัยพวกที่ติดยา ทำให้ตนรู้สึกว่าไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าตนเองติดยาเสพติด เพราะกลัวจะถูก ระวังภัยไปด้วย

**รายละเอียดของการเกิดสภาพปัญหาทางจิตใจ**

ก่อนเสพยาเสพติด เป็นคนร่าเริง เรียนปานกลาง ชอบเฮฮาสนุกสนาน ไม่คิดมาก แต่พอ เล่นยาแล้วทำให้เกรดตกจาก 2.4 เหลือ 1.0 ทำให้กังวลมาก กลัวพ่อแม่เสียใจ รู้สึกว่าสุขภาพตัวเองอ่อนแอลงด้วย ตอนเช้าจะตื่นสายบ่อย ชี้แจงมากขึ้น และจะรู้สึกเครียดมากเวลาขาดยา จะ ต้องคิดซ้ำ ๆ อยู่บ่อย ๆ ว่าจะต้องหาเงิน หรือหาผงมาด้วยวิธีใด เพื่อให้ได้ผงมาเสพ ผู้ป่วยบอกว่า “น้ำดูแล้วจะไม่ค่อยมีอาการอะไร แต่จะขยันทำงาน พอหมดฤทธิ์แล้วก็สบายดี แต่ผงต้องเล่น ทุกวัน ถ้าไม่เล่นจะเครียดมากและปวดกระตุก ปวดข้อบ่อย ๆ”

**ความคาดหวังในอนาคตของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต**

ตอนนี้คิดว่าอยากจะเลิกเสพยาเสพติด ทั้งผงขาวและยาบ้า เพราะรู้สึกว่ามันไม่มีความจำเป็นต่อตัวเราเลย ถ้าได้กลับไปเรียนต่อจะตั้งใจเรียน ถ้ามีเพื่อนที่ติดยามาชวนเข้ากลุ่มจะพยายาม เลี่ยงและปฏิเสธการไปลิ้มลองอีก คิดว่าถ้ามีเพื่อนที่ดีคอยเตือนสติ ตนเองน่าจะเลิกได้สำเร็จมากขึ้น อนาคตอยากจะเรียนต่อด้านวิจิตรศิลป์ และนางานทำ คิดว่าชีวิตน่าจะมีความสุขมากขึ้นและ บิดามารดาคงมีความสุขมากด้วย

## ผู้ป่วยหมายเลข 8

อายุ 24 ปี

ชนิดยาที่ใช้ : เฮโรอีน ใช้มานานประมาณ 3 ปี

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ชายไทยวัยหนุ่ม รูปร่างสูงโปร่ง ค่อนข้างผอม ผิวคล้ำ ผอมทรง สีน้ําเรียบเฉย สนใจ สนทนาเป็นอย่างดี ได้ตอบได้ตรงคำถาม บางครั้งก้มหน้าในขณะที่ตอบคำถาม พูดคุยด้วยภาษา ภาคิได้ บริเวณท้องแขนทั้งสองข้างมีรอยแผลเป็นจุดเล็ก ๆ สีคล้ำ ประปราย

ประวัติครอบครัว

บิดามารดามีอาชีพ ค้าขาย ฐานะปานกลาง ตอนผู้ป่วยยังเล็ก ๆ บิดามารดาทะเลาะกัน บ่อย แต่ระยะหลังเข้าใจกันมากขึ้น ไม่ค่อยทะเลาะเหมือนเมื่อก่อน ตอนนีّบิดากับมารดายังใช้ชีวิต ร่วมกัน ผู้ป่วยมีพี่น้อง 3 คน ผู้หญิง 2 คน ผู้ชาย 1 คน ผู้ป่วยเป็นลูกคนกลาง บิดามารดาให้ความ รักและคอยชี้แนะ เมื่อทำผิดมีการลงโทษบ้างแต่ไม่รุนแรง ตัวผู้ป่วยเองรู้สึกสนิทกับบิดาและ มารดา ปกติแล้วไม่ค่อยคิดเรื่องปัญหาของบิดามารดานัก แต่รู้สึกกลัวว่าบิดามารดาจะเสียใจใน สิ่งที่ตนกระทำเป็นบางครั้ง

ประวัติกลุ่มเพื่อน

หลังจากจบชั้นมัธยมศึกษาได้ย้ายมาทำงานที่กรุงเทพฯกับน้าชาย มีกลุ่มเพื่อนเป็นคนงาน ที่ทำงาน ละยังไม่ได้เสพยาเสพติด เพื่อน ๆ ชักชวนเที่ยวกลางคืน และดื่มเหล้าเป็นบางครั้ง ทำงานได้สักพักรู้สึกเบื่อจึงลา น้าชายกลับบ้าน ไปปลูกผัก ได้คบกับกลุ่มเพื่อนที่ทำไร่ ทำสวน และ บางคนก็ไม่มืองานทำ แต่ได้คบกันเป็นเพื่อน เพื่อน ๆ กลุ่มนี้มักเสพยาเฮโรอีนและกัญชา เพื่อน ๆ ได้ ชวนให้มาลองเสพบ่อย ๆ ซึ่งตนจะติดเพื่อนและมักจะไปพักอาศัยอยู่กับกลุ่มเพื่อนบ่อย จนกระทั่ง บิดาได้ตักเตือนให้กลับบ้านบ้าง เพื่อนกลุ่มนี้เองที่ได้แนะนำให้ตนใช้เฮโรอีน

แรงจูงใจในการเสพยาครั้งแรก

จากการที่ได้คลุกคลีกับเพื่อน ๆ ที่ใช้กัญชา และเฮโรอีน บ่อย ๆ ทำให้รู้สึกว่ายาเสพติดไม่ น่ากลัว เห็นพวกเพื่อนใช้แล้วท่าทางมีความสุขดี เลยอยากลองเล่นดูบ้างประกอบกับที่เพื่อนชัก ชวนและจัดหาเฮโรอีนมาให้ลองเลยได้โอกาสในการทดลองเฮโรอีนโดยการฉีดเป็นครั้งแรก รู้สึกว่า เมาดีและชอบจึงเล่นมาเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่จะเสพกับเพื่อน ๆ บางครั้งใช้เข้มร่วมกับเพื่อน ผู้ป่วย บอกว่า “ผมไม่กลัวโรคเอดส์หรือก เพราะผมมั่วเข้มอย่างเดียว ไม่มั่วผู้หญิง ซึ่งการใช้เข้มร่วมกับ เพื่อน ๆ นั้น ผมจะใช้ร่วมกับเพื่อนที่ไม่มั่วผู้หญิง ทำให้เราไว้ใจเขามาก จึงกล้าใช้เข้มร่วมกัน”



### ความรู้สึกที่มีต่อการใช้ยาเสพติดของตัวเอง

คิดว่ายาเสพติดไม่ได้มีความจำเป็นสำหรับชีวิต แต่เราอยากไปเล่นมันเอง เมื่อใช้ไปแล้วก็มีความจำเป็นที่จะต้องใช้อย่างต่อเนื่อง เพราะถ้าหยุดจะเสียนยาและรู้สึกทรมานมาก ผู้ป่วยบอกว่า “คนที่เสพยาโรฮีนมักจะเป็นคนที่ชอบเมา เพราะเวลาได้เล่นแล้วจะอารมณ์ดีเหมือนได้ขึ้นสวรรค์” ตนก็เป็นคนหนึ่งที่ชอบเมา จึงได้รลองเล่นดู คิดว่าผงขาวน่าจะดีกว่ายาบ้า เพราะผงเสพแล้วเคลิ้มสบาย แต่ยาบ้าเสพแล้วจะรู้สึกเหนื่อยล้า ตนจึงรู้สึกชอบผงมากกว่า แต่ตอนนี้อาจจะเลิก เพราะต้องการให้พ่อแม่สบายใจ จึงยินยอมมารักษาตัวที่โรงพยาบาล เพราะเคยหยุดเองหลายครั้งแต่ไม่เป็นผล

### ความรู้สึกต่อชุมชนที่อยู่อาศัย

บ้านผู้ป่วยตั้งอยู่แถบชานเมือง ในเขตจังหวัดภาคใต้ ผู้ป่วยบอกว่าละแวกบ้านขายเฮโรฮีนมากเหมือนกันแต่ว่ามีราคาแพง เพื่อน ๆ ช้างบ้านเสพยาเสพติดกันค่อนข้างเยอะ เลยคิดว่าตนเองก็เหมือนกับคนอื่น ๆ แถวบ้านจึงไม่ค่อยเครียดกับเรื่องการเสพยาเสพติดมากนัก รายละเอียดของการเกิดสภาพปัญหาทางจิตใจ

ก่อนใช้เฮโรฮีน ตนเป็นคนสนุกสนาน เฮฮา ชอบคบเพื่อนและอยู่กับเพื่อน ไม่ค่อยเครียด พอมาเสพยาแล้ว รู้สึกว่าตอนเสพยาเหมือนได้ขึ้นสวรรค์ แต่พอไม่ได้เสพจะปวดศีรษะ ปวดข้อ ปวดเมื่อยตามตัว บางครั้งเซื่องซึม เครียด คิดว่าเกิดจากอาการขาดยา แต่ตอนนี้รู้สึกดีขึ้น ไม่ค่อยเครียดเพราะ เริ่มเลิกได้แล้ว

### ความคาดหวังในอนาคตของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

ตอนนี้ไม่ได้ตั้งความหวังอะไร คิดแต่ว่าขอให้ใช้ชีวิตไปวัน ๆ เคยคาดหวังว่าอยากจะมีฐานะที่ดี มีครอบครัวที่อบอุ่น คิดว่าถ้าเลิกยาเสพติดได้ ตนคงมีชีวิตที่ขึ้น มีผู้คนยอมรับตนมากขึ้น แต่ก็ยังไม่มั่นใจมากเท่าไรนักว่าจะเลิกได้ มากน้อยแค่ไหน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ผู้ป่วยหมายเลข 9

อายุ 25 ปี

ชนิดยาที่ใช้ : เฮโรอีน ใช้มานานประมาณ 7 ปี

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างค่อนข้างท้วม ผิวขาว ผอมยาว บริเวณแขนทั้งสองข้างมีรอยแผลสีคล้ำ ๆ ประปราย

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยเป็นบุตรสาวคนเดียว ตอนเล็ก ๆ บิดามารดายังใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน บิดามักทะเลาะกับมารดาอย่างรุนแรง เกือบทุกวัน ตนรู้สึกเครียด และไม่มีความสุข เมื่ออายุได้ 17 ปี บิดาและมารดาแยกทางกัน บิดาไปมีครอบครัวใหม่ และไม่เคยกลับมาหาอีกเลย ตนได้อาศัยกับ ตา และมารดา ซึ่งอีกไม่นาน มารดาก็มีสามีใหม่ และมีบุตรสาวด้วยกันอีก 1 คน มารดาไม่ค่อยสนใจตนมากนัก ปกติแล้วตนจะรู้สึกรักบิดามากกว่ามารดา เพราะมารดาไม่ค่อยมีเวลาดูแลเอาใจใส่ เนื่องจากมัวแต่เล่นการพนัน เมื่อบิดาจากไปจึงรู้สึกอ้างว้าง มีแต่ตาเท่านั้นที่คอยเลี้ยงดู และให้กำลังใจ ซึ่งตนเองรู้สึกรักตามาก คิดว่าตาเข้าใจตนทุกอย่าง รู้สึกน้อยใจที่ไม่มีพ่อแม่ครบเหมือนครอบครัวอื่น ๆ ตอนนี้ตาแก่มากแล้ว ตนจึงต้องหาเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว รู้สึกเหนื่อยมากกับการรับภาระนี้ บางครั้งเงินขาดมือ ต้องขายตัวเพื่อหาเงินมาให้ครอบครัวใช้จ่าย

ประวัติกลุ่มเพื่อน

ตนทำงานรับจ้างที่โรงงาน และมีเพื่อน ๆ ที่เป็นกลุ่มผู้หญิงเยอะ เพื่อน ๆ มักจะชวนไปเที่ยวกลางคืนบ่อย ๆ ซึ่งตนก็ชอบไปเที่ยวรวมกับเพื่อน ๆ เพื่อให้ลืมความทุกข์ในครอบครัว เพื่อน ๆ ที่คบหาอยู่ บางคนก็เสพยาบ้า บางคนเสพยาขาว เพื่อนกลุ่มนั้น พยายามชักชวนให้ตน ลองใช้ยาเสพติดเหล่านี้บ่อย ๆ แต่ตนเองก็ไม่ได้รู้สึกเครียดแค้นเพื่อนกลุ่มนี้ที่ได้ชักนำให้ตนมาติดยาเสพติด เพราะคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่าง อยู่ที่ตัวเราเองมากกว่า ถ้าตนไม่ยอมทำแม้เพื่อนจะชักชวนก็ไม่มีผล

แรงจูงใจในการใช้ยาครั้งแรก

หลังจากบิดามารดาแยกทางกัน ตนรู้สึกว่าอ้างว้างและน้อยใจ ประกอบกับได้พบกลุ่มเพื่อนจึงได้ออกเที่ยวกับเพื่อนบ่อย ๆ รู้สึกเชื่อใจและไว้ใจเพื่อน เพื่อนเคยชวนลอง แต่ตนไม่กล้าลอง คิดว่าจะดีหรือที่จะลองยาเสพติด จนกระทั่งเพื่อนให้ลองสูบบุหรี่ยัดใส่เฮโรอีน ตนสูบบุหรี่ขม เวียนหัว และไม่คิดเรื่องใด ๆ มารู้ทีหลังก็รู้ว่าติดยาเสียแล้ว พอเฮโรอีนขาดก็หันมาสูบบุหรี่

แทน และเริ่มเป็นคนปล่อยขายยาแทนด้วย เพื่อให้ได้เปอร์เซ็นต์ จะได้ยามาใช้ฟรี และมีรายได้ไว้ใช้จ่ายเองบ้าง เมื่ออายุ 20 ปี ถูกจับในข้อหาจำหน่ายยาเสพติดในครอบครอง ถูกจำคุก 6 ปี ช่วงนี้จึงหยุดการใช้ยาเสพติด ขณะอยู่ในคุกได้รู้จักกับเพื่อนคนหนึ่ง เป็นทอมบอย เขาจะเข้ามาดูแลให้กำลังใจ เพราะเขาก็มีปัญหาคล้าย ๆ กันเลยรู้สึกเห็นใจกัน คบกันเป็นแฟน ตอนนีเขาก็ใกล้จะพ้นโทษแล้ว คิดว่าเขาคงเลิกยาได้เหมือนกัน

**ความรู้สึกของการใช้ยาเสพติดของตนเอง**

รู้สึกว่า การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งไม่ดี แต่หลังจากการทดลองแล้วมันทำให้ลืมทุกข์ไปชั่วขณะ แต่ปกติชอบใช้เฮโรอีนมากกว่ายาบ้า เพราะเฮโรอีนดูดแล้วเพลินดี เม้า ไม่คิดอะไรหลับได้ทั้งวัน แต่ยาบ้าไม่เพลิน คอยแต่หางานทำตลอดคุมตัวเองไม่ได้ แต่ตอนนี้ รู้สึกเฉยแล้ว ไม่อยากไปเจอมันอีกคิดว่ามันไม่ได้มีความจำเป็นต่อตัวเราอีกแล้ว

**ความรู้สึกต่อชุมชนที่อยู่อาศัย**

บริเวณบ้านตั้งอยู่ในชุมชนชานเมือง ส่วนใหญ่ชาวบ้านเป็นชาวนอน ไม่ค่อยทราบว่ามีการใช้แรงงานมากนัก เพื่อนบ้านนิสัยดีและคอยให้ความช่วยเหลือด้วยดีมาตลอด ไม่เคยมีปากเสียงกับเพื่อนบ้าน เพื่อนบ้านรู้ว่าติดยา ก็ไม่รังเกียจ แต่คอยให้กำลังใจในการเลิกยาเสพติดด้วยรายละเอียดของการเกิดปัญหาทางจิตใจ

ปกติเป็นคนขี้บ่นขี้ใจ และคิดว่าตนเองมีปมด้อยเจอแต่เรื่องร้าย ๆ อยู่ตลอด เนื่องจากพ่อแม่ไม่สนใจ เวลาใครพูดเรื่องพ่อแม่จะยิ่งรู้สึกน้อยใจมากขึ้นที่เราไม่ครอบครัวไม่เหมือนเขา ผู้ป่วยมักร้องไห้คนเดียวบ่อย ๆ ผู้ป่วยบอกว่า “เกิดจากความน้อยใจและเสียใจ แม้ว่าจะรู้สึกเศร้าแต่ก็ไม่เคยคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง ตอนนีรู้สึกสบายใจขึ้น และคิดว่าที่เคยรู้สึกอย่างนั้นเป็นเพราะจิตของเราคิดไปเอง”

**ความคาดหวังในอนาคตของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต**

ผู้ป่วยบอกว่า “อยากจะทำอะไรก็ได้โดยเด็ดขาด เพราะอยากจะทำอะไรก็ได้ ๆ กับพ่อแม่บ้าง แม้ว่าเขาจะไม่ค่อยเป็นห่วงเรามากนัก คิดว่าหลังจากรักษาตัวหายแล้ว จะรับหางานทำให้เร็วที่สุด อยากจะมีชีวิตที่เป็นปกติสุข มีครอบครัวที่อบอุ่น และอยากเลี้ยงดูตาให้มีความสุขมากที่สุด”



## ผู้ป่วยหมายเลข 10

อายุ 23 ปี

ชนิดยาที่ใช้ : เฮโรอีน ใช้มานานประมาณ 4 ปี

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างผอมสูง ผิวขาว ผมหักตกร เล็กน้อย ผอมยาวเคลือบไหล่ สีหน้าค่อนข้างซีดโรยเล็กน้อย ร่างกายสะอาดไม่มีบาดแผล ตอบตรงคำถาม

ประวัติครอบครัว

ผู้ป่วยมีพี่น้อง 3 คน ผู้หญิง 2 คน ผู้ชาย 1 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 3 ที่บ้านนับถือศาสนาอิสลาม ปกติบิดาชอบดื่มสุราบ่อย ๆ แต่ที่บ้านเป็นครอบครัวใหญ่ มีญาติ ๆ ฝ่ายแม่อยู่เยอะ แม่จึงบอกให้พ่อเลิกการดื่มเหล้า เพราะญาติไม่ชอบ บิดาจึงไปดื่มเหล้านอกบ้าน ช่วงหลังบิดามีภรรยาใหม่และมาขอหย่ากับมารดาแต่มารดาไม่ยอมหย่า เพียงแค่แยกทางกัน ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจมาก เพราะตนเองรู้สึกรักพ่อและติดพ่อมาก ผู้ป่วยอยู่กับมารดาและญาติ ๆ รู้สึกสงสารแม่มากที่ต้องรับภาระเลี้ยงดูลูก ๆ อยู่คนเดียว เลยสนิทกับแม่มากขึ้น พี่ชายของผู้ป่วยก็เคยมีประวัติเสพเฮโรอีนแต่เลิกได้แล้ว และคอยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยมาเลิกเฮโรอีน

ประวัติกลุ่มเพื่อน

มีเพื่อนที่เคยเรียนมาด้วยกัน และเพื่อนที่อยู่ข้างบ้าน แบ่งได้ 2 กลุ่มคือ กลุ่มเที่ยวกลางคืน กลุ่มนี้จะเที่ยวผับ ดิสโก้เทค มีการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ส่วนเพื่อนกลุ่มที่สอง คือกลุ่มที่เล่นยาบ้าและเฮโรอีน ส่วนใหญ่จะคบเพื่อนที่ชอบเที่ยวมากกว่าแต่ไม่ได้รู้สึกกลัวการใช้ยาเสพติด เพราะเห็นเพื่อนใช้แล้วก็ปกติดี ตอนนี้มีแฟนแล้ว ก็เป็นเพื่อนกลุ่มที่ร่วมเสพยามาก่อนคบกันเข้าใจกัน เพราะว่าคนที่เสพยาเสพติดจะเข้าใจคนที่เสพยาเสพติดด้วยกันมากกว่า จึงกลายเป็นเพื่อนมาเป็นแฟน ตอนนี้อยากให้แฟนเลิกยาเสพติดด้วย

แรงจูงใจในการใช้ยาเสพติดครั้งแรก

ตอนแรกคิดว่าตัวเองเป็นคนจิตใจเข้มแข็ง แคล่องไม่น่าจะติด แต่จากความอยากลองและแรงยุจากเพื่อนเลยลองฉีดเสพติดครั้งแรก ต่อมาเพื่อนเลยหัดให้สูบเฮโรอีนด้วย รู้สึกว่าชอบเฮโรอีนมากกว่า เพราะว่าเมานิ่มกว่า และไม่หนักหัวเลยใช้มาเป็นช่วง ๆ บางช่วงไม่มีเงิน ซื้อมาเลยต้องหยุดเสพยาเอง รู้สึกทรมานมากเลยลองยาเสพติดอย่างอื่นด้วย เช่น ยาเค ยาอี ยาบ้าด้วย ในช่วงที่ไปเที่ยวกับเพื่อน แต่ไม่ติดยาเหล่านั้น ส่วนใหญ่จะใช้ในช่วงที่หาเงินไม่ได้มากกว่า

### ความรู้สึกต่อการใช้จ่ายยาเสพติดของตนเอง

คิดว่ายาเสพติดไม่ได้มีความจำเป็นต่อชีวิต แต่ที่เข้าไปเนื่องจากความคึกคะนอง ไม่ใช่จากปัญหาครอบครัว รู้สึกสงสารตัวเองเหมือนกันที่ต้องเสียเงินไปในการเสพยา คิดว่าคนที่ติดเฮโรอีน เป็นคนที่ชอบเมา เพราะเสพแล้วรู้สึกเมาน้ำมึน เบาสบาย คิดอยากจะทำอะไรก็ได้ เสพโดยวิธีสูบเท่านั้น ไม่กล้าฉีดเพราะกลัวเข็มและกลัวช็อค ส่วนใหญ่เพื่อนจะฉีดเกือบทุกคนแต่ตนเองไม่กล้า ตอนนี้รู้สึกเสียใจที่ตัวเองกลายเป็นคนติดยาเสพติด กลัวว่าคนจะดูถูกและรังเกียจ จึงคิดอยากจะทำเล็กลงและเริ่มชีวิตใหม่

### ความรู้สึกต่อชุมชนที่อยู่อาศัย

บริเวณบ้านเป็นชุมชนอิสลาม เป็นหมู่บ้านที่ไม่ค่อยมีการใช้จ่ายยาเสพติดมากนัก มักพบในบางกลุ่มแต่ส่วนใหญ่เขาจะแอบเสพกัน เนื่องจากชาวบ้านจะแสดงท่าทางรังเกียจคนที่ติดยา ซึ่งตนก็กังวลว่า คนจะรังเกียจและไม่ยอมรับถ้ารู้ว่าตนติดยาเสพติด

### รายละเอียดของการเกิดสภาพปัญหาทางจิตใจ

ก่อนใช้จ่ายยาเสพติด รู้สึกว่าเครียดเหมือนกันแต่ไม่ค่อยมาก ปกติเป็นคนขี้กังวลใจและวิตกกังวลกลัวว่าทำอะไรแล้วสังคมหรือคนรอบข้างไม่ยอมรับ แต่หลังจากได้ใช้จ่ายยาเสพติดแล้วรู้สึกกล้ามากขึ้นในช่วงแรก แต่ระยะหลังเครียดมากขึ้นทั้งยังรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าทำสิ่งที่สังคมรังเกียจร่วมกับมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ได้ยินเสียงเหมือนคนเดินเป็นบางครั้งในเวลากลางคืน หลังจากเสพยาเฮโรอีนช่วงนั้นเคยคิดอยากตายเนื่องจากการที่ตนมีสภาพน่ารังเกียจของสังคมแต่ก็ไม่ทำร้ายตนเอง เพราะคิดว่าจะทนจนถึงที่สุด และตอนนี้คิดจะเลิกยาเสพติดให้ได้จริง ๆ

### ความคาดหวังในอนาคตของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

หลังจากเลิกยาเสพติดได้แล้ว แม่จะให้ไปพักผ่อนที่ต่างจังหวัด เมื่อรู้สึกว่าจิตใจและร่างกายพร้อมก็จะกลับมาทำงานที่บ้านอีกครั้ง ผู้ป่วยบอกว่า "ตอนนี้ยังไม่คิดที่จะมีครอบครัว ต้องดูใจแฟนไปก่อน ขอให้เขาเลิกยาเสพติดให้ได้ ก่อนที่จะแต่งงานกัน เพราะไม่อยากให้เป็นครอบครัวที่มีปัญหา แต่ตนก็ยังไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้เด็ดขาดหรือไม่ แต่คาดหวังว่า ถ้าได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว และสังคมรอบข้าง คอยช่วยเหลือสนับสนุน คาดว่าจะเลิกได้แน่นอน"

## ประวัติผู้วิจัย

นาย ก. สิ้นศักดิ์ สุวรรณโชติ เกิด วันที่ 11 ตุลาคม 2511 ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลศรีวิบูลญา ในปีการศึกษา 2532 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่อเนื่อง 2 ปี (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ในปีการศึกษา 2538 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ 4 ปี จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ในปีการศึกษา 2540 หลังจากนั้นได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2540 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ ระดับ4 ฝ่ายการพยาบาล ที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

