

ปัจจัยทางจิต-สังคมของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาของผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยา



นาง สุชาดา หุณฑสาร

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

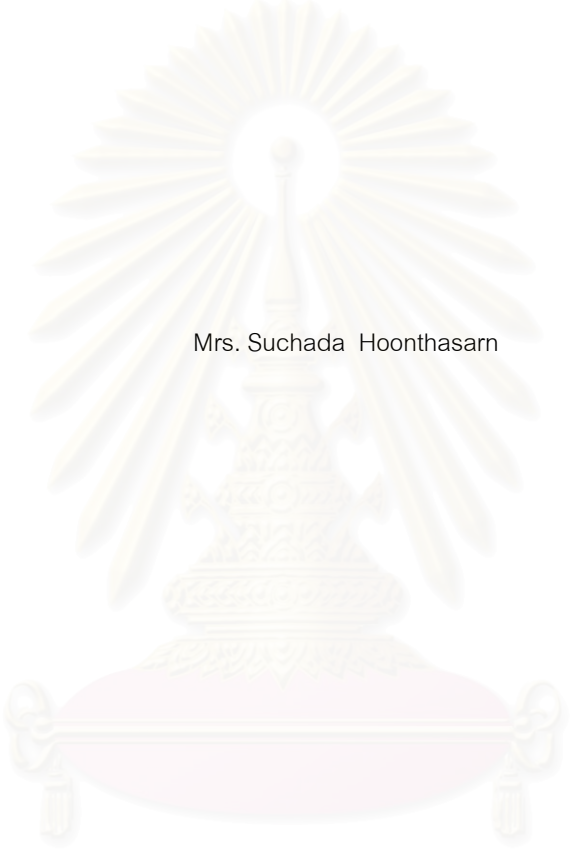
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1563-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PSYCHOSOCIAL FACTORS IN AMPHETAMINE RELATED PSYCHOSIS OF INPATIENT IN SOMDET  
CHAOPRAYA HOSPITAL



Mrs. Suchada Hoonthasarn

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-1563-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทางจิต-สังคมของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

โดย

นางสุชาดา หุณฑสาร

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ นายแพทย์สุเชษฐา ตั้งวงษ์ไชย)

สุชาติดา หนูณฑสาร : ปัจจัยทางจิต-สังคมของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า ของผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา (PSYCHOSOCIAL FACTORS IN AMPHETAMINE  
RELATED PSYCHOSIS OF INPATIENTS IN SOMDET CHAOPRAYA HOSPITAL)

อ.ที่ปรึกษา:ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ : 119 หน้า.ISBN 974-17-1563-3

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา  
ปัจจัยทางจิต-สังคมที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยในที่มาับการรักษา ณ โรงพยาบาลสมเด็จ-  
เจ้าพระยาโดยศึกษาจากตัวอย่างทั้งหมด 290 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เมื่อ BPRS < 30  
คะแนน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินอาการโรค แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วน  
บุคคลและลักษณะการเสพยาเสพติดและแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทางจิต-สังคม สถิติที่ใช้ประกอบด้วย  
ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าฐานนิยม, ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด และเปรียบเทียบความ  
แตกต่างโดย Chi – square test, Fisher's exact test และ Unpaired t-test ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูล  
ทั้งหมดใช้โปรแกรม SPSS PC+

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าจำนวน 290 คน เป็นเพศชาย  
202 คนและเพศหญิง 88 คน ผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้าเมื่ออายุเฉลี่ย  $20.02 \pm 6.51$  ปี (อายุต่ำสุด คือ 10 ปี,  
อายุสูงสุดคือ 46 ปี) ผู้ป่วยเพศชายเริ่มเสพยาบ้าเมื่ออายุเฉลี่ย  $20.61 \pm 7.21$  ปี เพศหญิงเริ่มเสพยาบ้า  
เมื่ออายุ  $18.68 \pm 4.28$  ปี ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.05$  ผู้ป่วยเพศ  
ชายเสพยาบ้ามานานเฉลี่ย  $5.46 \pm 3.42$  ปี ผู้ป่วยเพศหญิงเสพยาบ้ามานานเฉลี่ย  $4.38 \pm 2.31$  ปี  
ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  อาการที่พบว่ามีระดับรุนแรงจาก  
การใช้แบบประเมิน BPRS พบว่ามี auditory hallucination ( ร้อยละ 95.2 ) และ conceptual  
disorganization ( ร้อยละ 88.6 ) หลังจากได้รับการรักษาผู้ป่วย ร้อยละ 75.17 อาการทุเลาใน  
สัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสพยาบ้าด้วยวิธีสูดควัน (ร้อยละ 96.2) เหตุผลในการเสพยาบ้าของ  
ผู้ป่วยส่วนใหญ่คืออยากลอง (ร้อยละ 57.2) ในผู้ป่วยร้อยละ 74.8 ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็น  
แบบทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยร้อยละ 44.5 ได้รับการเลี้ยงดูแบบรักทะนุถนอมและตามใจ  
ร้อยละ 29 มีญาติป่วยเป็นโรคจิตและร้อยละ 83 มีเพื่อนสนิทเสพยาบ้า การเปรียบเทียบความ  
สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิต-สังคมของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงพบว่าปัจจัย  
ต่างๆ นั้นไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2545	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา (ร่วม).....

## 437537 4530 MAJOR:MENTAL HEATH

KEY WORDS : PSYCHOSOCIAL FACTORS / AMPHETAMINE RELATED PSYCHOSIS/  
INPATIENT

SUCHADA HOONTHASARN : PSYCHOSOCIAL FACTORS IN  
AMPHETAMINE RELATED PSYCHOSIS OF INPATIENTS IN  
SOMDET CHAOPRAYA HOSPITAL. THESIS ADVISOR : PROF.  
UMAPORN TRANGKASOMBAT MD. 119 pp. ISBN : 974-17-1563-3

The purpose of this study was to explore psychosocial factors of patients with amphetamine related psychosis. The study was cross sectional descriptive study. Subjects included 290 patients who were admitted at Somdet Chaopraya Hospital. The instruments consisted of Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and the psychosocial interview form. 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. Data were analyzed with SPSS program.

There were 290 subjects in this study, 202 were male and 88 were female. Subjects started to use amphetamine at the average age of  $20.02 \pm 6.15$  years; range = 10 - 45 years. In male subjects the age at the start of amphetamine use was  $20.61 \pm 7.21$  years. In female subjects it was  $18.68 \pm 4.28$  years. The difference had statistical significance ( $p < 0.05$ ). Male subjects used amphetamine longer than female subjects ( $5.46 \pm 3.42$  years and  $4.38 \pm 2.31$  years respectively,  $p < 0.05$ ). With BPRS assessment symptoms with highest severity were auditory hallucination (95.2 %) and conceptual disorganization (88.6 %). After treatment 76.17% of the subjects improved in the first week. The most frequent method of amphetamine use was inhalation(96.2%). The most frequent reason for substance use was experimental (57.2 %). Family relationship was characterized by moderate degree of conflicts in 74.8 %. Child rearing pattern was overindulgence in 44.5 %. Twenty percent of the subjects had relatives who were psychotic. Eighty three percent had friends who abused amphetamine. There were no significant difference between the psychosocial factors of male and female subjects.

Department	Psychiatry	Student's Signature.....
Field of Study	Mental health	Advisor's Signature.....
Academic year	2002	Co-advisor's Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ โดยตลอดมา ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์นายแพทย์สุขเจริณ ตั้งวงษ์ไชย ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ทั้งยังกรุณาให้คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ช่วยที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบพระคุณญาติผู้ช่วยที่เห็นความสำคัญและอนุญาตให้ผู้ช่วยเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชัชฎุทธิ์ กฤษณะ อาจารย์จิราภรณ์ จันทร์จร คุณวสันต์ ปัญญาแดง คุณ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ คุณก้องเพชร กุลสุจริต และคุณศรีสกุล ชมสวัสดิ์ ที่ให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา ขอขอบพระคุณครอบครัวคุณทาสาร ซึ่งให้การสนับสนุนด้านการเงิน และให้กำลังใจเสมอมา รวมทั้งขอขอบพระคุณ เพื่อนนิสิตปริญญาโท สุขภาพจิต ภาคนอกเวลาราชการ รุ่นที่ 1 และเพื่อนร่วมงาน ทุกคนที่ให้กำลังใจ และความช่วยเหลือตลอดมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ  
สุชาดา หุณทสาร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
<b>บทที่</b>	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
ขอบเขตการวิจัย .....	6
คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย .....	8
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า.....	10
โรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า.....	17
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด .....	18
แนวคิดเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด .....	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาบ้าในประเทศไทย .....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาบ้าในต่างประเทศ .....	31



## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย ..... 34
	รูปแบบการวิจัย ..... 34
	ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ..... 34
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ..... 35
	การเก็บรวบรวมข้อมูล ..... 36
	การวิเคราะห์ข้อมูล ..... 37
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ..... 38
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ..... 39
	ส่วนที่ 2 ข้อมูล เกี่ยวกับสภาพทางจิต-สังคม ..... 57
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ..... 84
	สรุปผลการวิจัย ..... 84
	อภิปรายผลการวิจัย ..... 87
	ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย ..... 96
	ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ..... 96
	รายการอ้างอิง ..... 98
	ภาคผนวก ..... 105
	ภาคผนวก ก. แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ..... 106
	ภาคผนวก ข. แบบสัมภาษณ์สภาพทางจิต-สังคม ..... 109
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 110



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงสถิติผลการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศ พ.ศ.2539-พ.ศ.2543 ...	3
2 แสดงจำนวนผู้เข้ารับการรักษาผู้ติดยาที่ไชยาบ้ำเป็นยาเสพติดหลัก	3
3 แสดงค่าร้อยละของตัวอย่างและผลประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับยาบ้ำเมื่อจำแนกตามลักษณะของการเกี่ยวข้อง .....	4
4 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย .....	39
5 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนน BPRS เมื่อรับใหม่ .....	42
6 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลอาการ โรคจิตของผู้ป่วยจากแบบประเมิน BPRS .....	43
7 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคะแนน BPRS .....	44
8 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการทำงานและสภาพเศรษฐกิจ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา .....	49
9 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการเสพยาบ้ำ .....	52
10 แสดงค่าเฉลี่ยของความถี่และปริมาณในการเสพยาบ้ำของผู้ป่วย .....	52
11 แสดงจำนวนและร้อยละของการเสพยาเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วยของผู้ป่วย ...	53
12 แสดงจำนวนและร้อยละของชนิดยาเสพติดที่เคยเสพหรือเสพร่วมกับ การเสพยาบ้ำ .....	53
13 แสดงจำนวนและร้อยละของการสภาพการเสพยาเสพติดในลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วย .....	54
๑ 14 แสดงค่าเฉลี่ยช่วงอายุที่เสพยาบ้ำครั้งแรก , ระยะเวลาในการเสพยาบ้ำ .....	56
15 แสดงค่าเฉลี่ยของอายุและรายได้ของบิดา มารดาของผู้ป่วย .....	57
16 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับลักษณะอาชีพของบิดาและมารดาของ ผู้ป่วย .....	57
17 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของบิดาและมารดา ผู้ป่วย .....	58
18 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดา ของผู้ป่วย .....	60
19 แสดงจำนวนพี่น้องในครอบครัวของผู้ป่วย .....	60

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
20	แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการเสพยาเสพติดของบิดามารดาและ พี่น้อง ของผู้ป่วย ..... 61
21	แสดงจำนวนและร้อยละของชนิดยาเสพติดซึ่งบิดามารดาและ ของผู้ป่วย ..... 62
22	แสดงจำนวนและร้อยละของรูปแบบการเลี้ยงดู ..... 63
23	แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติโรคจิต-ประสาทในกลุ่มญาติพี่น้อง ..... 64
24	แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้สึกรู้สึกของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อ พฤติกรรมกรรมการเสพยาบ้าของผู้ป่วย ..... 65
25	แสดงจำนวนครั้ง , Minimum , Maximum , Mean และ S.D. ของประวัติ การแต่งงานของผู้ป่วย ..... 65
26	แสดงจำนวนร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ของกลุ่มสมรส ..... 66
27	แสดงจำนวนร้อยละของรายละเอียดของผู้ป่วยที่ยังเป็นโรค ..... 69
28	แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการศึกษาของผู้ป่วย ..... 71
29	แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการกระทำความผิดในรูปแบบต่างๆ ของผู้ป่วย ..... 73
30	แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มเพื่อน ..... 77
31	แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะชุมชน ..... 78
32	แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการได้มาซึ่งยาบ้า ..... 80
33	แสดงค่า Chi-Squares ( $X^2$ ) , P-value และ Fisher's Exact ของ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ..... 82

## สารบัญแผนภูมิ

ตารางที่		หน้า
1	แสดงปัจจัยสำคัญที่เป็นองค์ประกอบของการคิดยา .....	21
2	แสดงวงจรการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจของผู้เสพยา .....	23
3	แสดงปัญหาการเก็บกคอารมณ์ .....	25



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบัน เป็นปัญหาที่รุนแรง และมีความสำคัญมากทั้งในระดับประเทศ และระดับโลก ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่ประสบกับปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ก่อน พ.ศ. 2534 ยาเสพติดประเภทฝิ่น เฮโรอีน และกัญชา จัดเป็นยาเสพติดที่เสพติดกันมากที่สุด ถึงแม้ในขณะนั้นจะมีการแพร่ระบาดของยาบ้าในรูปของแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ (Amphetamine and Derivatives) ซึ่งแพร่ระบาดในกลุ่มกรรมกร หรือผู้ใช้แรงงานอยู่บ้างก็ตาม<sup>(1)</sup> ตั้งแต่ พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา ยาบ้าก็กลับมาแพร่ระบาดอีก คราวนี้มาในรูปของเมทแอมเฟตามีน (Methamohetamine)<sup>(2)</sup> เป็นการแพร่ระบาดที่ขยายตัวจากกลุ่มกรรมกรหรือผู้ใช้แรงงานที่กินยาเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายทำงานได้ทนนานขึ้นไปสู่กลุ่มนักเรียน นักศึกษาและคนว่างงาน<sup>(3)</sup> ที่สูบเพื่อกระตุ้นอารมณ์ให้เกิดเคลิบเคลิ้ม มีความสุข การแพร่ระบาดในครั้งนี้ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ จนกลายเป็นปัญหาระดับประเทศใน พ.ศ. 2539<sup>(4)</sup>

การเสพยาบ้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล คือ ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากยาบ้าออกฤทธิ์ที่สมองส่วน Cerebrum มีคุณสมบัติกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัวอยู่เสมอ ทำให้ทำงานได้มากกว่าปกติ ไม่ง่วงนอนและลดความอยากอาหาร จึงเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้มากมาย เช่น ในกลุ่มวัยรุ่น ร่างกายและจิตใจจะเจริญเติบโตไม่เต็มที่ นอกจากนี้ในกระบวนการผลิตยาบ้ากระทำกันอย่างง่าย ๆ ไม่ต้องอาศัยนักเคมี จึงไม่น่าไว้วางใจในคุณภาพ อาจจะมีสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตกค้างอยู่ เช่น ตะกั่ว ปรอท และทองแดง เป็นต้น ส่วนผลทางจิตใจเกิดจากพิษของยาบ้า และอาการจากการถอนพิษยา เช่น นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ผู้ติดยาบางคนอาจมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ จะมีความมั่นใจ และภาคภูมิใจในตนเองลดลง มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น เช่น ก้าวร้าว พุดบด<sup>(5)</sup> จากผลกระทบดังกล่าวอาจมีความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ กลุ่มวัยรุ่นที่เสพยาบ้าจะมีการรวมตัวกันทั้งเพศชายและหญิง เมื่อเสพยาบ้าซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นอารมณ์ทางเพศก็จะทำกิจกรรมทางเพศโดยไม่วางแผน ทำให้เกิดโรคเอดส์ กามโรค และเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ นอกจากนี้ยังมีการก่อคดีข่มขืนและฆ่าบุคคลที่อ่อนแอ กว่า ดังที่ปรากฏเป็นข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์อยู่บ่อย ๆ

สมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้เสพยาบ้าจะได้รับผลกระทบจากการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ไปของผู้เสพยาบ้า เช่น การกิน การนอนที่ไม่เป็นเวลา หายจากบ้านไปครั้งละหลาย ๆ ชั่วโมง หรือหลาย ๆ วัน เมื่อยาบ้าหมดฤทธิ์ก็จะกลับบ้าน แล้วนอนเป็นเวลานาน ๆ เนื่องจากร่างกายอ่อนเพลียมากหลังจากถูกกระตุ้นให้ตื่นตัว จึงต้องการการพักผ่อนอย่างเต็มที่ เมื่อตื่นตัวก็จะรับประทานอาหารจำนวนมาก เพื่อชดเชยพลังงานที่เสียไปในขณะที่ยาบ้าออกฤทธิ์ เมื่ออยากเสพยาอีกก็จะรีบหาเงินจากญาติ อาจข่มขู่ ทำร้ายร่างกายญาติ ขโมยเงินของคนในครอบครัว ขโมยของในครอบครัวไปขาย เพื่อให้ได้เงินมาซื้อยาบ้า ไม่สนใจประกอบอาชีพ หมกมุ่นอยู่กับการเสพยาบ้า ครอบครัวจึงขาดรายได้ เกิดปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้นเหตุของการทะเลาะเบาะแว้ง เกิดปัญหาทางด้านความ

สัมพันธในครอบครัวหลังการเสพยาบ้า หลายรายจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เอะอะ อาละวาด ก้าวร้าว ก่อเรื่อง ทะเลาะวิวาท อาจรุนแรงจนถึงขั้นทำร้ายคนในครอบครัวทำให้บุตรและภรรยาหวาดกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มีความสุข

ผลกระทบทางสังคมจากการเสพยาบ้ามีหลายรูปแบบ การมียาบ้าไว้ในครอบครอง การเป็นผู้เสพ ผู้ค้า และผู้ผลิต เป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ผู้เสพยาบ้าที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ทั้งทางหูและตา จะก่อปัญหาให้เกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของบุคคลในสังคม เช่น การทำร้ายร่างกาย การทำลายทรัพย์สิน การปล้น การชิงทรัพย์ ตลอดจนการก่อให้เกิดอุบัติเหตุ จากความเมินเมาของผู้เสพยาบ้า นอกจากนี้ยาบ้ายังชักนำให้คนในสังคมมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปในทางลบ ทั้งปัญหาร่างงาน อาชญากรรม และโสเภณี ยาบ้าทำให้คุณภาพของทรัพยากรบุคคลของชาติต่ำลง นอกจากนี้ยังทำลายความสงบสุขและระเบียบแบบแผนประเพณีอันดีงามตลอดจนความมั่นคงของชาติไปด้วย

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของยาบ้าเกิดขึ้นมากมายทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ ทำให้รายได้ประชาชาติของประเทศลดลง เนื่องจากผู้เสพยาบ้ามี สุขภาพไม่ดี หมกมุ่นอยู่กับการเสพยาบ้าไม่ประกอบอาชีพ รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการบำบัดรักษา การป้องกันและปราบปรามการผลิต การซื้อและการขายยาบ้า โดยรวมแล้วประเทศไทยต้องสูญเสียเงินวันละประมาณ 75-100 ล้านบาท<sup>(5)</sup> ซึ่งเป็นเงินจำนวนมากแทนที่จะได้นำไปใช้ในการพัฒนาประเทศในด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นกว่า

ปัญหาและผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากยาบ้ามีความเกี่ยวพันกันและยากที่จะแยกออกจากกันอย่างชัดเจน ดังนั้นปัญหายาบ้าจึงเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และแก้ไขได้ยาก รัฐบาลทุกสมัยพยายามแก้ปัญหาเหล่านี้มาตลอด แต่ปัญหาก็ไม่ลดลง กลับกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง และทวีความ รุนแรงมากยิ่งขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจะเห็นได้จากสถิติการจับกุมคดียาบ้าทั่วประเทศ พ.ศ. 2539-2543 จากหน่วยงานต่าง ๆ ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า พ.ศ. 2539 มี 52,394 คดี และ พ.ศ. 2543 มี 159,559 คดี ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 107,165 คดี<sup>(6)</sup>

#### ตารางที่ 1 แสดงสถิติผลการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศ พ.ศ. 2539-พ.ศ. 2543

พ.ศ.	เฮโรอีน	เอ็คตาซี	ฝิ่น	กัญชาแห้ง	ยาบ้า	สารระเหย	อื่น ๆ
2539	25,347	25	3,935	44,170	52,394	25,994	48
2540	17,083	128	4,006	33,816	79,466	23,106	422
2541	13,766	113	3,834	25,624	129,763	17,983	444
2542	7,491	181	3,011	22,122	147,036	16,929	1,370
2543	4,443	342	2,282	18,168	159,559	12,844	1,237

หมายเหตุ ข้อมูลเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2544 :

สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศได้วิเคราะห์ถึงการแพร่ระบาดของยาบ้า พบว่า พ.ศ. 2536

มีอัตราการเสพประมาณ 7.3 ต่อประชากร 1,000 คน<sup>(7)</sup>

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวนผู้เข้ารับการรักษาผู้ติดยาที่เข้ายาบ้าเป็นยาเสพติดหลัก<sup>(8)</sup>

พ.ศ.	ทั้งหมด		รายใหม่		รายเก่า	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
2538	1,211	1.8	1,179	1.9	32	0.6
2539	4,101	6.1	3,987	6.5	114	2.2
2540	10,344	15.5	9,875	16.1	469	8.9
2541	15,433	23.1	14,427	23.5	1,007	19.0
2542	16,344	24.5	14,825	24.1	1,519	28.7
2543	19,253	28.9	17,101	27.9	2,152	40.7
<b>รวม</b>	<b>66,687</b>	<b>100.0</b>	<b>61,394</b>	<b>100.0</b>	<b>5,293</b>	<b>100.0</b>

การแพร่ระบาดของยาบ้ามิได้จำกัดอยู่ในบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่แพร่ระบาดไปหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรม การเกษตร ประมง การขนส่ง แม้กระทั่งในกลุ่ม นักเรียนนักศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดำเนินบทบาทในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของประเทศชาติในอนาคต จากการสำรวจผู้เสพติดยาบ้ารายใหม่ในกลุ่มประเทศอาเซียน เมื่อ พ.ศ. 2540 พบว่ามีผู้เสพติดยาบ้ารายใหม่เป็นกลุ่มเยาวชนและนักเรียนนักศึกษาถึงร้อยละ 42.8<sup>(9)</sup> ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาเพื่อประมาณการจำนวนนักเรียนนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ ยาเสพติด เมื่อ พ.ศ. 2544 พบว่าคนกลุ่มนี้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ร้อยละ 44.3 โดยเกี่ยวข้องกับยาบ้าร้อยละ 58.5

**ตารางที่ 3** แสดงค่าร้อยละของตัวอย่างและผลประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาบ้า เมื่อจำแนกตามลักษณะของการเกี่ยวข้อง<sup>(10)</sup>

ลำดับที่	ลักษณะต่าง ๆ ที่นักเรียน-นักศึกษาเกี่ยวข้องกับยาบ้า	ผลประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษา (คน)	ค่าร้อยละ
1	เคยเสพแต่เลิกแล้ว	156,122	71.2
2	ปัจจุบันยังเสพอยู่	54,743	25.0
3	เป็นผู้ค้าอย่างเดียว	4,973	2.3
4	เป็นผู้ค้าและผู้เสพยา	3,446	1.5
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>219,284</b>	<b>100.0</b>

**หมายเหตุ** ผลประมาณการและค่าร้อยละเป็นค่าจากจำนวนนักเรียนนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาบ้า



จากการศึกษาส่วนประกอบทางเคมีของยาบ้าในตลาดมืด 175 ตัวอย่าง ซึ่งได้มาจากการจับกุมทั่วประเทศในช่วงเดือนมกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2543 โดยวิธีแก๊สโครมาโตกราฟี ร่วมกับทินเลเยอร์โครมาโตกราฟี (Gas Chromatography and Thin-layer Chromatography) พบว่า ยาบ้าเกือบทุกตัวอย่างมีสารออกฤทธิ์เป็นเมทแอมเฟตามีนผสมกับเคเฟอีนในปริมาณ  $19.9 \pm 4.2$  และ  $54.6 \pm 5.7$  มิลลิกรัมต่อเม็ดยาตามลำดับ พบยาบ้าที่มีอีพีดรีนผสมอยู่ด้วยเพียง 1 ตัวอย่างในปริมาณน้อยมาก และพบยาบ้าที่มีสารออกฤทธิ์เป็นพาราเซตามอล 4 ตัวอย่าง<sup>(11)</sup> เมทแอมเฟตามีน ซึ่งเป็นสารหลักของยาบ้ามีฤทธิ์กระตุ้นประสาทอย่างรุนแรง และมีฤทธิ์เสพติดสูง โดยเฉพาะการ

สูบบุหรี่ เนื่องจากตัวยาจะดูดซึมผ่านเส้นเลือดที่ปอดและจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางในทันทีที่สูบเข้าไป<sup>(8)</sup> ส่งผลให้เกิดการติดยาทางจิตใจได้โดยง่าย และผู้เสพมักจะเพิ่มขนาดยาและความถี่ของการเสพขึ้นอย่างรวดเร็ว

การเสพติดยาบ้า (amphetamine dependence) หรือใช้ยาบ้าในทางที่ผิด (amphetamine abuse) สามารถก่อให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่อาการเป็นพิษ อาการขาดยา ภาวะเพื่อสับสน จากอาการเป็นพิษ อารมณ์แปรปรวน วิดกกังวล ความผิดปกติทางเพศ ความผิดปกติทางการนอน และที่ร้ายแรงที่สุดคือ โรคจิตจากยาบ้า (amphetamine-induced psychotic disorder) ซึ่งมักเกิดร่วมกับอาการหลงผิดและประสาทหลอน<sup>(12)</sup> ทั้งประสาทหลอนทางตาและ/หรือทางหู นอกจากนี้ยังมีอาการประสาทหลอนทางสัมผัสสัมผัส ย้ำคิดย้ำทำ กระวนกระวาย มีกิจกรรมเพิ่มขึ้น<sup>(15)</sup> บางรายอาจมีอาการประสาทหลอนทางจมูก ความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น<sup>(14)</sup> อาการเหล่านี้อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ก้าวร้าว และก่อให้เกิดความรุนแรงถึงการทำร้ายผู้อื่น ซึ่งเป็นสาเหตุของอาชญากรรมอันเป็นอันตรายต่อบุคคลและสังคม<sup>(15,16)</sup> อาการโรคจิตที่เกิดจากการเสพ ยาบ้าเป็นอาการที่ไม่สามารถคาดได้ว่าหายกลับเป็นปกติหรือไม่ และมีอาการใกล้เคียงปกติมากน้อยแค่ไหน ในรายที่มีแนวโน้มหรือปัจจัยที่จะเป็นโรคจิตอยู่แล้ว เช่น มีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ หรือมีพฤติกรรมที่จะเป็นโรคจิตเภทในครอบครัวอยู่แล้ว การเสพยาบ้าอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการของโรคจิตเภทเกิดขึ้นได้<sup>(17)</sup> การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ dopamin เช่น haloperidol หรือ chlorpromazine ในระยะสั้น ๆ จะช่วยลดอาการ โรคจิตได้อย่างรวดเร็ว<sup>(12)</sup> บางตำราแนะนำให้ใช้ ammonium chloride ในการทำให้ปัสสาวะมีฤทธิ์เป็นกรดเพื่อเร่งการขับถ่ายแอมเฟตามีน ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาของอาการทางจิตลงได้ด้วย<sup>(18)</sup> หลังการหยุดใช้ยาบ้า 24 – 48 ชั่วโมง อาการประสาทหลอนจะเริ่มหายไปก่อน จากนั้นอาการหลงผิดก็จะค่อย ๆ ลดลงตามมาภายใน 7 – 10 วัน แต่บางครั้งอาการหลงผิดอาจยังคงอยู่ต่อไปได้นาน ในปี<sup>(13)</sup> การกลับมาเสพยาบ้าอีก แม้ในขนาดต่ำ ๆ ก็กระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบได้<sup>(19)</sup> หรือเมื่อเสพยาบ้ากระตุ้นประสาทอื่น ๆ หรือเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดทั่ว ๆ ไป การเกิดอาการของ โรคจิตซ้ำดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงภาวะของสมองที่ไวต่อการกระตุ้นด้วยยาบ้า<sup>(20)</sup>

นอกจากอาการโรคจิตจะมีโอกาสเกิดขึ้นได้ง่ายและคงอาการอยู่นานแล้ว ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการโรคจิตต่อเนื่องและรุนแรงจนต้องรักษาด้วยไฟฟ้า พันธุนา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง เมื่อ พ.ศ. 2541 พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตต่อเนื่อง และรุนแรงจนต้องรักษาด้วยไฟฟ้ามีถึงร้อยละ 4 ส่วน วสุ จันทศักดิ์ ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เมื่อ พ.ศ. 2541 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันต้องรักษาด้วยไฟฟ้ามีถึงร้อยละ 7.7



เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของยาบ้าเพิ่มขึ้นมากในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2537 จนถึงปัจจุบัน<sup>(9)</sup> ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับยาบ้าเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาได้รับผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับยาบ้าเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามลำดับ จาก รายงานประจำปีของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พ.ศ. 2537 รับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้รักษาเพียง 1 ราย พ.ศ. 2538 รับไว้จำนวน 7 ราย พ.ศ. 2539 รับไว้จำนวน 69 ราย พ.ศ. 2540 รับไว้จำนวน 118 ราย พ.ศ. 2541 รับไว้จำนวน 280 ราย ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 หอผู้ป่วยชายชำรุด 2 หลัง ต้องรับผู้ป่วยลดลง เหลือ 184 ราย พ.ศ. 2542 ปิดหอผู้ป่วยชาย 1 หลัง รับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ 98 ราย พ.ศ. 2543 รับไว้ 1,080 ราย

จากฤทธิ์ของยาบ้า ผลกระทบและจำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับยาบ้าที่เพิ่มขึ้นมากจนน่าเป็นห่วง ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญและปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นประกอบกับมีการศึกษา เรื่องปัจจัยทางจิต-สังคมของโรคจิตที่เกิดร่วมกับยาบ้าค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อค้นหาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า และนำไปสู่การพัฒนาวิธีการป้องกันการเสพยาเสพติดในระยะแรก (Primary Prevention) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการจัดโปรแกรมแก้ไขปัญหายาเสพติดในลำดับต่อไป

### คำถามของการวิจัย

มีปัจจัยอะไรทางจิต-สังคม ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิต-สังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทางด้านจิต-สังคมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาด้วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าโดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบ มีโครงสร้าง (Structure interview) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเล็กน้อย คือ มีค่าการประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน โดยมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

#### **ตัวแปรอิสระ (Independence Variable) คือ**

1. ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ที่อยู่ ศาสนา ผู้นำส่งโรงพยาบาล เหตุผลที่มารับการรักษา การอยู่อาศัย บุคคลที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดู
2. ข้อมูลด้านการทำงานและเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ ที่พึ่งพาเมื่อมีปัญหาทางการเงิน
3. ข้อมูลลักษณะการใช้ยาเสพติด ได้แก่ ชนิดของยาเสพติดที่เคยใช้ วิธีใช้ จำนวนการ

ใช้ ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ในแต่ละครั้ง สาเหตุที่ใช้ยาบ้า ระยะเวลาที่ใช้ยาบ้า ระยะเวลาที่ใช้ยาบ้าครั้งสุดท้าย คนที่เสพยาบ้าด้วยบ่อย ๆ

4. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว ได้แก่ การมีชีวิตของบิดา-มารดา อาชีพของบิดา-มารดา

รายได้ของบิดา-มารดา การใช้ยาเสพติดของบิดา-มารดา การใช้ชีวิตร่วมกันของบิดา-มารดา จำนวนพี่น้อง วิธีเลี้ยงดู ความรู้สึกต่อการเลี้ยงดู การใช้ยาเสพติดของพี่น้อง การเจ็บป่วยทางจิตของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวนครั้งของการแต่งงานและการหย่าร้าง การใช้ยาเสพติดของคู่สมรสหรือคู่รัก ลักษณะสัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก

5. ข้อมูลด้านการศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา ผลการเรียน การถูกภาคทัณฑ์ การถูกพักการเรียน การถูกไล่ออก การรับรู้เรื่องอันตรายของยาบ้า และแหล่งให้ความรู้

6. ข้อมูลกลุ่มเพื่อน ได้แก่ ประเภทของเพื่อนสนิท พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของเพื่อน ชนิดของยาเสพติดที่เพื่อนใช้

7. ข้อมูลด้านกฎหมาย ได้แก่ การถูกจับกุม คดีที่ถูกจับกุม

8. ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย ได้แก่ เขตที่ตั้งของบ้าน การมียาเสพติดในชุมชนที่พักอาศัย ชนิดของยาเสพติดที่มีในชุมชน บุคคลที่ขายยาบ้า ระยะทางที่ขายยาบ้า ระยะเวลาในการไปซื้อยาบ้า

**ตัวแปรตาม (Dependent Variable)** คือ โรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิต-สังคม ในผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า เฉพาะที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาเท่านั้น การเก็บข้อมูลจึงใช้เวลาในการดำเนินงาน เป็นระยะเวลานานทำให้เกิดความล่าช้า เนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลภายในระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นจำนวนที่ไม่สามารถทำนายได้ล่วงหน้า

### คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยทางจิต-สังคม หมายถึง สภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยทั้งที่เป็นตัวบุคคล สิ่งของ วิถีทางการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อจิตใจและเกี่ยวข้องกับกาเกิดโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า

โรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า หมายถึง การเจ็บป่วยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาบ้า ยาบ้าอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีอาการทางจิตเกิดขึ้น ในรายที่มีแนวโน้มหรือปัจจัยที่จะเป็นโรคจิตอยู่แล้ว เช่น มีบุคลิกภาพผิดปกติ หรือมีพฤติกรรมที่จะเป็นโรคจิตเภทในครอบครัวอยู่แล้ว<sup>(17)</sup>

ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตหลังจากเสพยาบ้า และมีระดับอาการทางจิต รุนแรงมากจนเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นและสังคม แพทย์พิจารณาให้รับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาล จนกว่าอาการทางจิตจะทุเลา

ยาบ้า หมายถึง สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 1 โดยที่เมื่อยาอยู่ในรูปยาเดี่ยว หรือยาผสม ยาเดี่ยวจะมีสารแอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน ส่วนยาผสมจะมีสารออกฤทธิ์ตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป เช่น แอมเฟตามีน หรือเมทแอมเฟตามีน ผสมคาเฟอีน แอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีนผสมอีเฟดีน เป็นต้น ซึ่งยาประเภทนี้จะออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางโดยตรงเมื่อเสพเข้าไป ยังผลให้รู้สึกสุขสบาย ตื่นเต้นและเชื่อมั่นในตัวเองระยะหนึ่ง

### ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงวิธีการป้องกันการเสพยาบ้า โดยดำเนินการกับบุคคลและสังคมที่เขาศึกษาอยู่อย่างถูกต้อง และตรงตามความต้องการมากยิ่งขึ้น
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้รักษาได้ใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าได้ตรงกับสภาพปัญหามากยิ่งขึ้น
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงรูปแบบการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในเชิงป้องกันการติดยาเสพติด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

## ตัวแปรอิสระ

## ตัวแปรตาม



## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด เสพย์ติดของบุคคล ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเสพติด การเสพติด ตลอดจน ความรู้เกี่ยวกับยาบ้าและโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า โดยจัดหมวดหมู่ในการนำเสนอ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า
2. โรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า
3. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสพติด
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาบ้าในประเทศไทย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาบ้าในต่างประเทศ

#### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาบ้า

เป็นเวลากว่า 5,000 ปีมาแล้ว ที่แพทย์แผนโบราณชาวจีนได้ใช้พืชชนิดหนึ่งที่มีชื่อว่า มาฮวง (Mahuang) มาทำเป็นยารักษาโรค และใน พ.ศ. 2430 Nagai เป็นผู้ค้นพบว่าในพืชดังกล่าวมีตัวยาที่ออกฤทธิ์ คือ ephedrine

ยาบ้า (amphetamine) ถูกสังเคราะห์ขึ้นเป็นครั้งแรกโดยนักเคมีชาวเยอรมัน ชื่อ Edeleau ในปี พ.ศ. 2430 โดยใช้ ephedrine เป็นสารตั้งต้น และในปี พ.ศ. 2431 นักวิทยาศาสตร์ชาว ญี่ปุ่น ชื่อ A. Ogata ก็สามารถสังเคราะห์สารอนุพันธ์ของ amphetamine ได้อีกตัวคือ methamphetamine และพบว่ามีฤทธิ์ช่วยขยายหลอดลมได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีอาการดีขึ้น เมื่อรับยานี้<sup>(21)</sup> ปี พ.ศ. 2470 ได้มีการนำ amphetamine มาใช้ในทางการแพทย์ โดยเภสัชกรชาว แคลิฟอร์เนีย ชื่อ Gordon A. Alles พบว่า amphetamine เป็นสารกระตุ้นที่มีฤทธิ์ในการขยายหลอดลม กระตุ้นการหายใจ กระตุ้นสมอง ความดันโลหิตสูงขึ้นหลอดเลือดตีบเล็กน้อย ก่อให้เกิดความสุข หายเหนื่อยง่าย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น รวมทั้งก่อให้เกิดอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย บริษัท Smith Kline and French ได้นำมาผลิตยาสูดดมแก้หวัด คัดจมูก ชื่อ

Benzendrine Inhalor นำมาผลิตเป็นยาใช้รักษาโรคง่วงหลับ (Narcolepsy) ลดอาการซุกซน อยู่ไม่นิ่งของเด็กๆ (Attention Deficit Disorder / Hyperactive) ใช้ลดความอ้วน และใช้เป็นยากระตุ้นในผู้ที่มีอาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยโรคจิตซึมเศร้า ใช้เป็นยาแก้พิษในผู้ได้ยากดประสาทส่วนกลาง<sup>(22,23)</sup> ในปี พ.ศ. 2480 มีการผลิตออกมาจำหน่ายในรูปยาเม็ดและยาฉีดภายใต้สถานะยาที่ต้องจำหน่ายตามใบสั่งแพทย์ ทำให้ผู้ใช้ยาสามารถหายาเหล่านี้มาใช้ในทางที่ผิดได้ไม่ยากนัก

การใช้ยาบ้าในทางที่ผิดเริ่มปรากฏให้เห็นจากยาต้ม Benzedrine ถูกนำออกวางจำหน่ายในท้องตลาดได้ไม่นานนัก โดยผู้ใช้จะนำยาต้มไปทุบหลอดให้แตก เพื่อเอาได้กระดาศที่อยู่ในซึ่งมี amphetamine อยู่ประมาณ 250 มิลลิกรัม ไปใช้เสพ วิธีเสพคือ เอากระดาศที่ขูด amphetamine ไปเคี้ยวร่วมกับหมากฝรั่ง หรือนำไปแช่ในเครื่องดื่มให้ยาละลายผสมลงในเครื่องดื่มนั้นๆ

ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 กองทัพอเมริกันได้นำ amphetamine มาช่วยในการสงครามโดยใช้กับทหารเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ทนทานขึ้น ภายหลังจากสงครามทหารดังกล่าวถูกปลดประจำการได้กระจายข่าวสรรพคุณของยาที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงทนทาน ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของยาในทางที่ผิด<sup>(24)</sup> หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 การใช้ methamphetamine ในรูปยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำได้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในประเทศญี่ปุ่นเพราะ methamphetamine ที่ถูกผลิตขึ้นใช้ในกองทัพญี่ปุ่นได้ถูกนำออกวางจำหน่ายในท้องตลาดที่พลเรือนสามารถซื้อหามาใช้ได้

วัฒนธรรมการใช้ยา methamphetamine กระตุ้นประสาทเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปเมื่อประมาณปลายปี พ.ศ. 2503 จากการใช้ amphetamine ชนิดเม็ดไปเป็นชนิดฉีด การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นวิธีที่อันตรายอย่างยิ่งและจะก่อให้เกิดอาการดื้อยา (tolerance) ขึ้นได้ พบว่ามีผู้ใช้ methamphetamine โดยการฉีดมากถึง 15 กรัมในหนึ่งวัน คนทั่วไปจะเรียกกลุ่มผู้ใช้ methamphetamine ชนิดฉีดว่าเป็นพวก “Speed freak”

การใช้ยาในกลุ่ม amphetamine ในทางที่ผิดได้ก่อปัญหาแทรกซ้อนทางสังคมขึ้นมากมาย รัฐบาลหลายๆ ประเทศจึงเริ่มหันมาให้ความสำคัญและทำการควบคุมอย่างเข้มงวดโดยมีการออกกฎหมายควบคุมการผลิต นำเข้า จำหน่ายและการบริโภคยาในกลุ่มนี้อย่างรัดกุม ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายควบคุมกลุ่มยานี้ เมื่อ พ.ศ. 2513

สำหรับประเทศไทยมีการควบคุมยาในกลุ่ม amphetamine เป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2498 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงฯ เรื่องระบุนยาอันตรายตามความในพระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ. 2493 ระบุให้ยาจำพวกกระตุ้นเมดัลลาที่ได้จากการสังเคราะห์



(Synthetic Medulla Stimulant Drug) ทุกชนิดเป็นยาอันตราย ประกาศฯ ฉบับนี้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2498 มีผลให้ยาในกลุ่ม amphetamine ถูกควบคุมเป็นยาอันตราย แต่มาตรการนี้ ก็ไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของยาในกลุ่ม amphetamine ในประเทศไทยได้ เพราะยังสามารถหาซื้อได้จากร้านขายยา ในช่วง พ.ศ. 2501-2510<sup>(25)</sup> เป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการแก้ไขทางกฎหมายโดยออกประกาศระบุให้ amphetamine และ methamphetamine เป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2479 เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2512 ในปี พ.ศ. 2518 ได้มีการตราพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 จึงมีการเปลี่ยนแปลงอำนาจการควบคุมยาในกลุ่ม amphetamine จากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2465 มาอยู่ในการควบคุมของพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518

การระบาดของกลุ่ม amphetamine ยังอยู่ในภาวะที่รุนแรงจึงมีการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายอีกครั้งโดยให้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 มาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยมีกำหนดให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2539 เป็นต้นไป ส่งผลให้ผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดนี้ได้รับโทษสูงขึ้น และมีโทษสูงสุดถึงขั้นประหารชีวิต ห้ามมิให้มีการผลิต นำเข้า และจำหน่ายในราชอาณาจักรอย่างเด็ดขาด รวมทั้งการเสพเพื่อการบำบัดรักษาตามแพทย์สั่ง amphetamine ถูกกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ลำดับที่ 5 และ methamphetamine อยู่ในอันดับที่ 20 สิ่งเหล่านี้ เป็นการควบคุมยาเสพติดประเภทนี้ โดยใช้มาตรการทางกฎหมาย<sup>(26)</sup>

เมื่อมีมาตรการทางกฎหมายก็ส่งผลให้การแพร่ระบาดของสารเหล่านี้โดยมีร้านขายยาเป็นแหล่งซื้อขายก็เริ่มหมดไป ยากระตุ้นประสาทที่มี amphetamine เป็นตัวยาสำคัญจึงกลายเป็นสิ่งหายาก ยากระตุ้นประสาทที่ลักลอบขายในตลาดมืดจึงกลายเป็นยาผสมที่มีตัวยา amphetamine และอนุพันธ์ปนอยู่น้อยมาก จากการศึกษาสถานการณ์ ทางด้านตัวยาที่ผสมอยู่ในยากระตุ้นประสาทที่ลักลอบขายกันในตลาดมืดของสหรัฐอเมริกาพบว่า ตั้งแต่กลางปี พ.ศ.2513 เป็นต้นมา ยากระตุ้นประสาทที่มีส่วนประกอบของสารอื่น ๆ เช่น caffeine และephedrine เพราะสารนี้ยังไม่ถูกควบคุมโดยกฎหมายจึงมีการนำมาใช้แทน โดยมีทั้งเป็นยาเดี่ยวและยาสูตรผสม ยาเดี่ยว คือ มีสารออกฤทธิ์เพียงชนิดเดียวในเม็ดยา แต่ถ้าเป็นยาสูตรผสม จะต้องมีส่วนออกฤทธิ์ตั้งแต่ 2 ชนิด ในเม็ดยา เช่น caffeine ผสมกับ methamphetamine หรือ caffeine ผสมกับ



ephedrine เป็นต้น ซึ่งพบว่า มีเพียง 10% เท่านั้น ที่เป็น amphetamine จริงๆ ในวงการปราบปรามยาเสพติด เรียก ยาบ้า ที่มีส่วนผสมอื่นๆ ปนอยู่ว่า ยาทำเทียมแอมเฟตามีน (look — alike amphetamine) จึงทำให้ผู้ผลิตยากระตุ้นประสาทสนใจกับการหาวิธีสังเคราะห์ amphetamine และ methamphetamine ขึ้นมาใช้เป็นธุรกิจ วิธีการสังเคราะห์อาศัยขบวนการทางเคมีแบบง่ายๆ ไม่จำเป็นต้องใช้นักเคมีที่มีความเชี่ยวชาญ เพราะผู้ทำการสังเคราะห์ในห้องปฏิบัติการเถื่อนเหล่านี้จะทำตามวิธีปรุงซึ่งเขียนไว้เป็นสูตรสำเร็จและถ่ายทอดต่อกันไป

กลางปี พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา methamphetamine ได้กลับเข้ามาปรากฏตัวในตลาดมืดอีกครั้งหนึ่ง เครื่องบ่งชี้ที่ชัดเจนที่สุดให้เรื่องนี้ก็คือ มีการจับกุมห้องทดลองทางเคมีเถื่อนที่ลักลอบสังเคราะห์ methamphetamine ขึ้นในตลาดมืดซึ่งกำลังเป็นที่นิยมจากผู้เสพ โดยมีชื่อเรียกกันในหมู่ผู้เสพยาในทางที่ผิด ว่า “ไอซ์” (Ice) ซึ่งมีลักษณะเป็นก้อนผลึกคล้ายก้อนน้ำแข็ง วิธีเสพคือ นำไปลงไฟให้ระเหิดเป็นไอแล้วผู้เสพก็จะสูดเอาไอที่ได้เข้าไปในปอด การเสพในลักษณะนี้กลายเป็นวิธีที่นิยมและแพร่ระบาดอยู่ในอเมริกา ยุโรป และ ประเทศในทวีปเอเชียบางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ และไทย

ยาบ้ามีประวัติการแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 และเริ่มมีผู้เสพยาเข้ารับการรักษาดังแต่ปี พ.ศ. 2512 เป็นต้นมา ในระยะแรกของการแพร่ระบาดจะอยู่ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานทั้งในภาคการเกษตร อุตสาหกรรมและการขนส่ง ต่อมาได้ขยายวงกว้างออกไปยังกลุ่มอาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาและคนว่างงานทั่วประเทศ<sup>(3)</sup> ผู้เสพยาจะมีเหตุผลในการเสพต่างกัน ผู้ใช้แรงงานจะเสพเพื่อให้ทำงานได้มากขึ้น ส่วนกลุ่มเยาวชนเสพเพื่อการดูหนังสื่อเวลาสอบ เพื่อความสนุกสนาน ต้องการทดลองสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ ประกอบกับถูกชักจูงจากบุคคลอื่นเพื่อแสวงหาผลประโยชน์ การระบาดได้ทวีความรุนแรงขึ้นจนกลายเป็นปัญหาของสังคมที่กำลังคุกคามทำลายเศรษฐกิจและสังคมอยู่เช่นในปัจจุบัน

### ประเภทของยาบ้า

คำว่า ยาบ้า หรือ amphetamine ที่ใช้กันโดยทั่วไปมักหมายถึง ยา 3 ชนิด คือ<sup>(27)</sup>

1. แอมเฟตามีน (amphetamine) หรือ เบนซีดรีน (benzedrine) หรือ แอลแอมเฟตามีน (L — amphetamine)

2. เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) หรือเรียกกันทั่วไปในอเมริกาว่า Meth , Crack , Crystal และ Ice.

3. เด็กซ์โตรแอมเฟตามีน (Dextro amphetamine) หรือ เด็กซ์ดรีน (Dexedrine) หรือ ดีแอมเฟตามีน (D – amphetamine)

กองควบคุมวัตถุเสพติดติดสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รายงานด้วยาสาคัญที่ตรวจพบในยาบ้าว่ามีดังนี้<sup>(28)</sup>

1. Amphetamine
2. Methamphetamine
3. Ephedrine
4. Caffeine
5. pemoline
6. Dextroamphetamine
7. Fenbetyline
8. Theopheline
9. Penproporex

นอกจากนี้ อาจจะมีสารปลอมปน เช่น Chlorpheniramine , Phenylpropanolamine , Acetaminophen และ Aspirin เป็นต้น

เมทแอมเฟตามีน ไม่ได้มีรูปพรรณที่เป็นยาเม็ดซึ่งคนไทยเรียกกันว่า ยาบ้าเพียงรูปพรรณเดียว จากรายงานการจับกุมสารเคมีตัวนี้ในประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่รายงานต่อกรมการยาเสพติดแห่งองค์การสหประชาชาติในปี ค.ศ. 1999<sup>(4)</sup> สรุปได้ว่ามีอยู่ทั้งหมด 4 ชนิด คือ

1. ชนิดที่เป็นเม็ดหรือแคปซูล

ในประเทศไทยเดิมเรียกกันว่า “ยาม้า” แต่ในปัจจุบันเรียกกันว่า “ยาบ้า” ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาเรียกกันว่า Speed , Meth หรือ Chalk เป็นต้น เมทแอมเฟตามีนชนิดนี้ การแพร่ระบาดทั่วโลก วิธีเสพส่วนใหญ่จะเสพโดยการกิน มีน้อยมากที่จะเสพโดยการนำไปเผาไฟให้เป็นควัน แล้วสูบควันเข้าปอด หรือนำไปละลายน้ำแล้วนำสารละลายที่ได้มาฉีดเข้าหลอดเลือดดำคงมีเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น ที่มีการนำเอาเม็ดเมทแอมเฟตามีนไปเผาไหม้ให้เป็นควันแล้วสูบควันเข้าปอด ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในหมู่นักเสพยาบ้า

2. ชนิดที่เป็นผงฝุ่น

พบในต่างประเทศ อยู่ในรูปของเกลือเมทแอมเฟตามีน ที่ได้รับความนิยมสูงสุดจะเป็นเกลือไฮโดรคลอไรด์ เรียกว่า เมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ (Methamphetamine Hydrochloride) ซึ่งมีชื่อเรียกกันในหมู่ผู้เสพยาว่า “Crystal” หรือ “Crank” เนื่องจากมีลักษณะเป็นผงละเอียดสีขาว วิธีเสพยาส่วนใหญ่ใช้วิธีฉีดได้แก่ การสูดดมยาเข้าโพรงจมูก และวิธีเสพยาอีกวิธีคือ การนำไปละลายน้ำแล้วกรองผ่านกระดาษกรองหรือสำลีแล้วนำไปฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

### 3. ชนิดที่เป็นสารละลายใสบรรจุในหลอดแก้ว

สารชนิดนี้ พบแต่ในต่างประเทศ ลักษณะเป็นสารละลายใสบรรจุในหลอดแก้วใส หรือ สีชา คล้ายกับยาฉีดที่ใช้กันทั่วไป ในวงการแพทย์ วิธีเสพยาใช้ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ซึ่งจะออกฤทธิ์ กับร่างกายโดยทันทีและมีฤทธิ์รุนแรงมาก

### 4. ชนิดที่เป็นก้อนผลึกใสเหมือนน้ำแข็ง

สารชนิดนี้ พบเฉพาะในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ไม่ค่อยพบในประเทศไทย ที่จับกุมได้จะเป็นการจับกุมจากชาวต่างประเทศแทบทั้งนั้น มีชื่อเรียกในหมู่ผู้เสพยาว่า “Ice” หรือ “Glass” เป็นเมทแอมเฟตามีนที่มีความบริสุทธิ์เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ถูกนำไปเสพยาโดยการนำไปทำให้กลายเป็นไอ แล้วสูดไอเข้าปอด

เมทแอมเฟตามีน ไม่ว่าจะชนิดใดเมื่อเสพยาเข้าไปแล้วจะก่อให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนความเร็วในการออกฤทธิ์ (onset of action) เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้ว ความรุนแรงของฤทธิ์ (intensity of action) ที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ และความยาวนานในการออกฤทธิ์ (duration of action) จะขึ้นอยู่กับปริมาณของเมทแอมเฟตามีนที่ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต ปัจจัยที่ทำให้ปริมาณของเมทแอมเฟตามีนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 4 ปัจจัย ดังนี้ คือ

1. ชนิดของเมทแอมเฟตามีนที่นำมาเสพยา
2. วิธีเสพยา
3. ปริมาณที่เสพยา
4. ความถี่หรือจำนวนในการเสพยา

การเสพยาที่เมทแอมเฟตามีนไปออกฤทธิ์ที่สมองได้มากและเร็วที่สุดจะทำให้ฤทธิ์ของเมทแอมเฟตามีน มีความรุนแรงมากที่สุดและก่อให้เกิดการเสพติด (dependence) ได้อย่างรวดเร็วเช่นกัน อาการทางจิตที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด จะขึ้นอยู่กับปริมาณและอัตราความเร็วที่เมทแอมเฟตามีนเข้าสู่สมอง ตัวอย่างเช่น

1. การเสพยาเมทแอมเฟตามีนชนิดผงป่นโดยวิธีสูดดมยาเข้าโพรงจมูก เมทแอมเฟตามีนจะเข้าไปถึงสมองภายในเวลา 3-5 นาที จะทำให้ผู้เสพยาเกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรง (rush) ขึ้นมาในทันที ผู้เสพยาบางคนเปรียบเทียบอาการเสียวซ่าเช่นนี้ ได้กับอาการเสียวซ่าเมื่อถึงจุดสุดยอดของการร่วมประเวณี (orgasm)

2. การเสพยาโดยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำ จะก่อให้เกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรงขึ้นภายใน 15-30 วินาทีหลังการฉีด

3. การเสพโดยวิธีสูบควันหรือสูบไอระเหย จะเกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรงขึ้นได้ ในทันทีที่สูบเข้าไป ซึ่งเป็นวิธีผู้เสพยาที่นิยมที่สุด

4. การเสพโดยการกิน จะไม่ทำให้เกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรง เพราะวิธีนี้จะทำให้ระดับของเมทแอมเฟตามีนในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้นช้าๆ และไปถึงสมองที่ละเล็กละน้อย

### ฤทธิ์ทางเภสัชของยาบ้า

ยาบ้า หรือ เมทแอมเฟตามีนจะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) และระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral nervous system) การออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่สำคัญ คือ ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง อันได้แก่ สมอง(brain) และไขสันหลัง (spinal cord) กลไกในการออกฤทธิ์ (mechanism of action) มี 2 อย่าง คือ <sup>(4)</sup>

1. ออกฤทธิ์เร่งการปลดปล่อยอะดรีนาลีน (Adrenaline) และนอร์อะดรีนาลีน (Noradrenaline) ออกจากเซลล์ประสาท เมทแอมเฟตามีนจะมีผลทำให้อะดรีนาลีนและนอร์อะดรีนาลีน ถูกปลดปล่อยออกมามากกว่าปกติจะมีผลทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัวทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น กลไกการออกฤทธิ์เช่นนี้เองทำให้ผู้เสพยารู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีกำลังวังชา สามารถทำงานหรืออ่านหนังสือได้มากกว่าปกติ

2. ออกฤทธิ์ทำให้ถุงเล็กๆ (vesicles) ที่เป็นที่พักเก็บโดปามีน (dopamine) ในเซลล์ประสาทแตก ในภาวะปกติโดปามีนเป็นสารเคมีที่ถูกสังเคราะห์ที่ขึ้นมาแล้วถูกเก็บไว้ในถุงเล็กๆในบริเวณปลายๆของเซลล์ประสาท และจะถูกหลั่งออกมาเมื่อเซลล์ประสาทในสมองถูกกระตุ้น กลุ่มของเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่สร้างและหลั่งสารโดปามีนถูกนักวิทยาศาสตร์ตั้งชื่อว่า ระบบประสาทโดปามีนิก (dopaminergic nervous system) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ทุกข์สุขของมนุษย์ <sup>(29)</sup> โดยอาศัยปริมาณของ โดปามีนที่ถูกหลั่งออกมาเป็นตัวกำหนด ถ้าโดปามีนถูกหลั่งออกมาน้อยกว่าปกติ อารมณ์เป็นทุกข์หรืออารมณ์ซึมเศร้าก็จะปรากฏออกมา ถ้าโดปามีนถูกหลั่งออกมามากเกินระดับปกติ อารมณ์สุขก็จะปรากฏออกมา และถ้าปริมาณที่ถูกหลั่งออกมานั้นมีปริมาณสูงเกินระดับปกติมากๆ อารมณ์เป็นสุขแบบเคลิบเคลิ้ม (euphoria) ก็จะปรากฏออกมา อารมณ์แบบนี้มีความหมายว่า มีความรู้สึกสบายออกสบายใจจนลืมตัวไปชั่วขณะหนึ่ง ซึ่งเป็นต้นเหตุให้ผู้ที่เคยมีประสบการณ์นี้ จากการเสพยาต้องกลับไปเสพยาอีก โดปามีนที่ถูกปลดปล่อยออกมามีปริมาณมากมายนานหลายชั่วโมง เพราะ เมทแอมเฟตามีนออกฤทธิ์ทำให้ถูกกักเก็บโดปามีนในเซลล์ประสาทแตกนั่นเอง

ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา มีดังนี้ <sup>(30)</sup>

1. ผลต่อประสาทส่วนกลาง ยาบ้าออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ลดความง่วงซึม ทำให้นอนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ให้ครึกครื้น รื่นเริง เป็นสุข ไม่เหน็ดเหนื่อย ถ้าใช้ในขนาดสูงจะเกิดอาการมึนงง และอาจเกิดสภาวะตื่นกลัว (panic) และสภาวะโรคจิตได้

2. ผลต่อหลอดเลือดและระบบหัวใจ เร่งอัตราเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดอาการใจสั่นและจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ
3. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้น และจังหวะการหายใจไม่ปกติ
4. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว
5. อื่นๆ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ อาจไร้สมรรถภาพชั่วคราว เพิ่มการหลั่งของปัสสาวะ

### โรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า

โรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า หมายถึง การเจ็บป่วยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาบ้า ยาบ้าอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตขึ้น ในรายที่มีแนวโน้มหรือปัจจัยที่เป็นโรคจิตอยู่แล้ว เช่น มีบุคลิกภาพผิดปกติ หรือมีพฤติกรรมที่จะเป็นโรคจิตเภทในครอบครัวอยู่แล้ว<sup>(17)</sup> โดยมีอาการประสาทหลอน (hallucination) และอาการหลงผิด (delusion) เป็นอาการเด่น ในช่วงแรก จะมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์และการตัดสินใจ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนทางการมองเห็นและการได้ยิน ซึ่งอาการหูแว่วจะเกิดมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงวิจารณ์ในสิ่งที่ไม่ดีหรือเสียงเยาะเย้ย เสียงสั่งสอน และกล่าวหาผู้ป่วย เป็นต้น อาการประสาทหลอนจะไปตามความคิดของผู้ป่วยว่ามีคนคอยจ้องมอง มีการดักฟัง หรือชักจูงผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกระวนกระวายและมีอาการหลงผิดเชิงหึงหวง (delusion of jealousy)<sup>(31)</sup>

เมื่อมีอาการประสาทหลอนชนิดหวาดระแวงเกิดขึ้นจนเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่วโดยได้ยินคำสนทนาประโยคเดิมซ้ำๆ จะมีการแยกตัว ในผู้ป่วยบางรายมีอาการหลงผิดโดยจะคอยสอบถามในสิ่งที่ตนกังวล นอกจากนั้นยังมีย้ำคิดย้ำทำ กระวนกระวาย มีกิจกรรมเพิ่มขึ้น อาจมีประสาทหลอนทางผิวหนังสัมผัสว่ามีแมลงไต่ตามตัว<sup>(14)</sup>

การวินิจฉัยโรคจะง่ายขึ้น ถ้ามีประวัติการใช้ยาบ้า และพฤติกรรมของอาการทางจิตเวช จากตัวผู้ป่วยหรือคนใกล้ชิด ตลอดจนคนในครอบครัว อาการที่เกิดขึ้นจะขึ้นๆ ลงๆ ตามอาการของโรค เพราะอาการทางจิตเวชจะเกี่ยวเนื่องกับช่วงเวลาหลังจากได้รับสาร โดยมีอาการในช่วงแรกจะขึ้นๆ ลงๆ ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของผู้ป่วย อาการประสาทหลอน และอาการหลงผิดอย่างเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย ลักษณะของอาการประสาทหลอน และอาการหลงผิดขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม และผู้ป่วยจะแสดงอาการเหล่านี้ออกมาทางการกระทำ อาการประสาทหลอนชนิดหวาดระแวงที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคจิตเภท สิ่งสำคัญในการแยกโรคจิตเภทกับโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและความเป็นมิตร ลักษณะอาการหลงผิดในผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและได้ชี้ให้เห็นความผิดปกติทางความคิด เช่น อาการความคิดไม่



ปะติดปะต่อ (loosening of association ) อาการหลงผิดคิดว่าความคิดถูกควบคุม (ideas of thought control) และอาการความคิดถูกได้ยิน (thought hearing) จะพบในผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า แต่ไม่มีอาการหลงผิดคิดว่าความคิดถูกลบถอนไป (thought withdrawal) และอาการหลงผิดคิดว่าความคิดถูกสอดใส่ (thought insertion) เกิดในผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า<sup>(36)</sup>

### ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด

ใน ค.ศ. 1960 ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อการติดยาเสพติดในเด็กวัยรุ่นของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้แบ่งทฤษฎี การเกิดพฤติกรรมติดยาเสพติดออกเป็น 6 ทฤษฎี ดังต่อไปนี้<sup>(32)</sup>

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดโรค (Disease Model) กล่าวว่า การติดยาเสพติดเป็นโรคอย่างหนึ่งซึ่งใช้อธิบายควบคู่ไปกับ Psychological theory และ Behavioral therapy โดยถือว่าการติดยาเสพติดแตกต่างจากโรคอื่น ตรงที่ไม่ได้มีการกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรคอย่างเป็นแบบแผน ที่แน่นอน ทั้งนี้เพราะการติดยาเสพติด มีปัจจัยในการเกิดโรคหลากหลายปัจจัยด้วยกัน

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยา ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทางจิต (Mental Process) ในแต่ละบุคคล รวมถึงพลวัตทางจิตใจเพื่อใช้ในการตั้งสมมติฐาน การใช้ยาเสพติด ทฤษฎีทางจิตนี้ สนับสนุนว่าสภาพภายในของบุคคล เช่น ความรู้สึก อารมณ์ และบุคลิกภาพ เป็นสาเหตุเริ่มแรกของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Pathological behavior)

3. ทฤษฎีพลวัตทางจิต (Psychodynamic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการติดยาเป็นอาการ (Symptom) ของพฤติกรรม หรือสภาวะปัญหาของอารมณ์ ซึ่ง Nystrom , Bal และ Labreque ได้ อธิบายการเกิดการติดยาเสพติด โดยใช้ทฤษฎีของ Sigmund Freud ซึ่งเชื่อว่า ความต้องการทางร่างกายเป็นความต้องการทางธรรมชาติของคนทำให้คนแสวงหาความสุขจากส่วนต่างๆ ของร่างกายแตกต่างกันไปตามวัย ถ้าหากไม่เป็นไปตามขั้นตอนก็จะเกิดภาวะ fixation ซึ่งมีผลทำให้เกิดการพัฒนาบุคลิกภาพไปในทางลบ เช่น การเกิดภาวะ fixation อยู่ในระยะ Oral state ก็จะมีผลทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดกับการตอบสนองของความพึงพอใจ Glover พบว่าในช่วงวัยเด็ก เด็กกลุ่มที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการตามพัฒนาการในช่วงระยะแรกของพัฒนาการจะทำให้เด็กเกิดความขัดแย้ง และมีพฤติกรรมที่รุนแรง เช่น โกรธ ก้าวร้าว หรือ

แยกตัวเอง รวมทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นหนทางที่จะตอบสนองความพึงพอใจทางปาก<sup>(33)</sup>

Meninger ได้แสดงให้เห็นว่า ความต้องการทางปาก ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เด็กโกรธ และแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว และความโกรธนั้น จะหันกลับเข้ามาทำร้ายตนเองโดยเกิดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เมื่อมารดาไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้ ทำให้เด็กผู้ชายจะเกิดความรู้สึกผูกพันกับบิดามากขึ้น กระทั่งกลายเป็นความรู้สึกของกลุ่มรักร่วมเพศ ซึ่งความรู้สึกนี้ จะถูกเก็บกดโดยการที่ใช้ยาเสพติดได้เช่นกัน

นอกจากนี้ psychodynamic theory ได้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดเกิดจากการมีบุคลิกลักษณะ เช่น พึ่งพา ก้าวร้าว เอาแต่ใจตัวเอง เฉยเมย และความรู้สึกไม่เพียงพอ รวมถึงความซึมเศร้า ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นตัวบ่งชี้ภาวะอ่อนแอของ ego (ego deficit)

สมมติฐานการใช้ยาเสพติดทางจิตวิทยา อธิบายว่า มีการใช้ยาเสพติดก็เพื่อควบคุมภาวะอารมณ์ที่อ่อนแอ Khantzian กล่าวว่า คนบางคนใช้ยากระตุ้นเพื่อควบคุมภาวะเศร้า เบื่อหน่าย ซึ่งล้วนแล้วมีผลมาจาก ego deficit ทั้งนั้น

4. ทฤษฎีการเรียนรู้และสิ่งแวดล้อม (Behavioral , Learning and Environment theory) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

#### 4.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เกิดจากการได้รับรางวัล และเกิดการเรียนรู้ซึ่งรวมปัจจัยทางการรับรู้ ซึ่งมีผู้ศึกษาทฤษฎีนี้หลายคน เช่น Abram , Niaura และ Bandura จะเห็นได้จากพฤติกรรมที่ดื่มสุรา ซึ่งจะเป็น psychoactive agent เป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาทางจิตสังคมในสังคมสมัยใหม่ของวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งเด็กวัยรุ่นจะได้รับการปลูกฝังเกี่ยวกับทัศนคติ ค่านิยม และรูปแบบการใช้ยาเสพติด เด็กเริ่มเรียนรู้ที่จะใช้เพื่อที่จะช่วยลดภาวะตึงเครียด และควบคุมอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ในสังคม

#### 4.2 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ (Interactional theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดเป็นผลของการได้รับผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ซึ่งถือว่า บุคคลเป็นปัจจัยที่สำคัญซึ่ง



จะถูกชักจูงจากปัจจัยทางอารมณ์ ความคิด เหมือนที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีผลให้เกิดพฤติกรรม

#### 4.3 ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy theory)

ความคาดหวังเป็นกระบวนการทางการรับรู้ ซึ่งขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ต่างๆ การเสพยาเสพติดจะมีขึ้นเมื่อวัยรุ่นมีความคาดหวังในทางบวกในการใช้ยา มากกว่าความคาดหวังในทางลบ

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

ทฤษฎีนี้ สนับสนุนการเรียนรู้เกี่ยวกับการได้รับรางวัล โดย Conger กล่าวว่า การใช้ยา จะลดภาวะตึงเครียด ซึ่งประกอบด้วย ความกลัว ความวิตกกังวล และรวมถึงความขัดแย้งซึ่งจะเป็นแรงจูงใจในการใช้ยาเสพติด

#### 4.5 ทฤษฎีว่าด้วยการบกพร่องต่อตนเอง (Self Handicapping theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า บุคคลผู้ซึ่งขาดความมั่นใจในตนเองมักใช้ยาเสพติด เพื่อให้ตนเองอยู่ในสภาวะที่ย่ำแย่ จะได้ใช้อ้างเป็นเหตุผลว่า ที่ตนไม่สามารถทำสิ่งต่างๆได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากการติดยาเสพติดของตน

#### 4.6 ทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self Awareness theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ยาเสพติดจะมีผลกระทบต่อกระบวนการรับรู้สิ่งต่างๆ หมายถึง การรับรู้สภาวะของตนเองซึ่งบุคคลเหล่านั้นจะมีการรับรู้ต่อตนเองน้อย และมองชีวิตของตนเองว่าล้มเหลว ตกต่ำ จึงทำให้มีการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

#### 5. ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สาเหตุของการติดยาเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ เช่น Gene , สารชีวเคมีต่างๆ เช่น Serotonin

#### 6. ทฤษฎีผสมผสาน (Integration theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การติดยาเสพติดเป็นผลรวมจากปัจจัยทางจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพต่างๆ ที่จะรวมก่อให้เกิดกับวัยรุ่นใช้ยาเสพติด<sup>(41)</sup>

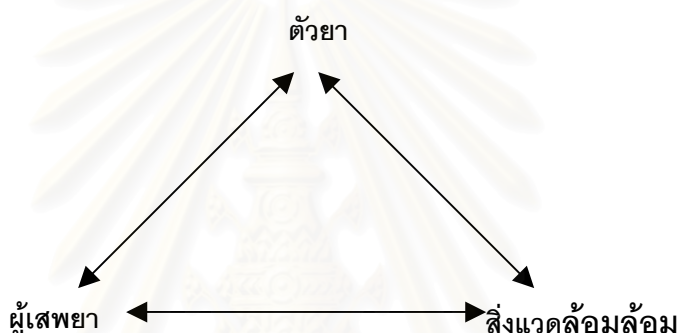
#### แนวคิดเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด

องค์ประกอบของปัญหาเสพติดมีความสลับซับซ้อน โดยจะพบว่าสาเหตุของปัญหา มากกว่า 1 ปัจจัย ปัจจัยสำคัญที่เป็นองค์ประกอบการติดยามี 3 ปัจจัย คือ<sup>(5)</sup>

1. ตัวผู้เสพยา (Addict)
2. ตัวยาหรือสารเสพติด (Drug or Substance)
3. สิ่งแวดล้อม (Environment)

ทั้ง 3 ปัจจัย จะมีผลต่อกันและกันอย่างที่จะละเว้นเสียอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ ลักษณะความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 นี้ อาจเขียนเป็นภาพง่ายๆ ดังนี้

### แผนภูมิที่ 1 แสดงปัจจัยสำคัญที่เป็นองค์ประกอบของการติดยา



#### 1. ตัวผู้เสพยา (Addict)

มีข้อสังเกตว่า คนที่ติดยาหรือสารเสพติดนั้น จะไขว่คว้าหาสารที่เขาติดมาใช้เพราะไม่รู้ว่ามันจะเกิดพิษร้าย มีความทุกข์ใจมากและไม่รู้วิธีการจะแก้ไข อยู่ในวัยคะนอง ขาดความรอบคอบ ถูกชักจูงโดยวิธีต่างๆ บ้าง ถูกกระแสมโนมในสังคม ในรูปแรงกดดันจากกลุ่มให้ต้องใช้สารนั้นๆ

ผู้เสพยาแต่ละคนจะมีลักษณะทางพันธุกรรมที่มีปฏิกิริยาต่อสารเสพติดชนิดเดียวกัน ขนาดเท่ากัน แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบุคคล สภาพร่างกายทางระบบประสาท การแพ้ (Allergy) หรือสภาพ metabolism ของแต่ละคน

คนในช่วงอายุแตกต่างกัน การคิดการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาชีวิต การอดทน ต่อการย่ำแย่และความมั่นคงทางจิตใจย่อมแตกต่างกัน

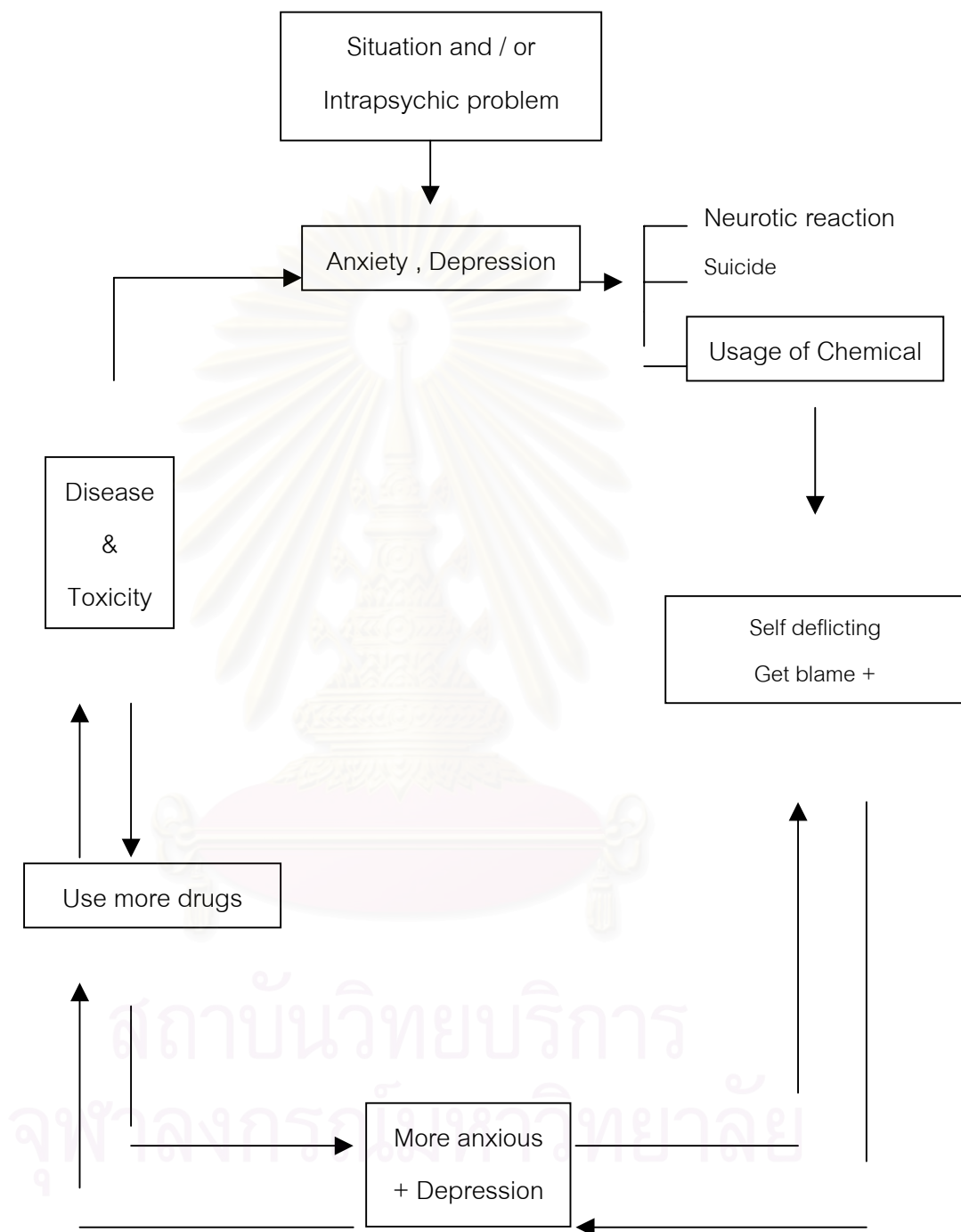
บุคลิกภาพที่จะนำไปสู่การเป็นผู้ติดยาได้ง่ายมักประกอบด้วย ลักษณะที่ก้าวร้าว ปรับตัวยาก ชอบพึ่งพาผู้อื่น เก็บกดอารมณ์หรือความคับแค้นใจ ปล่อยตนตามแรงผลักดันและต่อต้าน (impulsive and rebellious) สำหรับบุคลิกภาพผิดปกติอื่นๆ เช่น Antisocial Personality Disorder , Narcissistic Personality Disorder ก็อาจพบได้ ลักษณะที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ บุคลิกภาพของผู้ติดยาที่ติดยามานานแล้ว มักลักษณะคล้ายคลึงกันในแบบพุดแกง แต่เชื่อถือไม่ค่อยได้ หมกมุ่นอยู่กับการเสพยาติด ยอมทำทุกอย่างเพื่อแลกกับยาเสพติด มีลักษณะเสื่อมลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพ วินัย เพื่อนที่คบก็คบแต่เฉพาะพวกที่เสพยาเสพติดด้วยกัน

ถ้าพิจารณาด้าน Psychodynamic วงจรแสดงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจของผู้เสพยา อาจแสดงได้ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2 แสดงวงจรการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย



การเจ็บป่วยอาจเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดเป็นยาเพื่อรักษาหรือลดอาการให้ตัวเอง ที่พบได้คือ ผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการเจ็บป่วยติดต่อกันนานๆ หลังจากการผ่าตัด กระดูกหัก หรือเพื่อช่วยอาการนอนไม่หลับ คิดมาก อาการหูแว่ว เมื่อใช้ยาเสพติดก็ลดอาการได้

บางคนใช้ยาเสพติดเพื่อช่วยลดความเครียดในการทำงาน การปรับตัวในชีวิตประจำวัน คลายเครียด ขาดที่ปรึกษา ว่าเหว มีสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุขหรือบรรยากาศไม่น่าอยู่เสมือนมีแรงผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวไม่อยากกลับบ้าน แล้วก็ถูกแรงจูงใจจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีให้เข้าสู่สังคมของการใช้ยาเสพติด

อิทธิพลของเพื่อนในกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะจะมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับวัยรุ่นที่มีสภาพครอบครัวที่ไม่เป็นสุข เพื่อนจะชักจูงให้ใช้ยาเสพติดได้ง่าย

## 2. ติดยา หรือ สารเสพติด (Drugs or Substance)

สารที่ทำให้เกิดการเสพติดนี้ เรียกรวมว่า Psychoactive compounds ซึ่งมีทั้งที่เกิดตามธรรมชาติในรูปพืช เช่น ฝิ่น กัญชา บุหรี่ นอกจากนั้นก็เป็นสารสังเคราะห์ที่คนผลิตขึ้นด้วยกรรมวิธีทางเคมี เช่น ยาบ้า ถ้าพิจารณารวมกันระหว่าง 2 ปัจจัย คือ ผู้เสพยา และติดยาเสพติด อาจให้ข้อพิจารณาในเรื่อง

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับติดยาเสพติด
- 2.2 วัตถุประสงค์ในการใช้
- 2.3 แรงจูงใจที่ใช้เป็น Pleasure producing agent

## 3 สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อมอาจเสริมแรงให้เกิดความนิยม หรือ การต่อต้านการใช้ยาเสพติดได้ในลักษณะต่างๆ เช่น

- 3.1 ค่านิยมและวัฒนธรรมท้องถิ่น การโฆษณาในสื่อสารมวลชน
- 3.2 การใช้ยาเสพติดในพิธี ประเพณี งานสังคม เป็นสื่อการพบปะสังสรรค์
- 3.3 สังคมสร้างกฎในเชิงกำหนดขอบเขต หรือห้ามใช้ในรูปแบบกฎหมายต่างๆ

นโยบายของรัฐบาล

- 3.4 สังคมจัดให้มีบริการการรักษา และให้การช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติด
- 3.5 การร่วมมือจากองค์การต่างๆ ในสังคมเพื่อแก้ปัญหาเสพยาเสพติด ทั้งภาค

เอกชนเพื่อร่วมกันกำจัดยาเสพติดให้หมดไปจากชุมชน ให้การศึกษาแก่ชุมชนถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติด การช่วยเหลือเมื่อทุกข์ใจให้หลีกเลี่ยงยาเสพติด การลดสถานที่หรือแหล่งมั่วสุม

สิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดตัวผู้ติดยาเสพติดมากที่สุด คือ บ้าน และครอบครัวของเขาเอง มีลักษณะบางประการในแง่การสื่อสาร การอบรมเลี้ยงดู การแสดงอารมณ์ต่อกัน และความคาดหวัง ซึ่งมีลักษณะที่พบบ่อยๆ ในครอบครัวผู้ติดยาเสพติดดังนี้

1. ล้มเหลวในการติดต่อสื่อสารกันระหว่างพ่อแม่กับลูก หรือพ่อกับลูกในลักษณะต่างๆ กัน เช่น

1.1 มักพูดกันเฉพาะการสื่อสารในทางลบ ไม่มีการชมเชย หรือให้กำลังใจกัน มีแต่การจับผิด พูดเฉพาะคำตำหนิดูว่ากล่าว

1.2 พูดประชด คือ พูดในเชิงยุยงให้ทำเลว หรือไปเสพติดเสียเลยถ้าทำดีไม่ได้

1.3 เด็กใช้วิธีทำผิดเพื่อให้พ่อแม่สนใจ เอาใจใส่มากขึ้น เช่น หนีโรงเรียน กลับบ้านไม่ตรงเวลา เริ่มใช้ยาเสพติด หรือให้ตำรวจจับ ซึ่งลักษณะการทำผิดจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

1.4 พ่อแม่ที่มีท่าทีปฏิเสธลูกอย่างมาก เห็นลูกทำผิดก็ทำเหมือนไม่เห็นมักแสดงว่า “ลูกฉันต้องเป็นคนดี ไม่ใช่ลูกฉันที่ไปติดยา”

2. ปัญหาการเก็บกดอารมณ์โดยเฉพาะความโกรธในครอบครัว โดยทำที่ว่าจะไม่สามารถยอมรับ ความโกรธที่แสดงออกถือว่าไม่ดี เป็นกริยาต่ำ แสดงว่าไม่อบอุ่น ไม่รักกัน อารมณ์ที่แสดงออกต่อกันในครอบครัว ต้องดีเข้าหากัน แสดงกริยาดี ซ่อนเก็บความโกรธไว้

### แผนภูมิที่ 3 แสดงปัญหาการเก็บกดอารมณ์

Difficulty in anger expression



Too high impulse control



Internal anger

guilt



ทำให้เกิด :-

ก. Displacement → against authority

ข. Passive aggressive parental revenge

3. การคาดหวังเกี่ยวกับตัวเด็กที่อาจส่งผลในทางที่ไม่ดี มักเป็นไปในทางตั้งความหวังในตัวลูกสูงเกินไป และเด็กไม่สามารถทำให้ประสบความสำเร็จ ตามความคาดหวังของพ่อแม่ได้ ประกอบกับพ่อแม่ใช้ความสำเร็จของลูกเป็นเงื่อนไขที่จะให้ความรักแก่ลูก มีผลทำให้ลูกแสดงออกว่ามีปมด้อย เป็นผู้แพ้และทำตัวเลว

การพิจารณาปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านตัวยา และตัวผู้เสพยาโดยตรงจะประกอบด้วย

3.1 Availability คือ มียาและสารเสพติด (มากหรือน้อย) ในสิ่งแวดล้อม ถ้ามีอยู่มากก็สะดวกที่คนมีทุกข์ต้องการหาความสุขแบบใช้สารเคมี ก็จะหามาใช้ได้ง่าย สังเกตได้

3.2 Access คือ ผู้ใช้มีวิธีหรือหนทางที่จะซื้อยาเสพติดมาใช้ได้อย่างง่ายดาย เช่น แพทย์ พยาบาล อาจมีปัญหาติดยาเสพติด เพราะว่ามีทางได้ยามาได้ง่ายกว่าคนอื่น

3.3 Opportunity มีโอกาสที่จะใช้บ่อยๆ เช่น มีเวลาว่าง มีสถานที่ที่เหมาะสมที่ผู้เสพยาจะไปพบปะมั่วสุมกัน มีเงินที่จะใช้ในการซื้อหาโอกาสที่จะอำนวยความสะดวกในการใช้

3.4 Willingness to use ผู้ใช้เกิดความพอใจที่ใช้ยาเสพติด เพราะการใช้ทำให้เกิดความพอใจและมีความสุขเป็น self rewarding และเป็น reinforcement ให้ใช้ซ้ำๆ ด้วย

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาบ้าในประเทศไทย

อรรถนพ วิสุทธิมรรค<sup>(34)</sup> ได้รายงานผลการศึกษานักศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 27 ราย เมื่อ พ.ศ. 2541 พบว่า คนกลุ่มนี้มีอายุระหว่าง 17-42 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.2 ว่างงาน ร้อยละ 37.1 ส่วนที่ทำงานส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 อาการโรคจิตจากแอมเฟตามีน คือ การตัดสินใจผิดพลาด ร้อยละ 88.9 ก้าวร้าวผิดปกติ ร้อยละ 85.2 อาการอื่นๆ ที่พบรองลงไปคือ นอนไม่หลับ ร้อยละ 77.8 หวาดระแวง ร้อยละ 77.8 พฤติกรรมพิลึก (Bizarre behavior) ร้อยละ 70.4 ประสาทหลอนทางหู ร้อยละ 66.7 ทางตา 48.1 และทางผิวหนังสัมผัส ร้อยละ 3.7 สับสนเสียการรับรู้ในเรื่องบุคคล ร้อยละ 48.1 สถานที่ ร้อยละ 40.7 และเวลา ร้อยละ 40.7 อาการผิดปกติคือ ซึมเศร้า ร้อยละ 29.6 ครั่นแค้น ร้อยละ 11.1 อาการไม่เหมาะสม ร้อยละ 3.7 และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ร้อยละ 22.2

วสุ จันทศักดิ์<sup>(35)</sup> ได้ศึกษาผู้ป่วย 209 รายในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เมื่อ พ.ศ. 2541 ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 20 – 29 ปี ถูกปรับไว้รักษาเนื่องจากมี



พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยมีระยะการเกิดอาการของโรคจิตค่อนข้างเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนมาก เสพยาบ้าโดยวิธีสูบในปริมาณ 3-5 เม็ดต่อวัน เป็นเวลา 1-3 ปี อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ หลงผิด ชนิดหวาดระแวง ร่วมกับอาการประสาทหลอน ซึ่งคล้ายกับโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง เป็นอย่างมาก เกือบทั้งหมดเมื่อได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตทั่วไป จะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ระยะที่รับไว้รักษาประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาพบว่ามีอาการกำเริบประมาณ 1 ใน 3

กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล และคณะ<sup>(36)</sup> ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้า จำนวน 26 คนที่โรงพยาบาลสวนปรุงเมื่อปี 2542 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย  $25.1 \pm 7.1$  อายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 79.5 สถานภาพโสดร้อยละ 63.9 เรียนอยู่ในระดับประถมถึงมัธยมต้น ร้อยละ 65.8 อาชีพเกษตรกรและกรรมกรรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 58.0 เสพมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ จนถึงเสพทุกวัน ร้อยละ 81.5 เสพมากกว่า 1 เม็ด/ครั้ง ร้อยละ 77.3 เสพแบบสูบควันร้อยละ 91.6 อาการแรกพบ พบว่ามีอาการประสาทหลอนร้อยละ 92.1 หวาดระแวงร้อยละ 91.6 ความคิดสับสน ร้อยละ 85.1 อาการที่พบไม่มากคือ อาการไม่เป็นมิตร ร้อยละ 62.3 ตื่นตัวอยู่ไม่สุข ร้อยละ 45.5 หลงผิดคิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษเหนือผู้อื่นร้อยละ 32.5 อาการที่ไม่ค่อยเด่นชัด คือ ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นบกพร่อง เกิดการแยกตัวทางอารมณ์ร้อยละ 75.8 การตอบสนองทางอารมณ์น้อยผิดปกติร้อยละ 63.2 โรคจิตจากยาบ้า มักเกิดขึ้นตามหลังช่วงเวลาที่ใช้ยาบ้าบ่อยๆ เสพปริมาณมาก และเสพมานาน อัตราการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคมักสัมพันธ์กับขนาดยา และวิธีเสพ การเกิดอาการทางจิตมักสัมพันธ์กับการเสพด้วยวิธีการที่รวดเร็ว เช่น การฉีด การสูบ ควัน เป็นต้น

พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ<sup>(37)</sup> ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยใหม่ 126 รายที่โรงพยาบาลสวนปรุง เมื่อ พ.ศ. 2543 เพื่อดูการดำเนินโรคทางคลินิก แนวทางการรักษาโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนและผลการดำเนินโรคหลังรับการรักษาแล้ว 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โสด อยู่ในวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุเฉลี่ยที่สุด คือ 14 ปี ระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ ไม่มีรายได้ (ว่างงานหรือเป็นนักเรียน นักศึกษา) หรือรายได้น้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการทางจิตภายใน 3 ปี หลังเสพยา เสพมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ขนาดที่เสพบอกปริมาณที่ชัดเจนไม่ได้ แต่เสพโดยเฉลี่ยประมาณ 2 เม็ดครั้งต่อครั้ง ร้อยละ 96.0 เสพโดยวิธีสูบ กลุ่มตัวอย่างมักเสพยาในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนมาพบแพทย์และอาการทางจิตมักจะเกิดขึ้นตั้งแต่ในช่วงที่เสพยา

วาสนา พัฒนกำจร<sup>(38)</sup> ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาบ้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนนักศึกษา ที่เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี เมื่อ พ.ศ. 2540 โดยศึกษาผู้ป่วย 100 คน ผล

การศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ยาบ้า คือ 17 ปี โดยวิธีสูบร้อยละ 95 ใช้เฉลี่ยวันละ 2 เม็ด และใช้มานานเฉลี่ย 1 ปี 4 เดือน สาเหตุที่ใช้ครั้งแรกเพราะอยากลองร้อยละ 49 และเพื่อนชวนร้อยละ 37 แต่เมื่อใช้ยาครั้งที่ 2 เนื่องจากความพึงพอใจร้อยละ 30 จากเพื่อนชวนร้อยละ 24 ส่วนใหญ่ซื้อจากเพื่อนในโรงเรียนราคาประมาณเม็ดละ 100 บาท ใช้ตามห้องน้ำในโรงเรียน บ้านเพื่อนหรือหอพัก พฤติกรรมที่พบร่วมกับการใช้ยาได้แก่ การหนีโรงเรียนพบร้อยละ 66 ขายยาร้อยละ 12 และไม่พอใจครอบครัว ร้อยละ 11 บิดามารดาและญาติติตติสุราเรื้อรัง ร้อยละ 30 พบที่พักรู้จักแหล่งขายนาย ร้อยละ 35

จงรักษ์ กุลเศรษฐี<sup>(38)</sup> ศึกษาผู้ป่วยยาติตติบ้าที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เมื่อ พ.ศ. 2538 จำนวน 865 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย  $20.6 \pm 6.8$  ปี อาชีพว่างงาน ร้อยละ 51.1 นักเรียนนักศึกษาร้อยละ 11.3 การศึกษาส่วนมากมัธยมศึกษาร้อยละ 54.2 สาเหตุการติตติยาส่วนมากอยากทดลองร้อยละ 74.8 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเปรียบเทียบกลุ่มที่มีอาการทางจิตประสาทและที่ไม่มีอาการ พบว่ากลุ่มที่มีอาการทางจิตประสาทมีอายุเฉลี่ย ( $24.2 \pm 6.7$  ปี) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ ( $20.6 \pm 6.8$  ปี) ส่วนอาชีพ ระยะเวลาที่เสพ วิธีการเสพไม่แตกต่างกัน และพบว่ากลุ่มที่มีอาการทางจิตประสาทประมาณครึ่งหนึ่งเสพยาบ้าเพียง 1-2 เม็ดต่อวัน

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด<sup>(40)</sup> ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผลเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ที่โรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อ พ.ศ. 2540 จำนวน 250 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยใหม่ 122 คน ผู้ป่วยเก่า 128 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาเสพติดเพียงชนิดเดียวเท่านั้น ในผู้ป่วยใหม่ครึ่งหนึ่งใช้ยาบ้า รองลงมาคือ กัญชา เฮโรอีน และสารระเหย ในสัดส่วนใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 4 ในขณะที่ผู้ป่วยเก่าร้อยละ 33 ใช้ยาบ้าร้อยละ 15 ใช้กัญชา ร้อยละ 9 ใช้สารระเหย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้ยาเสพติดแต่ละชนิดมาแล้ว 2-5 ปี ส่วนปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการโรคจิตพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ตัวแปร มีถึงร้อยละ 82 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงพบร้อยละ 18 ลักษณะอาการพบว่า มีความผิดปกติมากกว่า 1 ด้าน โดยจะมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ หรือเนื้อหาความคิดเป็นหลัก พบว่ามีผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้าถึงร้อยละ 56

อังกูร ภัทรการ<sup>(17)</sup> ทำการศึกษาผู้เสพยาบ้า จำนวน 1,461 ราย ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เมื่อ พ.ศ. 2544 พบว่าผู้ป่วยที่เสพยาบ้าเป็นชาย (ร้อยละ 86.58) อายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 63.31) สูบยาบ้าวันละน้อยกว่า 1-3 เม็ด (ร้อยละ 64.48) และนาน 1-3 ปี (ร้อยละ 57.22) พบผู้ที่มีอาการโรคจิต 358 ราย (ร้อยละ 33.16) กลุ่มที่มีอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 10.34) สูบยาบ้าวันละมากกว่า 3-

10 เม็ด (ร้อยละ 14.79) และสูบนาน กว่า 3 ปี (ร้อยละ 17.52) อาการโรคจิตอาจเกิดจากพิษเฉียบพลันจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาสั้น หรือกระตุ้นให้ผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคจิตอยู่แล้วแสดงอาการโรคจิตออกมา การชักประวัติการเสพยาบ้า ประวัติพื้นฐานทางบุคลิกภาพของผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความผิดปกติใดๆ อยู่หรือไม่ จะทำให้สามารถหลีกเลี่ยงการสั่งยาที่จะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์และให้การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าที่มีอาการโรคจิตด้วยยาที่เหมาะสม

กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ<sup>(41)</sup> ทำการศึกษาลักษณะและพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ยาบ้าที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงเป็นครั้งแรก จำนวน 75 คน เมื่อ พ.ศ. 2541 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 92.0 อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 49.3 เป็นโสดร้อยละ 54.7 อาชีพรับจ้างร้อยละ 28.0 จบประถมศึกษาตอนปลายร้อยละ 28.0 ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 60.0 ไม่ได้อาศัยในชุมชนแออัดร้อยละ 93.3 ไม่อยู่ใกล้สถานเริงรมณ์ 74.7 อยู่ในแหล่งซื้อขายยาบ้าร้อยละ 69.3 สมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติดร้อยละ 32.0 เพื่อนสนิทเสพยาบ้าร้อยละ 93.3 ใช้ยาบ้าเพราะอยากลองร้อยละ 37.3 เพื่อนชวนร้อยละ 64.0 ใช้ยาบ้ามานาน 1-2 ปี ร้อยละ 29.3 โดยเสพทุกวันร้อยละ 42.7 ใช้น้อยกว่า 1 เม็ดต่อครั้งร้อยละ 38.7 โดยวิธีสูดดมร้อยละ 85.3 ซื้อยาบ้าจากเพื่อนร้อยละ 36.6 โดยซื้อในหมู่บ้านที่อาศัยร้อยละ 28.0 ยาเสพติดชนิดอื่นที่ใช้คือ สุรา ร้อยละ 65.3 รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 54.7 เมื่อไม่มีเงินจะขอจากคนในครอบครัวร้อยละ 24.0 ผู้ป่วยเคยถูกดำเนินคดีร้อยละ 22.7 เป็นคดีมียาบ้าในครอบครองร้อยละ 6.7 คดีเสพยาบ้าร้อยละ 5.3

สุพรรณิ โพธิ<sup>(42)</sup> ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการจิตประสาทกับแบบแผนการเสพแอมเฟตามีนของผู้ป่วยรายใหม่ ที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เมื่อ พ.ศ. 2543 จำนวน 70 คน พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 75.7 อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 51.4 เป็นโสดร้อยละ 90 ว่างงานร้อยละ 45.7 สูบบุหรี่ 1-3 เม็ดต่อวันร้อยละ 51.4 ระยะเวลาที่ใช้ 1-3 ปี ร้อยละ 52.9 เสพโดยการสูดร้อยละ 97.1 อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 54.3 ปริมาณและระยะเวลาในการเสพมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วัชรวิ จุลยพันธ์ และคณะ<sup>(43)</sup> ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่มีอาการโรคจิตและผู้เสพยาบ้าที่ไม่มีอาการโรคจิตที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์เมื่อ พ.ศ. 2543 จำนวน 180 คน เป็นผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิต 45 คน และไม่มีอาการโรคจิต 135 คน พบว่า กลุ่มมีอาการโรคจิตมีอายุระหว่าง 15-20 ปี ร้อยละ 51.1 กลุ่มที่ไม่มีอาการโรคจิตมีอายุอยู่ในช่วงเดียวกันร้อยละ

ละ 67.4 กลุ่มที่มีอาการ เป็นโสดร้อยละ 86.7 กลุ่มที่ไม่มีอาการ เป็นโสดร้อยละ 81.5 กลุ่มมีอาการมีความรู้ระดับมัธยมต้นร้อยละ 55.6 กลุ่มที่ไม่มีอาการมีความรู้ระดับเดียวกัน ร้อยละ 52.6 กลุ่มมีอาการไม่มีรายได้ ร้อยละ 55.6 กลุ่มไม่มีอาการ ไม่มีรายได้ร้อยละ 54.8 กลุ่มมีอาการเพศ โดยวิธีสูบบุหรี่ร้อยละ 95.6 กลุ่มไม่มีอาการ เพศด้วยวิธีเดียวกันร้อยละ 89.6 กลุ่มมีอาการเพศมากกว่า 5 ปีร้อยละ 44.4 กลุ่มไม่มีอาการเพศมานาน 1-2 ปีร้อยละ 40.7 กลุ่มมีอาการเพศยาบ้า 1-2 เม็ด ต่อวัน ร้อยละ 47.7 กลุ่มไม่มีอาการเพศด้วยวิธีเดียวกันร้อยละ 50.8 กลุ่มมีอาการเพศยาเสพติดอื่นร่วมด้วย คือ กัญชา และบุหรี่ ร้อยละ 88.9 กลุ่มไม่มีอาการเพศยาเสพติดอื่นร้อยละ 83.7

ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา และคณะ<sup>(64)</sup> ศึกษาสถานการณ์การเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดสระบุรี และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้า เมื่อ พ.ศ. 2539 โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1,117 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.78 เสพยาบ้าในโรงเรียนร้อยละ 36.04 ซื้อมาได้จากบ้านผู้ชาย ร้อยละ 67.82 เสพยาบ้าเพราะอยากลองและเพื่อนชวนร้อยละ 76.07

ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีวิบูลย์และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา<sup>(65)</sup> ศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลศรีวิบูลย์และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เมื่อ พ.ศ. 2560 – 2532 จำนวน 1,208 คน พบว่า เป็นผู้ป่วยเพศชาย 65.23 เพศหญิงร้อยละ 34.77 โสดร้อยละ 62.91 มีความรู้ระดับประถมศึกษาร้อยละ 61.42 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 30.47 ภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางร้อยละ 69.70 ผู้นำส่งโรงพยาบาลคือ บิดามารดา ร้อยละ 37.75 ปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท คือ ปัญหาครอบครัวร้อยละ 30.10 ปัญหาสิ่งเสพติด ร้อยละ 20.73 สมาชิกในครอบครัวคิดว่า ผู้ป่วยทำตัวเป็นปัญหาที่สมาชิกในครอบครัวร้อยละ 42.62 ผลต่อผู้ป่วย คือ สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม ร้อยละ 43.39

สิริรักษ์ ศรีปัญจพงษ์<sup>(70)</sup> ศึกษาความชุกของปัญหาทางจิตใจในผู้ป่วยติดยาบ้าในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เมื่อ พ.ศ. 2544 โดยศึกษาผู้ป่วย 400 คน เป็นเพศชายร้อยละ 86.2 อายุ 16-20 ปี ร้อยละ 43.61 โสดร้อยละ 42.51 ศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 50.0ว่างงานร้อยละ 27.0 พบความชุกของปัญหาทางจิตร้อยละ 57.8

รณชัย คงสกันธ์และคณะ<sup>(72)</sup> ศึกษาผู้ติดยาบ้าในโรงงานแบตเตอรี พบผู้ป่วยติดยาบ้า 185 ราย เป็นชายร้อยละ 45.9 หญิงร้อยละ 54.1 ใช้น้ำยา มานานเฉลี่ย 34 เดือน ด้วยวิธีสูบบุหรี่ทุกคน ปริมาณที่เสพเฉลี่ย ครั้ง -1 เม็ด ต่อวัน เสพเพราะเข้าใจว่าจะทำให้ทำงานได้มากขึ้น ร้อยละ 87.5 ใช้น้ำยาเสพติดอื่นร่วมด้วยร้อยละ 75.0



อุษา ชูชาติ และคณะ<sup>(74)</sup> ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 50 คน เมื่อ พ.ศ. 2536 พบว่า เป็นเพศชาย 26 คน เพศหญิง 24 คน อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 54.0 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 36.0 โสด ร้อยละ 70.0 ผู้ป่วย ร้อยละ 45.34 มีการทะเลาะกันในครอบครัวรุนแรงบ่อย ๆ บิดาติดสุรา ร้อยละ 6.45 ไม่มีเพื่อนสนิท ร้อยละ 58.0 ไม่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 74.0

จำเนียร แบ้กระโทก<sup>(77)</sup> ศึกษาประสบการณ์เสพยาบ้าของวัยรุ่นชายในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เมื่อ พ.ศ. 2544 จำนวน 8 ราย เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่าสาเหตุของการเสพยาบ้าครั้งแรกคือ อยากรลอง สาเหตุของการเสพยาบ้าซ้ำเพราะรู้สึกดีใจในรสของยาบ้า ผู้ป่วยมาจากครอบครัวแตกแยก สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มียาบ้าจำหน่าย เพื่อนสนิทเป็นเพื่อนที่เสพยาบ้าเหมือนกัน

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับยาบ้าในต่างประเทศ

Wong และ คณะ<sup>(44)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดเมื่อ ค.ศ. 1997 โดยเปรียบเทียบ นักเรียนระดับมัธยมศึกษากับเด็กวัยรุ่นที่ถูกคุมความประพฤติในฮ่องกง พบว่า ความถี่ของการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับตัวแปรทางจิต – สังคม เช่น การปล่อยปละละเลย การใช้จ่ายของเพื่อน การยอมรับแรงกดดันจากเพื่อน ทักษะคนดี แรงเสริมจากเพื่อน และความระมัดระวังในการได้มาซึ่งยาเสพติด ปัจจัยทางจิต – สังคม ประกอบด้วย บุคลิกภาพ รวมถึง สภาพแวดล้อม

Sokol – Katz และคณะ<sup>(45)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของครอบครัวกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กวัยรุ่นเมื่อ ค.ศ. 1997 พบว่าลักษณะโครงสร้างทางครอบครัวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ความผูกพันในครอบครัวเป็นผลโดยตรงต่อค่านิยมซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กวัยรุ่น เช่น การติดยาเสพติด

Griffith และคณะ<sup>(46)</sup> ได้ทำการศึกษาทดลองเมื่อ ค.ศ. 1970 โดยให้อาสาสมัครรับประทานแอมเฟตามีน ครั้งละ 10 มก. เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุก 1 ชั่วโมง พบว่า อาสาสมัครทุกรายจะเกิดอาการโรคจิต (psychosis) เมื่อได้รับแอมเฟตามีนในขนาดตั้งแต่ 120-700 มก. ภายในระยะเวลา 2 – 5 วัน อาการที่เกิดขึ้น เริ่มต้นด้วยอารมณ์ ครื้นเครง (euphoria) และมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น ตามมาด้วยอาการซึมเศร้า แยกตัว นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ก่อนที่จะเริ่มมีอาการหวาดระแวง

(paranoid) และ พัฒนาไปเป็น well-organized paranoid delusion ซึ่งอาจพบร่วมกับประสาทหลอนทางตา และหรือทางหู อาการที่เกิดขึ้นคล้ายกับโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง แต่ไม่พบว่ามี formal positive thought disorder ร่วมด้วย อาการทั้งหมดจะหายไปภายใน 8 ชั่วโมง จนถึง 3 วัน หลังจากหยุดแอมเฟตามีน

Jenkins<sup>(47)</sup> ได้ศึกษาอิทธิพลของเพื่อนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด จากนักเรียนจำนวน 2,229 คน ทางตอนเหนือของรัฐ Ohio เมื่อ ค.ศ. 1996 พบว่า อิทธิพลของเพื่อนมีผลต่อการใช้ยาเสพติด โดยเด็กที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ติดยา จะมีโอกาสใช้ยาเสพติดสูงอย่างมีนัยสำคัญ

Szalay และคณะ<sup>(48)</sup> ได้ศึกษาสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อการใช้สารเสพติดเมื่อ ค.ศ. 1996 พบว่า นักเรียนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ชักจูงให้เสพยา จะมีความเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดมากกว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการใช้ยาเสพติดน้อยกว่า

Hoffmann<sup>(49)</sup> ได้ศึกษาผลกระทบของครอบครัวต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นเมื่อ ค.ศ. 1993 พบว่า กลุ่มเพื่อน โครงสร้างครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา และวัยรุ่น มีผลโดยตรงต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่น และผลทางอ้อมพบว่า ปัจจัยในครอบครัวมีอิทธิพลต่อกลุ่มเพื่อน และโครงสร้างของครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว จากการศึกษาให้คำแนะนำไว้ว่า ครอบครัวมีผลต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ซึ่งมีความซับซ้อนมาก และต้องให้ความสนใจมากกว่าที่เป็นอยู่

Russell และคณะ<sup>(50)</sup> ทำการศึกษาโดยสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในเมือง Edmonton ประเทศแคนาดา เมื่อ ค.ศ.1994 พบว่าความชุกของการติดยาเสพติดเท่ากับร้อยละ 6.9 อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 3 ต่อ 1 และร้อยละ 80.3 ของบุคคลที่เสพยาเสพติดได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่า ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้ยาเสพติด คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม โรคอารมณ์ครื้นเครง (mania) โรคซึมเศร้า และโรคหวาดกลัว (panic) มักจะเสพยาบ้า ผู้ที่ใช้บาร์บิทูเรตและยานอนหลับเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ผู้ใช้ยาหลอนประสาท มีความสัมพันธ์กับโรคอารมณ์ครื้นเครง (mania) แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตเวชแตกต่างกัน มีแนวโน้มการเลือกใช้ยาเสพติดที่แตกต่างกัน

Hall และคณะ<sup>(51)</sup> ศึกษาความผิดปกติทางจิตเวชและวิธีการเสพยาแอมเฟตามีน ของผู้ติดยาแอมเฟตามีนในเมืองซินิย์ ประเทศออสเตรเลีย เมื่อ ค.ศ. 1996 พบว่า มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ



79 วัดกัณฑ์ร้อยละ 76 ระวังร้อยละ 52 ประสาทหลอนร้อยละ 46 และมีพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 44 วิธีการเสพและความถี่ในการเสพสามารถทำนายถึงอาการโรคจิตได้ วิธีการเสพและความถี่ในการเสพมีความสัมพันธ์กับอาการประสาทหลอน พฤติกรรมรุนแรงและอาการระแวง การเสพด้วยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำ จะทำให้เกิดอาการโรคจิตได้เร็ว รุนแรงและอาการก็จะหายไปได้รวดเร็ว ในขณะที่การเสพด้วยวิธีกินนั้น อาการโรคจิตจะปรากฏไม่รุนแรงเท่าและบางครั้งจะเกิดอาการเป็นระยะเวลาที่นานกว่า

Iwanami และคณะ<sup>(52)</sup> ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากการเสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศญี่ปุ่น เมื่อ ค.ศ. 1989-1991 จำนวน 104 คน พบว่า คนญี่ปุ่นที่ป่วยเป็นโรคจิตจากการเสพยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 77 มีอายุเฉลี่ย 35 ปี เป็นโสดร้อยละ 68 ว่างงานร้อยละ 32 ถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยตำรวจร้อยละ 57 ระยะเวลาเสพยาบ้าจนเกิดอาการนานมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 64 ทุกคนเสพยาบ้าด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือดดำในขนาด 5-50 mg./ครั้ง วันละ 1 – 10 ครั้ง ยาเสพติดอื่นที่ใช้ร่วมคือ สุราร้อยละ 47 กลุ่มผู้เสพส่วนมากอยู่ในแก๊งยาสูบ และกลุ่มผิดกฎหมาย สาเหตุที่เสพมักจะเนื่องจากหวังผลให้เคลิบเคลิ้มเป็นสุข (euphoria) และจากการอยากลองอยากรู้

Sato<sup>(20)</sup> ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 21 แห่งในประเทศญี่ปุ่น ระหว่าง ค.ศ. 1983-1984 จำนวน 246 ราย พบอัตราส่วนของเพศชาย ต่อเพศหญิง เป็น 7.5 : 1 ส่วนใหญ่เสพมานาน 1-4 ปี ทุกคนเสพโดยฉีดเข้าหลอดเลือด 30-90 mg / ครั้ง วันละ 1-10 ครั้ง ระยะเวลาที่มีอาการโรคจิตน้อยกว่า 10 วัน ร้อยละ 64.0 พบการกำเริบของโรค ร้อยละ 56.5

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross Sectional Descriptive Study)

### ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample Selection)

**กลุ่มประชากรเป้าหมาย (Target population)** คือผู้ป่วยที่อาการของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

**ประชากรตัวอย่าง (Population Samples)** คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ถูกจับตัวไว้ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ใน พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา 885 ราย ดังนั้นในระยะเวลา 1 เดือน มีผู้ป่วยเฉลี่ย 74 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง (Samples)** คือ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า ทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่า ถ้าเป็นผู้ป่วยใหม่ต้องไม่เคยมีอาการโรคจิตมาก่อน หากมีอาการโรคจิตเกิดขึ้นจะต้องเกิดในขณะที่ใช้ยาบ้าหรือภายหลังการใช้ยาบ้า และผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Schizophrenia หรือ Organic brain syndrome เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ถูกจับตัวไว้รักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ได้รับการบำบัดรักษาจนกระทั่งมีอาการทางจิตลดลงคือ มีค่าการประเมินอาการโรคจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตอบแบบสัมภาษณ์ และผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้

### วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

$$\text{โดยใช้สูตร} \quad n = \frac{Z_{\alpha} pq}{d^2}$$

$$\begin{aligned}
 p &= 0.245(\text{ค่าความชุกของการเกิดโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า=24.50\%})^{(17)} \\
 q &= 1 - P = 0.755 \\
 d &= \text{ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบโรค} = 0.05 \\
 Z &= \text{เป็นค่า } Z \text{ จากตารางเมื่อกำหนดให้มีค่าความเชื่อมั่น } 95\% = 1.96 \\
 &\quad \text{ดังนั้นค่า } n = 284.23996
 \end{aligned}$$

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มค่าของขนาดตัวอย่างเป็น 290 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบประเมินอาการโรคจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall และ Gorham (1962) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ Somatic concern, Anxiety, Emotional withdrawal, Conceptual disorganization, Guilt feeling, tension, Mannerism & Posturing, Grandiosity, Depressive mood, Hostility, Suspiciousness, Hallucination, Motor retardation, Uncooperativeness, Unusual thought content, Blunted affect, Excitement และ Disorientation (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) มีระดับคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนนตั้งแต่ระดับ 0-6 คือ 0 = ไม่มีอาการ

- 1 = มีอาการเล็กน้อยบางครั้ง
- 2 = มีอาการเล็กน้อย
- 3 = มีอาการปานกลาง
- 4 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 5 = มีอาการรุนแรง
- 6 = มีอาการรุนแรงมาก

คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0-108 คะแนน โดยถ้ามีคะแนนมากกว่า 30คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตมากและถ้ามีคะแนนอยู่ระหว่าง 18-30 คะแนนแสดงว่ามีอาการทางจิตน้อย

2. ข้อมูลส่วนบุคคล และลักษณะการเสพยาเสพติด ใช้แบบสัมภาษณ์ Structured Interview ซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบสอบถาม European Substance Use Database โดย

ก. ลินคักดี สุวรรณโชติ ซึ่งได้ตรวจสอบหาความตรงในเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีการของ โรวินลลี และ แฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ

= 0.67 –1.00 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวม = 0.846 ถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ วิธีการเสพยา จำนวนและปริมาณการเสพ เป็นคำถามปิดและเปิดจำนวน 19 ข้อ

3. ข้อมูลทางจิต-สังคมประกอบด้วย ข้อมูลด้านการทำงานและเศรษฐกิจ การศึกษา การอยู่ร่วมกับเพื่อนรวมทั้งสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย เป็นแบบสัมภาษณ์ Structured Interview ซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาวะทางจิตสังคมในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด

(Psychosocial and substance use history) จาก South Suburban Council on Alcoholism โดย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ ซึ่งได้ตรวจสอบหาความตรงในเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีการของ โรวินเนลลี และ แฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ = 0.67 –1.00 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวม = 0.846 เป็นคำถามปิดและเปิดจำนวน 58 ข้อ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการดังนี้

1. จัดทำหนังสือขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและจัดส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
2. ติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย
3. ประสานงานกับกลุ่มงานการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล
4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การเลือก และชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์
5. ประเมินอาการโรคจิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) โดยประเมินเมื่อรับใหม่ และต่อไปอีกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าผู้ป่วยจะมีค่า BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน
6. แบบสัมภาษณ์ชนิด Structured Interview จะใช้สัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมีค่า BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน
7. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมด
8. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Program SPSS PC<sup>+</sup> ซึ่งใช้การวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ ดังนี้

1. ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่จำนวนค่าร้อยละ ,Mean ,Mode ,Standard deviation (S.D) ,Mininum ,Maxinum เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล
2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้ Chi-square test ( $X^2$ ) ,Fisher's Exact Test และ Unpaired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่ม เพศชาย และ เพศหญิง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้การศึกษาปัจจัยทางจิต-สังคมของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้คือ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป
- 1.2 ข้อมูลอาการทางจิตจากแบบประเมิน BPRS
- 1.3 ข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ
- 1.4 ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาบ้า

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางจิต-สังคม

- 2.1 ข้อมูลด้านสภาพครอบครัว
- 2.2 ข้อมูลด้านการศึกษา
- 2.3 ข้อมูลด้านการกระทำผิด
- 2.4 ข้อมูลกลุ่มเพื่อน
- 2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย
- 2.6 รูปแบบการจัดการและได้มาซึ่งยาบ้า
- 2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิต-สังคมผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

### 1.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 290 คน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	202	69.70
หญิง	88	30.30
<b>อายุ</b>		
15 – 19	54	18.62
20 – 24	106	36.55
25 – 29	68	23.45
30 – 34	31	10.69
35 – 39	20	6.90
40 – 44	7	2.41
45 - 49	4	1.38
Mean = 25.15    SD = 6.69    Minimum = 15    Maximum = 49		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	166	57.2
คู่	64	22.1
หม้าย / หย่า	18	6.20
แยกกันอยู่	42	14.5
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	270	93.10
คริสต์	1	0.30
อิสลาม	19	6.6

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ที่อยู่</b>		
กรุงเทพมหานคร	200	69.0
เขตภาคกลาง 75	25.9	
เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	9	3.1
เขตภาคเหนือ 5	1.7	
เขตภาคใต้	1	0.3
<b>ผู้นำส่ง</b>		
มาด้วยตนเอง 7	2.4	
ตำรวจ	4	1.4
ญาติและบิดา มารดา	155	53.5
ตำรวจ ญาติและบิดา มารดา	110	37.9
ผู้นำชุมชน	1	0.3
ผู้นำชุมชน ญาติและบิดามารดา	5	1.7
ตำรวจและนายจ้าง	1	0.3
นายจ้าง ญาติและบิดา มารดา	2	0.7
เพื่อนและเพื่อนบ้าน	3	1.0
เพื่อนบ้าน ญาติและบิดา มารดา	2	0.7
<b>เหตุผลที่มารักษา</b>		
สุขภาพไม่ดี	66	22.8
ทางบ้านบังคับ	196	67.6
ต้องการให้สังคมยอมรับ	1	0.3
ญาติขอรับรอง	27	9.3

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร</b>		
อยู่คนเดียว	11	3.8
คู่	20	6.9
คู่และลูกหลาน	13	4.5
ลูกหลาน	4	1.4
นายจ้าง	4	1.4
บิดาและมารดา	57	19.7
บิดา มารดา คู่และลูกหลาน	16	5.5
บิดา	4	1.4
มารดา	24	8.3
ญาติ	43	14.8
บิดา มารดา คู่และญาติ	91	31.4
เพื่อน	3	1.0

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชด้วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าทั้งหมด 290 คน แบ่งเป็นเพศชาย 202 คน คิดเป็นร้อยละ 69.7 และเพศหญิง 88 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 56.9 อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย =  $25.15 \pm 6.59$  ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นโสด ร้อยละ 57.2 ศาสนาที่นับถือมากที่สุดคือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.1 ภูมิลำเนาโดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 69.0 และที่พบน้อยที่สุดคือเขตภาคใต้ ร้อยละ 0.3

ผู้นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือ ญาติ และบิดา มารดา ร้อยละ 53.5 รองลงไปคือ ตำรวจ ญาติ และบิดา มารดา ร้อยละ 37.9

เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในครั้งนี้ สูงที่สุดคือทางบ้านบังคับ ร้อยละ 67.6 เหตุผลรองลงไปคือ สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 22.8

การพักอาศัยในปัจจุบันของผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา คู่ และญาติ ร้อยละ 31.4 รองลงไปที่อาศัยอยู่กับบิดา และมารดา ร้อยละ 19.7

## 1.2 ข้อมูลอาการทางจิตจากแบบประเมิน BPRS

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนรวม BPRS เมื่อผู้ป่วยถูกปรับใหม่

คะแนน BPRS	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนเมื่อปรับใหม่		
36	1	0.3
37	2	0.7
39	3	1.0
40	29	10.0
41	31	10.7
42	44	15.2
43	43	14.8
44	62	21.4
45	31	10.7
46	28	9.7
47	9	3.1
48	3	1.0
49	2	0.7
51	1	0.3
55	1	0.3
Mean = 43.23	SD = 2.29	
Minimum = 36	Maximum = 55	

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนน BPRS เมื่อปรับใหม่ของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่มีอาการทางจิตมากทั้งหมด ร้อยละ 21.4 มีคะแนน BPRS = 44 ค่าคะแนนเฉลี่ยของ BPRS เมื่อปรับใหม่คือ  $43.23 \pm 2.29$  คะแนน

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลอาการโรคจิตของผู้ป่วยจากแบบประเมิน BPRS

คะแนน BPRS	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ในสัปดาห์ที่ 1		
18 – 30	218	75.17
>30	72	44.83
ในสัปดาห์ที่ 2		
18 – 30	72	100.00
>30	0	0.00

จากตารางที่ 6 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 1 มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว อาการโรคจิตอยู่ในระดับน้อยและสามารถทำแบบสัมภาษณ์ได้ร้อยละ 75.17 และส่วนที่เหลือคือร้อยละ 44.83 อาการโรคจิตดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 2

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ของระดับคะแนนที่ได้จากการประเมินอาการด้วย BPRS

ระดับคะแนน BPRS	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>Negative symptom</b>		
Emotional withdrawal		
0	5	1.7
1	51	17.6
2	88	30.3
3	142	49.0
4	4	1.4
Blunted affect		
0	7	2.4
1	142	49.0
2	131	45.2
3	10	3.4
<b>Positive symptom</b>		
Conceptual disorganization		
0	1	0.3
2	1	0.3
3	23	7.9
4	257	88.6
5	8	2.9
Grandiosity		
0	3	1.0
1	182	62.8
2	74	25.5
3	28	9.7
4	3	1.0



ตารางที่ 7 (ต่อ)แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคะแนนที่ได้จากการประเมินBPRS

ระดับคะแนน BPRS	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Hostility		
0	1	0.3
1	24	8.3
2	101	34.8
3	149	51.4
4	15	5.2
Suspiciousness		
0	2	0.7
2	6	2.1
3	108	37.2
4	171	59.0
5	3	1.0
Auditory hallucination		
0	1	0.3
3	5	1.7
4	276	95.2
5	8	2.8
Excitement		
0	1	0.3
1	51	17.6
2	134	46.2
3	101	34.8
4	3	1.0

ตารางที่ 7 (ต่อ)แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคะแนนที่ได้จากการประเมินอาการด้วยBPRS

ระดับคะแนน BPRS

จำนวน  
(คน)

ร้อยละ

สถาบันวิทย์บริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## General psychopathology

Somatic concern	228	78.6
0	38	13.1
1	15	5.2
2	9	3.1
3		
Anxiety	1	0.3
0	3	1.0
1	12	4.1
2	243	83.8
3	31	10.7
4		
Guilt feelings	5	1.7
0	5	1.7
1	16	5.5
2	227	78.3
3	37	12.8
4		
tension	1	0.3
0	3	1.0
1	41	14.2
2	235	81.0
3	10	3.5
4		

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคะแนนที่ได้จากการประเมินอาการด้วย BPRS

ระดับคะแนน BPRS

จำนวน  
(คน)

ร้อยละ

Motor retardation		
0	57	19.7
1	185	63.8
2	45	15.5
3	3	1.0
Depressive mood		
0	2	0.7
1	43	14.8
2	90	31.0
3	131	45.2
4	22	7.6
5	2	0.7
Uncooperativeness		
1	11	3.8
2	108	37.2
3	165	56.9
4	6	2.1
Mannerisms and posturing		
0	2	0.7
1	13	4.5
2	95	32.8
3	175	60.3
4	5	1.7

ตารางที่ 7 (ต่อ)แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคะแนนที่ได้จากการประเมินอาการด้วยBPRS

ระดับคะแนน BPRS	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Unusual thought content		
0	2	0.7
1	1	0.3
2	3	1.0
3	51	17.6
4	227	78.3
5	6	2.1
Disorientation		
0	281	46.9
1	9	3.1

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าการประเมินด้วย BPRS อาการ positive symptom ที่พบในระดับค่อนข้างรุนแรง คือ Auditory hallucination ร้อยละ 95.2 Conceptual disorganization ร้อยละ 88.6 และ Suspiciousness ร้อยละ 59.0 อาการที่พบในระดับปานกลาง คือ Hostility ร้อยละ 51.4 อาการที่พบในระดับน้อยคือ Excitement ร้อยละ 46.2 อาการที่พบในระดับเล็กน้อยเป็นบางครั้ง คือ Grandiosity ร้อยละ 62.8

อาการ Negative symptom ที่พบในระดับปานกลาง คือ Emotional withdrawal ร้อยละ 49.0 อาการที่พบในระดับเล็กน้อยเป็นบางครั้ง คือ Blunted affect ร้อยละ 49.0

อาการทางจิตเวชทั่ว ๆ ไป (General psychopathology) ที่พบในระดับค่อนข้างรุนแรง คือ Unusual thought content ร้อยละ 78.3 อาการที่พบในระดับปานกลาง คือ Anxiety ร้อยละ 60.3 Uncooperativeness ร้อยละ 56.9 และ Depressive mood ร้อยละ 45.2 อาการที่พบในระดับเล็กน้อยเป็นบางครั้ง คือ Motor retardation ร้อยละ 63.8 ส่วนอาการที่พบว่าไม่มีอาการ คือ Disorientation ร้อยละ 96.9 และ Somatic concern ร้อยละ 78.6

เนื่องจากผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความแตกต่างของปัจจัยทางจิต-สังคมของผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าเพศชายและเพศหญิง เพราะจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยยาเสพติดพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีจำนวน

และมีระดับอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง พยายามค้นหางานวิจัยแต่ก็ไม่พบว่ามีใครเคยศึกษามาก่อน จึงขอแสดงข้อมูลเปรียบเทียบกันตั้งแต่ตารางที่ 8 เป็นต้นไป

### 1.3 ข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

ข้อมูลด้านการงานและเศรษฐกิจ	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
<b>มีภาระเลี้ยงดูบุคคลใด</b>						
ไม่มีภาระ	152	75.2	72	81.8	224	77.2
คู่	5	2.5	0	0.0	5	1.7
บิดา มารดา คู่ และบุตร	5	2.5	2	2.3	7	2.4
บุตร	11	5.4	7	8.0	18	6.2
คู่ และบุตร	15	7.4	1	1.1	16	5.5
ญาติพี่น้อง	3	1.5	2	2.3	5	1.7
บิดา มารดา	11	5.4	4	4.5	15	5.2
<b>อาชีพ</b>						
ว่างงาน	114	56.4	63	71.6	177	61.0
นักเรียน นักศึกษา	7	3.5	3	3.4	10	3.4
รัฐวิสาหกิจ	1	0.5	0	0	1	0.3
ลูกจ้าง	52	25.7	14	15.9	66	22.8
ค้าขาย	27	13.4	8	9.1	35	12.1
เกษตรกรรม	1	0.5	0	0.0	1	0.3



ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านภาระงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วย  
ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา

ข้อมูลด้านภาระงานและเศรษฐกิจ	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	(n = 202)		(n = 88)		(n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน (n=102)						
ไม่มีรายได้	122	60.4	66	75.0	188	64.8
รายได้ได้น้อยกว่า 5,000 บาท	34	16.8	12	13.6	46	15.9
5,000-10,000 บาท	34	16.8	6	6.8	40	13.8
มากกว่า 10,000 บาท	12	5.9	4	4.5	16	5.5
Mean = 7358.73 S.D = 7158.99						
Minimum = 200						
Maximum = 50,000						
ความเพียงพอของรายได้ (n=102)						
เพียงพอ	22	27.5	4	18.2	26	25.5
ไม่เพียงพอ	58	72.5	18	81.8	76	74.5
สาเหตุความไม่เพียงพอของรายได้ (n = 76)						
เสพยาบ้า	57	98.3	18	100	75	98.6
ไม่มีงานทำทุกวัน	1	1.7	0	0.0	1	1.4

ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วย  
ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

ข้อมูลด้านการงานและเศรษฐกิจ	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
เวลามีปัญหาเรื่องเงินทองมักขอ ยืมจากบุคคลใด						
ไม่พึ่งพาใคร	13	6.4	3	3.4	16	5.5
บิดา มารดา	125	61.9	51	58.0	176	60.7
ญาติ	32	15.8	15	17.0	47	16.2
คู่	9	4.5	8	9.1	17	5.9
นายจ้างและหัวหน้างาน	5	2.5	3	3.4	8	2.8
คนออกเงินกู้	1	0.5	1	1.1	2	0.7
บิดา มารดา และพี่น้อง	2	1.0	1	1.1	3	1.0
เพื่อน	15	7.4	6	6.8	21	7.2

จากตารางที่ 8 พบว่าการมีภาระรับผิดชอบต่อผู้อื่นส่วนใหญ่ผู้ป่วยตอบว่า ไม่มีภาระรับผิดชอบผู้ใด ร้อยละ 77.2 รองลงไปที่คือรับผิดชอบบุตร ร้อยละ 6.2

อาชีพการงานส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.0 รองลงไปที่คือเป็นลูกจ้าง ร้อยละ 22.8 สำหรับรายได้มีผู้ป่วยให้ข้อมูล 102 คน ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ร้อยละ 64.8 โดยคิดเป็นรายได้เฉลี่ย  $7358.73 \pm 7158.99$  บาท/เดือน สำหรับความเพียงพอของรายได้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 74.5 ซึ่งมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยนำเงินไปซื้อยาบ้ามาเสพ คิดเป็น ร้อยละ 98.6 เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องเงินทอง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะขอ ยืมหรือพึ่งพาบิดา มารดา ร้อยละ 60.7 รองลงไปที่ขอยืมหรือพึ่งพาญาติ ร้อยละ 16.2

#### 1.4 ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการเสพยาบ้า

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการเสพยาบ้า

รูปแบบวิธีการเสพยาบ้า	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	กิน	6	3.0	3	3.4	9
สูดควัน	194	96.0	85	96.6	279	96.2
ฉีด	2	1.0	0	0	2	0.7

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เสพยาบ้าโดยการสูดควัน ร้อยละ 96.2 รองลงไปเสพโดยการกินร้อยละ 3.1

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยของความถี่และปริมาณในการเสพยาบ้าของผู้ป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับการเสพยาบ้า	Minimum	Maximum	Mean	S.D
จำนวนการเสพยาบ้าต่อสัปดาห์ (ครั้ง)	1	140	20.94	21.56
ยาบ้าที่เสพต่อครั้ง (เม็ด)	0.25	5	0.98	0.60

จากตารางที่ 10 จะเห็นว่าผู้ป่วยมีความถี่ในการเสพยาบ้า โดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ  $20.94 \pm 21.56$  ครั้ง และปริมาณยาบ้าที่เสพในแต่ละครั้งโดยเฉลี่ย  $0.98 \pm 0.60$  เม็ด

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของการเสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วยของผู้ป่วย

การเสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
เคยเสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ	189	93.6	78	88.6	267	92.1
ไม่เคยเสพยาเสพติดชนิดอื่น	13	6.4	10	11.4	23	7.9

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเสพยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยมากถึงร้อยละ 92.1 และมีผู้ป่วยให้ประวัติว่าไม่เคยเสพยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยเพียงร้อยละ 7.9

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของชนิดยาเสพติดที่เคยเสพหรือเสพร่วมกับการเสพยาบ้า

ชนิดของยาเสพติดอื่นที่เคยเสพหรือ เสพร่วมด้วย	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 187)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 77)		รวม (n = 264)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
เฮโรอีน	1	0.5	1	0.5	2	0.76
บุหรี	158	78.2	70	79.5	228	86.36
กัญชา	14	6.9	3	3.4	17	6.44
กาว	3	1.5	1	1.1	4	1.52
แวลเยี่ยม	1	0.5	0	0.0	1	0.38
เบียร์	2	1.0	2	2.3	4	1.52
สุรา	7	3.5	0	0.0	7	2.64
กระท่อม	1	0.5	0	0.0	1	0.38

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่ายาเสพติดอื่นที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเสพหรือเสพร่วมกับ ยาบ้าคือ บุหรี ร้อยละ 86.36 รองลงไปคือ กัญชา ร้อยละ 6.44

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของการสภาพการเสพยาเสพติดในลักษณะต่าง ๆ  
ของผู้ป่วย

สภาพการเสพยาเสพติด ของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
<b>สาเหตุที่ทำให้เสพยาบ้า</b>						
อยากลอง	117	57.9	49	55.7	166	57.2
เพื่อนชวน	34	16.8	25	28.4	59	20.3
อยากลองและเพื่อนชวน	7	3.5	0	0.0	7	2.4
อยากลอง เพื่อนชวนและตามแฟชั่น	1	0.5	0	0.0	1	0.3
ทำงานได้นาน	20	9.9	7	8.0	27	9.3
อยากลอง เพื่อนชวนและทำงานได้นาน	2	1.0	0	0.0	2	0.7
ไม่สบายใจ	21	10.4	4	4.5	25	8.6
ลดความอ้วน	0	0.0	3	3.4	3	1.0
<b>สถานที่เสพยาบ้าครั้งแรก</b>						
บ้าน	64	31.17	30	34.1	94	32.4
โรงเรียน	20	9.9	5	5.7	25	8.6
บ้านเพื่อน	80	39.6	44	50.0	124	42.8
บ้านญาติ	2	1.0	3	3.4	5	1.7
สวนสาธารณะ	5	2.5	1	1.1	6	2.1
ที่ทำงาน	23	11.4	1	1.1	24	8.3
วัด	3	1.5	3	3.4	6	2.1
บ่อน	1	0.5	0	0.0	1	0.3
สถานีตำรวจ	1	0.5	0	0.0	1	0.3
ศูนย์การค้า	2	1.0	0	0.0	2	0.7
โรงสนุกเกอร์	1	0.5	0	0.0	1	0.3
ปั้มน้ำมัน	0	0.0	1	1.1	1	0.3

ตารางที่ 13 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของการสภาพการเสพยาเสพติดในลักษณะต่าง ๆ  
ของผู้ป่วย

สภาพการเสพยาเสพติด ของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>มักเสพยาบ้ากับบุคคลใด</b>						
เสพคนเดียว	113	55.9	40	45.5	153	52.8
เพื่อน	83	41.1	41	46.6	124	42.8
พี่น้อง	2	1.0	2	2.3	4	1.4
คู่	0	0.0	5	5.7	5	1.7
ญาติ	4	2.0	0	0.0	4	1.4
<b>ระยะเวลาที่เสพยาบ้าครั้งสุดท้าย</b>						
ไม่เกิน 3 วัน	127	62.9	57	64.8	184	63.4
เกิน 3 วัน	75	37.1	31	35.2	106	36.6

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเสพยาบ้าเพราะอยากลอง ร้อยละ 57.2 สถานที่ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสพยาบ้าครั้งแรกคือบ้านเพื่อน ร้อยละ 42.8 ปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเสพยาบ้าคนเดียว ร้อยละ 52.8 ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสพยาบ้าครั้งสุดท้ายคือ ไม่เกิน 3 วัน ร้อยละ 63.4



ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ยช่วงอายุที่เสพยาบ้าครั้งแรก, ระยะเวลาในการเสพยาบ้า

ข้อมูลเกี่ยวกับการเสพยาบ้า	Minimum	Maximum	Mean	S.D
ผู้ป่วยทั้งหมด (n = 290)				
ช่วงอายุที่เริ่มเสพยาบ้า (ปี)	10	46	20.02	6.52
ระยะเวลาที่เสพยาบ้า (ปี)	1	22	5.13	3.16
เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยเพศชาย (n=202) กับผู้ป่วยเพศหญิง (n=88)				
ช่วงอายุที่เริ่มเสพยาบ้าของเพศชาย (ปี)	10	46	20.61	7.21
ช่วงอายุที่เริ่มเสพยาบ้าของเพศหญิง (ปี)	13	35	18.68	4.28
t-test=2.82 df=261.80 P-value= 0.005				
ระยะเวลาที่เสพยาบ้าของเพศชาย (ปี)	1	22	5.46	3.42
ระยะเวลาที่เสพยาบ้าของเพศหญิง (ปี)	1	14	4.38	2.31
t-test=3.15 df=3.38.45 P-value= 0.002				

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเริ่มเสพยาบ้าในช่วงอายุเฉลี่ย =  $20.02 \pm 6.51$  ปี อายุน้อยที่สุดที่เริ่มเสพยาบ้าคือ 10 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเสพยาบ้ามานานโดยเฉลี่ย  $5.13 \pm 3.16$  ปี

ผู้ป่วยเพศชายเริ่มเสพยาบ้าในช่วงอายุเฉลี่ย =  $20.61 \pm 7.21$  ปี ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงเริ่มเสพยาบ้าในช่วงอายุเฉลี่ย =  $18.86 \pm 4.28$  ปี ซึ่งพบว่าช่วงอายุที่เริ่มใช้ยาบ้าในกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05

ผู้ป่วยเพศชายเสพยาบ้ามานานเฉลี่ย =  $5.46 \pm 3.42$  ปี ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงเสพยาบ้ามานานเฉลี่ย  $4.38 \pm 2.31$  ปี ซึ่งพบว่าระยะเวลาที่เสพยาบ้าในกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางจิต-สังคม

2.1 ข้อมูลด้านสภาพครอบครัว

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ยของอายุและรายได้ของบิดา มารดาของผู้ป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว	Minimum	Maximum	Mean	S.D
อายุของบิดา (n = 209)	30	88	53.17	10.05
รายได้ของบิดา (n = 167)	900	200000	13958.11	24210.30
อายุของมารดา (n = 259)	30	86	50.73	9.63
รายได้ของมารดา (n = 226)	1	1800000	26584.36	167478.80

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่าบิดา มารดาของผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่นั้น บิดามีอายุเฉลี่ย =  $53.17 \pm 10.05$  ปี มีรายได้โดยเฉลี่ย =  $13958.11 \pm 24210.30$  บาท และมารดามีอายุเฉลี่ย =  $50.73 \pm 9.63$  ปี มีรายได้โดยเฉลี่ย =  $26584.36 \pm 167478.80$  บาท

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับลักษณะอาชีพของบิดาและมารดาของผู้ป่วย

ลักษณะของการประกอบอาชีพของ บิดาและมารดาของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บิดาประกอบอาชีพ (n = 209)						
รับราชการ	10	7.1	4	6.0	14	6.7
รับจ้าง	58	40.8	35	52.2	93	44.5
รัฐวิสาหกิจ	2	1.4	0	0.0	2	1.0
เกษตรกรรม	7	5.0	3	4.5	10	4.8
ค้าขาย	34	23.9	14	20.9	48	23.0
ว่างงาน	31	21.8	11	16.4	42	20.0

ตารางที่ 16 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับลักษณะอาชีพของบิดาและมารดาของผู้ป่วย

ลักษณะของการประกอบอาชีพของ บิดาและมารดาของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มารดาประกอบอาชีพ (n = 259)						
รับราชการ	4	2.2	2	2.6	6	2.3
รับจ้าง	71	39.2	37	47.4	108	41.7
เกษตรกรรม	9	5.0	3	3.8	12	4.6
ค้าขาย	76	42.0	24	30.8	100	38.6
ว่างงาน	21	11.6	12	15.4	33	12.7

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าบิดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.5 ส่วนมารดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มีอาชีพรับจ้างเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 41.7

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของบิดาและมารดาของผู้ป่วย

สภาพความเป็นอยู่ของบิดาและ มารดาของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บิดา (n = 290)						
ยังมีชีวิตอยู่	142	70.3	67	76.1	209	72.1
เสียชีวิตแล้ว	60	29.7	21	23.9	81	27.9
มารดา (n = 290)						
ยังมีชีวิตอยู่	181	89.6	78	88.6	259	89.3
เสียชีวิตแล้ว	21	10.4	10	11.4	31	10.7

ตารางที่ 17 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของบิดาและมารดา  
ของผู้ป่วย

สภาพความเป็นอยู่ของบิดาและ มารดาของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	(n = 202)		(n = 88)		(n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บิดาอยู่ร่วมกับมารดา (n = 290)						
ใช่	99	49.0	45	51.1	144	49.7
ไม่ใช่	103	51.0	43	48.9	146	50.3
$X^2 = 0.84$ df = 1						
P-value = 0.42						
สาเหตุที่บิดามารดาไม่ได้อยู่ ร่วมกัน (n = 146)						
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	54	52.4	22	51.2	76	52.1
บิดามารดาหย่าร้าง/แยกทาง	38	36.9	16	37.2	54	37.0
บิดาและมารดาเสียชีวิต	11	10.7	4	9.3	15	10.3
บิดาบวชเป็นพระ	0	0.0	1	2.3	1	0.7

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่าบิดามารดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 72.1 และ 89.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่บิดามารดาของผู้ป่วยไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 50.3 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีสภาพการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาไม่แตกต่างกัน สาเหตุส่วนใหญ่ของการไม่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันคือ บิดาหรือมารดาเสียชีวิต ร้อยละ 52.1 รองลงไปคือ บิดามารดาหย่าร้างหรือแยกทางกัน ร้อยละ 37.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย

ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	18	8.9	3	3.4	21	7.2
ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	150	74.3	67	76.1	217	74.8
ทะเลาะกันรุนแรงบางครั้ง	25	12.4	14	16.9	39	13.4
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อย ๆ	0	0.0	2	2.3	2	0.7
ต่างคนต่างอยู่	9	4.5	2	2.3	11	3.8

จากตารางที่ 18 แสดงให้เห็นว่าโดยส่วนใหญ่ครอบครัวของผู้ป่วยมีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง ร้อยละ 74.8 รองลงมาคือทะเลาะกันรุนแรงเป็นบางครั้ง ร้อยละ 13.4

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนพี่น้องในครอบครัวของผู้ป่วย (n = 290)

ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว	Minimum	Maximum	Mode	Mean	S.D.
จำนวนพี่น้องทั้งหมด	1	13	3	3.43	2.27
จำนวนพี่น้องที่เป็นชาย	0	9	1.98	1.45	1.31
จำนวนพี่น้องที่เป็นหญิง	0	7	3	1.44	1.37
ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่	1	10	1	3.53	2.52

จากตารางที่ 19 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพี่น้องในครอบครัว = 3 คน คิดเป็นเพศชายโดยเฉลี่ย =  $1.45 \pm 1.31$  คน และเป็นเพศหญิงโดยเฉลี่ย =  $1.44 \pm 1.37$  คน ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นบุตรคนแรก ของครอบครัว

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการเสพยาเสพติดของบิดามารดาและพี่น้องของผู้ป่วย

ประวัติการเสพยาเสพติดของบิดามารดาและพี่น้องของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บิดา (n = 290)						
เคยเสพยาเสพติด	152	75.2	60	68.2	212	73.1
ไม่เคยเสพยาเสพติด	50	24.8	28	31.8	78	26.9
มารดา (n = 290)						
เคยเสพยาเสพติด	36	17.8	16	19.3	52	17.9
ไม่เคยเสพยาเสพติด	166	82.2	71	80.7	238	82.1
พี่น้อง (n = 290)						
เคยเสพยาเสพติด	74	36.6	37	42.0	111	38.3
ไม่เคยเสพยาเสพติด	128	63.4	51	58.0	179	61.7

จากตารางที่ 20 แสดงให้เห็นว่าบิดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเสพยาเสพติด ร้อยละ 73.1 ส่วนมารดาและพี่น้องของผู้ป่วยเคยเสพยาเสพติด ร้อยละ 17.9 และ 38.3 ตามลำดับ



ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของชนิดยาเสพติดซึ่งบิดาและมารดาของผู้ป่วยเสพ

ชนิดของยาเสพติดที่บิดา และ มารดาเสพ	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
ยาเสพติดที่บิดาเสพ (n = 212)						
เฮโรอีน	5	3.3	2	3.3	7	3.3
ยาบ้า	3	1.9	3	4.9	6	2.8
สุรา	38	25.3	19	31.1	57	26.8
บุหรี	47	31.1	13	21.3	60	28.3
สุราและบุหรี	52	34.5	22	36.1	74	34.9
กัญชา	3	1.9	0	0.0	3	1.4
กระท่อม	2	1.3	2	3.3	4	1.9
กาว	1	0.7	0	0.0	1	0.5
ยาเสพติดที่มารดาเสพ (n = 52)						
ยาบ้า	0	0.0	1	6.2	1	1.9
สุรา	15	41.7	7	43.8	22	42.3
บุหรี	16	44.4	8	50.0	24	46.2
สุราและบุหรี	5	13.9	0	0.0	5	9.6

จากตารางที่ 21 แสดงให้เห็นว่ายาเสพติดที่บิดาของผู้ป่วยเสพมากที่สุดคือ สุราและบุหรี ร้อยละ 34.9 รองลงไป คือ บุหรี ร้อยละ 20.7 ส่วนมารดาของผู้ป่วยเสพบุหรีมากที่สุด ร้อยละ 46.2 รองลงไปคือสุรา ร้อยละ 42.3

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของรูปแบบการเลี้ยงดู

รูปแบบการเลี้ยงดูภายในครอบครัว	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
<b>รูปแบบการเลี้ยงดู</b>						
รักทะนุถนอมและตามใจ	90	44.6	34	38.6	124	42.8
ยอมรับความสามารถ, ใช้เหตุผล และให้โอกาสในการตัดสินใจ	12	5.9	6	6.8	18	6.2
เข้มงวดใช้อำนาจบังคับและ เจ้าระเบียบ	7	3.5	3	3.4	10	3.5
รักเอาใจใส่และมีกฎเกณฑ์การ ลงโทษตามสมควรเมื่อกระทำผิด	84	41.5	38	43.2	122	42.1
ไม่เอาใจใส่	9	4.5	7	8.0	16	5.5
<b>ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเลี้ยงดู</b>						
พึงพอใจ	186	92.1	75	85.2	261	90.0
ไม่พึงพอใจ	16	7.9	13	14.8	29	10.0

จากตารางที่ 22 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูแบบรักทะนุถนอมและตามใจ ร้อยละ 42.8 รองลงมาคือ การเลี้ยงดูแบบรักเอาใจใส่และมีกฎเกณฑ์การลงโทษตามสมควรเมื่อกระทำผิด ร้อยละ 42.1 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจต่อรูปแบบการเลี้ยงดู ร้อยละ 90.0 และผู้ป่วยอีกกลุ่มรู้สึกไม่พึงพอใจต่อรูปแบบการเลี้ยงดู ร้อยละ 10.0

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติโรคจิต-ประสาทในกลุ่มญาติพี่น้อง

ประวัติโรคจิต-ประสาทในญาติพี่น้อง	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	(n = 202)		(n = 88)		(n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ญาติเคยป่วยเป็นโรคจิต-ประสาท						
เคย	38	18.8	19	21.6	57	19.7
ไม่เคย	164	81.2	69	78.4	233	80.3
บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิต-ประสาท (n = 57)						
พี่น้อง	10	26.3	7	36.8	17	29.8
บิดา มารดา	5	13.2	3	15.8	8	14.0
ญาติ	23	60.5	9	47.4	32	56.1

จากตารางที่ 23 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีญาติที่ป่วยเป็นโรคจิต-ประสาท ร้อยละ 19.7 สำหรับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิต-ประสาทส่วนใหญ่ คือ ญาติ อันประกอบด้วยปู่ ลุง ป้า น้า อาและลูกลุง ร้อยละ 56.1

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้สึกของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรม  
การเสพยาบ้าของผู้ป่วย

ความรู้สึกของคนในครอบครัวที่มีต่อ พฤติกรรมการเสพยาบ้าของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่อต้าน	197	97.5	85	96.6	282	97.2
สนับสนุน	1	0.5	0	0.0	1	0.3
ไม่สนใจ	4	2.0	3	3.4	7	2.4

จากตารางที่ 24 แสดงให้เห็นว่าบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่แสดงท่าทีต่อต้าน พฤติกรรมการ  
เสพยาบ้าของผู้ป่วย ร้อยละ 97.2 รองลงไปมักแสดงท่าทีไม่สนใจ ร้อยละ 2.4

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนครั้ง, Minimum, Maximum, Mean และ S.D ของประวัติการมีคู่  
ป่วย ของผู้

ประวัติการมีคู่ของผู้ป่วย	Minimum	Maximum	Mean	S.D.
ผู้ป่วยมีคู่ครั้งแรกเมื่ออายุ	13	35	20.14	4.52
มีคู่มาแล้วจำนวน	1	5	1.52	0.95

จากตารางที่ 25 แสดงถึงช่วงวัยที่เริ่มมีคู่ของผู้ป่วยซึ่งมีเกณฑ์อายุเฉลี่ย =  $20.14 \pm 4.52$  ปี และ  
อัตราการมีคู่โดยเฉลี่ย =  $1.52 \pm 0.95$  ครั้ง

ตารางที่ 26 แสดงจำนวนร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ของการมีคู่

ประวัติการมีคู่ของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อยู่กับคู่						
คนปัจจุบัน(n=64)						
น้อยกว่า 1 ปี	5	10.9	2	11.1	7	10.9
1 – 5 ปี	17	36.9	14	77.8	31	48.4
6 – 10 ปี	9	19.6	1	5.6	10	15.6
มากกว่า 10 ปี	15	32.6	1	5.6	16	25.0
การมีบุตร(n=122)						
มีบุตร	53	63.9	26	66.7	79	64.8
ไม่มีบุตร	30	36.1	13	33.3	43	35.2
ความสัมพันธ์กับคู่(n=124)						
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	2	2.5	2	4.6	4	3.2
ทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง	33	40.7	14	32.6	47	37.9
ทะเลาะกันรุนแรงเป็นบางครั้ง	37	45.7	19	44.2	56	45.2
ทะเลาะกันรุนแรงบ่อยๆ	8	9.9	8	18.6	16	12.9
ต่างคนต่างอยู่	1	1.2	0	0.0	1	0.8

ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ของการมีคู่

ประวัติการมีคู่ของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สภาพปัญหาที่พบได้บ่อยระหว่าง						
การมีคู่ (n = 117)						
เสพยาบ้า	27	33.3	7	19.4	34	29.1
เศรษฐกิจ	21	25.9	12	33.3	33	28.2
ไม่เข้าใจกัน	12	14.8	0	0.0	12	10.3
คู่มือใหม่	3	3.7	5	13.9	8	6.8
ขาดความรับผิดชอบ	5	6.2	1	2.8	6	5.1
คู่แข่งอารมณ์	7	8.6	2	5.6	9	7.7
การเลี้ยงดูบุตร	1	1.2	3	8.3	4	3.4
ญาติเข้ามาดูแล	1	1.2	2	5.6	3	2.6
ดื่มสุรา	1	1.2	0	0.0	1	0.3
เล่นการพนัน	2	2.5	1	2.8	3	2.6
คู่มือหึง	1	1.2	3	8.3	4	3.4
สภาพปัญหาที่ก่อให้เกิดการหย่า						
หรือแยกกันอยู่ (n = 78)						
เสพยาบ้า	20	40.8	4	13.8	24	30.8
เศรษฐกิจ	11	22.4	7	24.1	18	23.1
มีคู่มือใหม่	3	6.1	6	20.7	9	11.5
ขาดความรับผิดชอบ	3	6.1	3	10.3	6	7.7
ไม่เข้าใจกัน	7	14.3	3	10.3	10	12.8
คู่แข่งอารมณ์	3	6.1	0	0.0	3	3.8
ติดคุก	1	2.0	2	6.9	3	3.8
เข้ากับญาติอีกฝ่ายไม่ได้	0	0.0	2	6.9	2	2.6
คู่มือหึง	1	2.0	1	3.4	2	2.6
ตาย	0	0.0	1	3.4	1	1.3



ตารางที่ 26 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของสภาพความเป็นอยู่ของการมีคู่

ประวัติการมีคู่ของผู้ป่วย	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คู่ของผู้ป่วยเคยเสพยาเสพติด (n=63)	7	15.6	10	55.6	17	27.0
คู่ของผู้ป่วยไม่เคยเสพยาเสพติด (n=63)	38	84.4	8	44.4	46	73.0
ชนิดของยาเสพติดที่คู่ของผู้ป่วย						
เคยใช้ (n = 17)						
ยาบ้า	2	28.6	7	70.0	9	53.0
บุหรี่	2	28.6	2	20.0	4	23.5
สุรา	2	28.6	1	10.0	3	17.6
กัญชา	1	14.3	0	0.0	1	5.9

จากตารางที่ 26 แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่อยู่ด้วยกันส่วนใหญ่คือ 1-5 ปี ร้อยละ 46.8 ซึ่งผู้ป่วยมีบุตรกับคู่ ร้อยละ 64.8 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคู่แบบทะเลาะกันรุนแรงเป็นบางครั้ง ร้อยละ 45.2 สภาพปัญหาที่พบบ่อยระหว่างคู่คือ ปัญหาจากการเสพยาบ้า ร้อยละ 29.1 รองลงมาคือ ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 28.2 ในส่วนของสภาพปัญหาที่เป็นสาเหตุให้คู่ของผู้ป่วยหย่าหรือแยกกันอยู่คือ ปัญหาจากการเสพยาบ้า ร้อยละ 30.8 ส่วนใหญ่ของคู่ไม่มีประวัติการเสพยาเสพติด ร้อยละ 73.0 ส่วนกลุ่มที่เคยเสพยาเสพติดมีเพียงร้อยละ 27.0 ในกลุ่มคู่ของผู้ป่วยเพศชายเคยเสพยาบ้า บุหรี่และสุรามากที่สุดเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 28.6 และคู่ของผู้ป่วยเพศหญิงเคยใช้ยาบ้ามากที่สุด ร้อยละ 70.0 รองลงไปใช้บุหรี่ ร้อยละ 20.0

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนร้อยละของรายละเอียดของผู้ป่วยที่ยังเป็นโรค

รายละเอียดของผู้ที่ยังเป็นโรค	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	เคยมีคูรั๊ก (n = 116)	83	71.2	33	68.8	116
ไม่เคยมีคูรั๊ก (n = 50)	35	28.8	15	31.2	50	30.1
จำนวนคูรั๊กที่เคยมี (n = 116)						
Minimum = 1, Maximum = 20						
Mean = 3.33, S.D = 3.06						
จำนวนคูรั๊กที่ยังคบกันอยู่ (n=33)						
Minimum = 1, Maximum = 3						
Mean = 1.18, S.D = 0.47						
มักใช้เวลาอยู่กับคูรั๊ก (N=116)						
ทุกวัน	49	59.0	20	60.6	69	59.5
สัปดาห์ละครั้ง	31	37.4	13	39.4	44	37.9
เดือนละครั้ง	3	3.6	0	0.0	3	2.6
คูรั๊กไม่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด	69	83.1	27	81.8	96	82.8
คูรั๊กมีพฤติกรรมเสพยาเสพติด	14	16.9	6	18.2	20	17.2
(n = 116)						

ตารางที่ 27 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของรายละเอียดของผู้ป่วยที่ยังเป็นโรค

รายละเอียดของผู้ที่ยังเป็นโรค	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	(n = 202)		(n = 88)		(n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของยาเสพติดที่คุ้กรักเสพ						
(n = 20)						
เฮโรอีน	0	0.0	1	16.7	1	5.0
ยาบ้า	11	78.6	5	83.3	16	80.0
สุรา	1	7.1	0	0.0	1	5.0
บุหรี่	2	14.3	0	0.0	2	10.0

จากตารางที่ 27 พบว่าผู้ป่วยที่ยังเป็นโรคเคยมีคุ้กรัก ร้อยละ 69.9 ซึ่งจำนวนคุ้กรักที่เคยมีมากที่สุดคือ 20 คน และน้อยที่สุดคือ 1 คน โดยเฉลี่ยผู้ป่วยมีจำนวนคุ้กรัก =  $3.33 \pm 3.06$  คน จำนวนคุ้กรักที่ยังคบกันอยู่มากที่สุดคือ 3 คน และน้อยที่สุดคือ 1 คน โดยเฉลี่ยจำนวนของคุ้กรักที่ยังคบหากันอยู่ =  $1.18 \pm 0.47$  คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักใช้เวลาอยู่กับคุ้กรักทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 59.5 โดยส่วนใหญ่คุ้กรักของผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 82.8 ในกลุ่มคุ้กรักที่ใช้ยาเสพติดพบว่า คุ้กรักของผู้ป่วยเพศชายเสพยาบ้ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 78.6 รองลงไปเสพนูหรี ร้อยละ 14.3 ส่วนคุ้กรักของผู้ป่วยเพศหญิงก็เสพยาบ้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงไปเสพเฮโรอีน ร้อยละ 16.7

## 2.2 ข้อมูลด้านการศึกษา

ตารางที่ 28 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการศึกษาของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านการศึกษา	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
ขณะนี้เรียนหนังสือ	9	4.5	3	3.4	12	4.1
ขณะนี้ไม่เรียนหนังสือ	193	95.5	85	96.6	278	95.9
ระดับการศึกษาของกลุ่มเรียนหนังสือ (n = 12)						
ประถมศึกษา	1	11.1	0	0.0	1	8.3
มัธยมศึกษา	5	55.6	2	66.7	7	58.3
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	1	11.1	1	33.3	2	16.7
อุดมศึกษา	2	22.2	0	0.0	2	16.7
ระดับการศึกษาของกลุ่มไม่เรียนหนังสือ (n = 278)						
ไม่ได้เรียน	3	1.6	0	0.0	3	1.1
ประถมศึกษา	78	40.4	45	52.9	123	44.2
มัธยมศึกษา	84	43.5	32	37.6	116	41.7
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	21	10.9	6	7.1	27	9.7
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	3	1.6	2	2.4	5	1.8
อุดมศึกษา	4	2.1	0	0.0	4	1.4

ตารางที่ 28 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการศึกษาของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านการศึกษา	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
เกรดเฉลี่ยก่อนเสพยาเสพติด						
ต่ำกว่า 1.00	3	1.5	1	1.1	4	1.4
1.01 – 2.00	86	43.2	25	28.4	111	38.7
2.01 – 3.00	101	50.8	55	62.5	156	54.3
3.01 ขึ้นไป	9	4.5	7	8.0	16	5.6
เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษของยาบ้า						
ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษของยาบ้า	181	89.6	73	83.0	254	87.6
ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษของยาบ้า	21	10.4	15	17.0	36	12.4
แหล่งความรู้เรื่องโทษของยาบ้าที่ผู้ป่วยได้รับ						
หนังสือ	65	32.2	26	29.5	91	31.4
ทีวี	144	71.3	53	60.2	197	67.9
วิทยุ	37	18.3	17	19.3	54	18.6
บุคคล	104	51.5	45	51.1	149	51.4

จากตารางที่ 28 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือในปัจจุบัน ร้อยละ 95.9 ในกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือส่วนใหญ่เรียนจบในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.2 สำหรับผู้ป่วยที่เรียนหนังสือพบว่า ส่วนใหญ่กำลังเรียนอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 58.3 เกรดเฉลี่ยก่อนการเข้ายาบ้าส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.01-3.00 ร้อยละ 54.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องโทษของยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 87.6 ซึ่งแหล่งความรู้ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องโทษของยาบ้าคือ ทีวี ร้อยละ 67.9 รองลงมาคือรับความรู้จากบุคคล ร้อยละ 51.4

### 2.3 ข้อมูลด้านการกระทำผิด

ตารางที่ 29 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการกระทำความผิดในรูปแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านการกระทำความผิด	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยถูกภาคทัณฑ์	127	62.9	52	59.1	179	61.7
เคยถูกภาคทัณฑ์	75	37.1	36	40.9	111	38.3
สาเหตุที่ถูกภาคทัณฑ์ (n = 111)						
สูบบุหรี่	8	10.7	1	2.8	9	8.1
ทะเลาะวิวาท	19	25.3	9	25.0	28	25.2
หนีเรียน	38	50.7	17	47.2	55	49.5
แต่งกายผิดระเบียบ	2	2.7	9	25.0	11	9.9
มีปัญหาด้านการเรียน	4	5.3	0	0.0	4	3.6
พกอาวุธ	1	1.3	0	0.0	1	0.9
เข้าเรียนสาย	2	2.7	0	0.0	2	1.8
เล่นการพนัน	1	1.3	0	0.0	1	0.9
เคยถูกพักการเรียน	15	7.4	3	3.4	18	6.2
ไม่เคยถูกพักการเรียน	187	92.6	85	96.6	272	93.8

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 29 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการกระทำความผิดในรูปแบบต่าง ๆ  
ของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านการกระทำความผิด	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	(n = 202)		(n = 88)		(n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาเหตุที่ถูกสั่งให้พักการเรียน (n = 18)						
ทะเลาะวิวาท	7	46.7	0	0.0	7	38.9
หนีเรียน	6	40.0	2	66.7	8	44.4
เสพยาบ้า	0	0.0	1	33.3	1	5.6
เล่นการพนัน	1	6.7	0	0.0	1	5.6
มียาเสพติดในครอบครอง	1	6.7	0	0.0	1	5.6
เคยถูกไล่ออก	17	8.4	9	10.2	26	9.0
ไม่เคยถูกไล่ออก	185	91.6	79	89.8	264	91.0
สาเหตุที่ถูกไล่ออก (n = 26)						
ทะเลาะวิวาท	5	29.4	1	11.1	6	23.1
หนีเรียน	7	41.2	4	44.4	11	42.3
แต่งกายผิดระเบียบ	1	5.9	2	22.2	3	11.5
เสพยาบ้า	1	5.9	0	0.0	1	3.8
ขาดเรียนบ่อย	2	11.8	1	11.1	3	11.5
สูบบุหรี่	0	0.0	1	11.1	1	3.8
พกอาวุธ	1	5.9	0	0.0	1	3.8
เคยถูกจับ	127	62.9	48	54.5	175	60.3
ไม่เคยถูกจับ	75	37.1	40	45.5	115	39.7

ตารางที่ 29 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการกระทำผิดในรูปแบบต่าง ๆ  
ของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านการกระทำผิด	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>คดีที่ถูกจับ (n = 186)</b>						
มียาเสพติดในครอบครอง	55	39.9	21	43.8	76	41.0
เสพยาเสพติด	33	23.9	17	35.4	50	27.0
ทำร้ายร่างกาย	9	6.5	1	2.1	10	5.4
ลักทรัพย์	10	7.2	2	4.2	12	6.5
เล่นการพนัน	5	3.6	5	10.4	10	5.4
ผิดกฎหมายจราจร	2	1.5	0	0.0	2	1.1
พกอาวุธ	3	2.2	0	0.0	3	1.6
ดูหมิ่นเจ้าพนักงาน	2	1.5	0	0.0	2	1.1
ค้าประกันเงินกู้	1	0.7	0	0.0	1	0.5
ปล้น	2	1.5	0	0.0	2	1.1
ขับรถชนคน	2	1.5	0	0.0	2	1.1
แข่งรถ	4	2.9	0	0.0	4	2.2
บุกรุก	4	2.9	0	0.0	4	2.2
รับของโจร	2	1.5	0	0.0	2	1.1
ฮาละวาด	2	1.5	1	2.1	3	1.1
พวากผู้เยาว์	2	1.5	0	0.0	2	1.1
ค้าประเวณี	0	0.0	1	2.1	1	0.5
<b>โทษที่ได้รับ (n = 184)</b>						
จำคุก	60	43.8	18	38.3	78	42.4
เสียค่าปรับ	42	30.7	18	38.3	60	32.6
จำคุกและเสียค่าปรับ	19	13.9	7	14.9	26	14.3
คุมประพฤติและภาคทัณฑ์	14	10.2	4	8.5	18	9.8
รอขึ้นศาล	2	1.5	0	0.0	2	1.1

จากตารางที่ 29 พบว่าในขณะที่เรียนหนังสือ ผู้ป่วยถูกภาคทัณฑ์ ร้อยละ 38.3 ในกลุ่มที่เคยถูกภาคทัณฑ์พบว่าผู้ป่วยเพศชายถูกภาคทัณฑ์ด้วยสาเหตุหนีเรียนสูงสุด ร้อยละ 50.7 ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงถูกภาคทัณฑ์ด้วยสาเหตุหนีเรียน ร้อยละ 47.2

ผู้ป่วยเคยถูกพักการเรียนเพียง ร้อยละ 6.2 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกพักการเรียนพบว่า ผู้ป่วยเพศชายถูกพักการเรียนด้วยสาเหตุทะเลาะวิวาทสูงสุด ร้อยละ 46.7 ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงถูกพักการเรียนด้วยสาเหตุหนีเรียนสูงสุด ร้อยละ 66.7

ผู้ป่วยเคยถูกไล่ออกจากโรงเรียนเพียง ร้อยละ 9.0 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกไล่ออกพบว่า ผู้ป่วยเพศชายถูกไล่ออกด้วยสาเหตุหนีเรียนสูงสุด ร้อยละ 41.2 ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงถูกไล่ออกด้วยสาเหตุหนีเรียนสูงสุดเช่นกัน ร้อยละ 44.4

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยถูกตำรวจจับร้อยละ 60.3 โดยผู้ป่วยเพศชายถูกตำรวจจับด้วยสาเหตุมียาเสพติดในครอบครองสูงสุดร้อยละ 39.9 ส่วนเพศหญิงถูกตำรวจจับด้วยสาเหตุมียาเสพติดในครอบครองสูงสุดเช่นกัน ร้อยละ 43.8 จากการกระทำผิดในคดีต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยเพศชายถูกลงโทษด้วยวิธีจำคุก ร้อยละ 43.8 ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงถูกลงโทษด้วยวิธีจำคุกและเสียค่าปรับเท่ากัน ร้อยละ 38.3



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2.4 ข้อมูลกลุ่มเพื่อน

ตารางที่ 30 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะกลุ่มเพื่อน

ข้อมูลกลุ่มเพื่อน	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
<b>ลักษณะของกลุ่มเพื่อนสนิท</b>						
ไม่มีกลุ่มเพื่อนมักชอบอยู่คนเดียว	22	10.9	11	12.5	33	11.4
เพื่อนที่ชักชวนหนีเรียน	23	11.4	9	10.2	32	11.0
เพื่อนชวนเที่ยวกลางคืน	19	9.4	4	4.5	23	7.9
เพื่อนชวนก่อเรื่องวิวาท	13	6.4	3	3.4	16	5.5
เพื่อนเล่นการพนัน	26	12.9	6	6.8	32	11.0
เพื่อนร่วมงาน	22	10.9	15	17.0	37	12.8
เพื่อนว่างงาน	52	25.7	33	37.5	85	29.3
เพื่อนขายยาบ้า	4	2.0	3	3.4	7	2.4
เพื่อนร่วมเล่นกีฬาและเล่นดนตรี	5	2.5	0	0.0	5	1.7
เพื่อนที่มีงานทำ	8	4.0	1	1.1	9	3.1
เพื่อนร่วมสถาบันการศึกษา	8	4.0	3	3.4	11	3.8
มีพฤติกรรมเสพติด	160	79.2	70	79.5	230	79.3
ไม่มีพฤติกรรมเสพติด	42	20.8	18	20.5	60	20.7
<b>ชนิดของยาเสพติดที่เพื่อนเสพ</b>						
(n=230)						
ยาบ้า	126	79.2	64	90.1	190	82.6
ยาบ้าและสารอื่น ๆ	19	11.9	7	9.9	26	11.3
สารอื่น ๆ	14	8.9	0	0.0	14	6.1

จากตารางที่ 30 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเพื่อนที่ว่างงาน ร้อยละ 29.3 รองลงไปเป็นกลุ่มเพื่อนที่ทำงานร่วมกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 12.8 กลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเคยเสพยาเสพติด ร้อยละ 79.3 ชนิดของยาเสพติดที่นิยมใช้สูงสุดในกลุ่มเพื่อนของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงคือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 79.2 และ 90.1 ตามลำดับ

2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย  
ตารางที่ 31 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะของชุมชน

ลักษณะของชุมชน	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	(n = 202)		(n = 88)		(n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เขตของที่พักอาศัย						
ในเขตเทศบาล	172	85.1	80	90.9	252	86.9
นอกเขตเทศบาล	30	14.9	8	9.1	38	13.1
บ้านผู้ป่วยอยู่ใกล้						
ชุมชนแออัด	48	8.4	22	8.6	70	8.4
สถาบันเทีง	68	11.9	31	12.0	99	11.9
โรงเรียน	145	25.3	67	26.1	212	25.5
โรงพยาบาล	39	6.8	15	5.8	54	6.5
สุเหร่า	5	0.9	0	0.0	5	0.6
โรงงาน	9	1.6	0	0.0	9	1.1
สถานที่ราชการ	11	1.9	2	0.8	13	1.6
บิมน้ำมัน	2	0.3	0	0.0	2	0.2
สวนผลไม้	2	0.3	1	0.4	3	0.4
ร้านค้า	1	0.2	2	0.8	3	0.4
ตลาด	108	18.8	61	23.7	169	20.4
วัด	135	23.6	56	21.8	191	23.0

ตารางที่ 31 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะของชุมชน

ลักษณะของชุมชน	ผู้ป่วยเพศชาย		ผู้ป่วยเพศหญิง		รวม	
	(n = 202)		(n = 88)		(n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ลักษณะการเสพยาเสพติดใน</b>						
<b>ชุมชน (n = 290)</b>						
ไม่มีการเสพยาเสพติด	13	6.4	4	4.5	17	5.9
มีการเสพยาเสพติดเป็นกลุ่ม ๆ	119	58.9	43	48.9	162	55.9
มีการเสพยาเสพติดอย่างแพร่หลาย	70	34.7	41	46.6	111	38.3
<b>ชนิดของยาเสพติดที่มีใช้ในชุมชน</b>						
เฮโรอีน	4	1.8	2	2.0	6	1.9
กัญชา	16	7.3	5	5.1	21	6.6
ยานอนหลับ	2	0.9	0	0.0	2	0.6
ยาบ้า	188	85.8	84	85.7	272	85.8
สารระเหย	8	3.7	6	6.1	14	4.5
ยาอี	1	0.5	1	1.0	2	0.6

จากตารางที่ 31 พบว่าส่วนใหญ่นักเรียนของผู้ป่วยในเขตเทศบาล ร้อยละ 86.9 บริเวณข้างเคียงบ้านของผู้ป่วยมักอยู่ใกล้กับโรงเรียน ร้อยละ 25.5 รองลงไปอยู่ใกล้กับวัด ร้อยละ 23.0 ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ส่วนใหญ่นั้นมีการเสพยาเสพติดเป็นกลุ่ม ๆ ร้อยละ 58.9 พบว่าในชุมชนที่ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอาศัยมีการเสพยาบ้าสูงสุด ร้อยละ 85.8 และ 85.7 ตามลำดับ

## 2.6 รูปแบบการจัดหาได้มาซึ่งยาบ้า

ตารางที่ 32 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการได้มาซึ่งยาบ้า

วิธีได้มาซึ่งยาบ้า	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	<b>ซื้อยาบ้าได้จาก</b>					
เพื่อน ๆ ที่เสพยาบ้า	74	36.6	34	38.6	108	37.2
ผู้ชายรายย่อยใกล้บ้าน	68	33.7	30	34.1	98	33.8
สั่งโดยตรงจากผู้แทนจำหน่าย	6	3.0	4	4.5	10	3.4
ให้เด็กเป็นตัวกลางในการซื้อ	21	10.4	11	12.5	32	11.0
พนักงานร้านขายยา	0	0.0	1	1.1	1	0.4
ผู้ชายนอกชุมชน	32	15.8	7	8.0	39	13.4
ที่บ้านขายเอง	0	0.0	1	1.1	1	0.4
นายจ้าง	1	0.5	0	0.0	1	0.4
<b>แหล่งขายยาบ้า</b>						
ที่พักของผู้ชาย	154	76.2	71	80.7	225	77.6
บิมน้ำมัน	1	0.5	0	0.0	1	0.3
ร้านซ่อมรถ	1	0.5	0	0.0	1	0.3
ศูนย์การค้า	0	0.0	1	1.1	1	0.3
ในซอยเข้าบ้าน	35	17.3	10	11.4	45	15.5
ผู้ขายนำมาส่งให้ที่บ้าน	5	2.5	3	3.4	8	2.8
ร้านขายยา	0	0.0	1	1.1	1	0.3
บ้านของตัวเอง	1	0.5	1	1.1	2	0.7
โรงงาน	2	1.0	0	0.0	2	0.7
ที่ทำงาน	2	1.0	1	1.1	3	1.0
โรงสับกาแฟ	1	0.5	0	0.0	1	0.3



ตารางที่ 32 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการได้มาซึ่งยาบ้า

วิธีได้มาซึ่งยาบ้า	ผู้ป่วยเพศชาย (n = 202)		ผู้ป่วยเพศหญิง (n = 88)		รวม (n = 290)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
แหล่งขายยาบ้าตั้งอยู่บริเวณ						
อยู่ในชุมชนเดียวกัน	134	66.3	68	77.3	202	69.7
อยู่นอกชุมชนแต่เดินทางไม่ลำบาก	68	33.7	20	22.7	88	30.3
ระยะเวลาในการได้มาซึ่งยาบ้าในแต่ละครั้ง						
1-10 นาที	125	61.9	58	65.9	183	63.1
ครึ่งชั่วโมง	61	30.2	26	29.5	87	30.0
1 ชั่วโมง	14	6.9	4	4.5	18	6.2
มากกว่า 1 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 1 วัน	2	1.0	0	0.0	2	0.7

จากตารางที่ 32 พบว่าผู้ป่วยมักซื้อยาบ้าจากเพื่อน ๆ ที่เสพยาบ้าด้วยกัน ร้อยละ 37.2 รองลงไปซื้อยาบ้าจากผู้ขายยาบ้ารายย่อยใกล้บ้าน ร้อยละ 33.8 โดยส่วนใหญ่เดินทางไปซื้อถึงที่พักของผู้ขายด้วยตนเอง ร้อยละ 77.6 จากการสัมภาษณ์พบว่า แหล่งขายยาบ้าส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเดียวกับที่พักของผู้ป่วยซึ่งสามารถเดินทางไปซื้อยาบ้าได้ไม่ลำบาก ร้อยละ 69.7 ในการซื้อยาบ้าแต่ละครั้งผู้ป่วยใช้เวลาไม่นานนัก ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-10 นาที ร้อยละ 63.1 ก็ได้ยาบ้า ซึ่งเมื่อคิดรวมกลุ่มการได้มาซึ่งยาบ้าตั้งแต่ 1 นาที ถึง 1 ชั่วโมงพบว่า มีสูงถึงร้อยละ 99.3 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถซื้อหายาบ้าได้ง่ายมาก

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิต-สังคมกับผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง

ตารางที่ 33 แสดงค่า Chi-Squares ( $X^2$ ), P-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ระหว่าง  
ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง

ปัจจัยส่วนบุคคลและจิต-สังคม	$X^2$	df	p-value	Fisher's Exact
อายุ	17.184	6	0.009	-
บิดายังมีชีวิตอยู่	0.768	1	0.381	-
มารดายังมีชีวิตอยู่	0.001	1	0.969	-
การเสพยาเสพติดของบิดา	0.822	1	0.365	-
การเสพยาเสพติดของมารดา	0.019	1	0.890	-
การอยู่ร่วมกันของบิดามารดา	0.024	1	0.837	-
การเลี้ยงดูแบบตามใจ	0.652	1	0.419	-
การเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล	0.000	1	0.984	-
การเลี้ยงดูแบบเข้มงวด	-	-	-	1.000
การเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่	0.008	1	0.927	-
การเลี้ยงดูแบบไม่เอาใจใส่	-	-	-	0.265
ประวัติการเสพยาเสพติดของพี่น้อง	0.924	1	0.336	-
ประวัติการการเป็นโรคจิตของกลุ่มญาติ	0.924	2	0.630	-
ประวัติการเสพยาเสพติดของกลุ่มที่มีคู่	-	-	-	0.003
ประวัติการเสพยาเสพติดของคู่วัย	0.000	1	1.000	-

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงว่า Chi-Squares ( $X^2$ ), P-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาบ้าของเพศชายและเพศหญิง

ปัจจัยส่วนบุคคลและจิต-สังคม	$X^2$	df	p-value	Fisher's Exact
ประวัติการถูกภาคทัณฑ์	0.228	1	0.633	-
ประวัติการถูกพักการเรียน	1.079	1	0.299	-
ประวัติการถูกไล่ออก	0.074	1	0.785	-
การได้รับความรู้เกี่ยวกับยาบ้า	1.919	1	0.166	-
ประวัติการเสพยาเสพติดในกลุ่มเพื่อน	0.000	1	1.000	-
ประวัติการกระทำผิดทางกฎหมาย	1.445	1	0.229	-
สภาพท้องถิ่นที่พักอาศัย	3.763	2	0.125	-

จากตารางที่ 33 แสดงให้เห็นว่าอายุของผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ p-value < 0.05 (หมายเหตุ แต่ผลที่ได้ไม่น่าเชื่อถือ มีข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยเพศหญิงขาดหายไปในช่วงอายุ 40 – 44 ปี และ 45 – 49 ปี)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้วิจัยทางจิต-สังคมของโรคจิตที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ทางจิต-สังคมแบบมีโครงสร้างในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสรุปผลได้ดังนี้

#### สรุปผลการศึกษา

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ด้วยโรคจิตที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาบ้า มีจำนวน 290 คน (คิดเป็นร้อยละ 33.92 ของผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาในช่วงเวลาเดียวกัน) เป็นเพศชายร้อยละ 69.7 และหญิงร้อยละ 30.3 มีอายุเฉลี่ย =  $25.15 \pm 6.59$  ปี สถานะภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสดร้อยละ 57.2 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.1 มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครร้อยละ 69.0, ผู้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลคือ ญาติและบิดามารดาร้อยละ 53.5 ผู้ป่วยมารับการรักษาในครั้งนี้เพราะทางบ้านบังคับร้อยละ 67.6 ผู้ป่วยร้อยละ 31.4 อาศัยอยู่กับบิดา มารดา คู่สมรสและญาติ

1.2 ข้อมูลอาการโรคจิตจากการประเมิน BPRS พบว่า คะแนน BPRS เมื่อรับใหม่อยู่ในระดับที่มีอาการมากทั้ง 290 คน ร้อยละ 21.4 มีคะแนน BPRS=44 คะแนนเฉลี่ย =  $43.23 \pm 2.29$  คะแนน กลุ่มอาการ positive symptom ที่พบในระดับรุนแรงคือ auditory hallucination ร้อยละ 95.2 conceptual disorganization ร้อยละ 88.6 และ suspiciousness ร้อยละ 59.0 อาการที่พบในระดับปานกลางคือ hostility ร้อยละ 51.4 อาการที่พบในระดับน้อยคือ excitement ร้อยละ 46.2 อาการที่พบเล็กน้อยเป็นบางครั้งคือ grandiosity ร้อยละ 62.8 กลุ่มอาการ negative symptom ที่พบในระดับปานกลางคือ emotional withdrawal ร้อยละ 49.0 อาการที่พบในระดับเล็กน้อยเป็นบางครั้งคือ blunted affect ร้อยละ 49.0 กลุ่มอาการ general psychopathology ที่พบในระดับค่อนข้างรุนแรงคือ unusual thought content ร้อยละ 78.3 อาการที่พบในระดับปานกลางคือ anxiety ร้อยละ 83.8 guilt feelings ร้อยละ 78.3 tension ร้อยละ 81.0 mannerisms and posturing ร้อยละ 60.3 uncooperativeness ร้อยละ 56.9 และ depressive mood ร้อยละ 45.2 อาการที่พบในระดับเล็กน้อยเป็นบางครั้งคือ motor retardation ร้อยละ 63.8 ส่วนอาการที่ไม่พบคือ disorientation ร้อยละ 96.9 และ somatic concern ร้อยละ 78.6 หลังจากได้รับการรักษาอาการของผู้ป่วยจะทุเลาลงในสัปดาห์ที่ 1 ร้อยละ 75.17 และที่เหลือร้อยละ 44.83 อาการจะทุเลาลงในสัปดาห์ที่ 2

1.3 ข้อมูลด้านการงานและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยร้อยละ 77.2 ไม่มีภาระรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้อื่น ร้อยละ 61.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย =  $7358.73 \pm 7158.99$  บาท/เดือน ร้อยละ 74.5 คิดว่ารายได้

ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายซึ่งมีสาเหตุมาจากการนำเงินไปซื้อยาบ้ามาเสพร้อยละ 98.6 และเมื่อมีปัญหาเรื่องเงิน ผู้ป่วยร้อยละ 60.7 ก็จะขอยืมหรือพึ่งพาบิดามารดา

1.4 รายละเอียดเกี่ยวกับการเสพยาบ้า พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่นิยมเสพด้วยวิธี สูบควันร้อยละ 96.2 จะเสพโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ =  $20.94 \pm 21.56$  ครั้ง แต่ละครึ่งนิยมเสพโดยเฉลี่ย =  $0.98 \pm 0.60$  เม็ด ผู้ป่วยนิยมเสพยาเสพติดอื่นร่วมด้วยร้อยละ 92.1 พบว่ายาสเสพติดที่นิยมเสพร่วมด้วยมากที่สุดคืออนุหรือร้อยละ 78.6 เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกเพราะอยากลองร้อยละ 57.2 ผู้ป่วยเสพยาบ้าครั้งแรกที่บ้านเพื่อนร้อยละ 42.8 ปัจจุบันผู้ป่วยเสพยาบ้าคนเดียวร้อยละ 52.8 ครั้งสุดท้ายเสพยาบ้าก่อนมาโรงพยาบาลไม่เกิน 3 วันร้อยละ 63.4 อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ยาบ้าครั้งแรก =  $20.02 \pm 6.51$  ปี, ส่วนใหญ่เสพมานานโดยเฉลี่ย =  $5.13 \pm 3.16$  ปี

## 2. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางจิต-สังคม

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพครอบครัว พบว่าบิดายังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 72.1 มารดายังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 89.3 โดยเฉลี่ยบิดามีอายุ =  $53.17 \pm 10.05$  ปี บิดามีรายได้โดยเฉลี่ย =  $13958.11 \pm 24210.30$  บาท ส่วนมารดามีอายุโดยเฉลี่ย =  $50.73 \pm 9.63$  ปี มารดามีรายได้โดยเฉลี่ย =  $26584.36 \pm 167478.80$  บาท บิดาและมารดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 44.5 และ 41.7 ตามลำดับ บิดามารดาของผู้ป่วยไม่ได้ใช้ชีวิตร่วมกันร้อยละ 50.3 สาเหตุของการไม่ได้ใช้ชีวิตร่วมกันก็คือบิดาหรือมารดาเสียชีวิตร้อยละ 52.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยมีลักษณะทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรงร้อยละ 74.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพี่น้องในครอบครัว 3 คน และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรกของครอบครัว บิดาของผู้ป่วยเคยเสพยาเสพติดร้อยละ 73.1 โดยเสพสุราและบุหรี่ยังร้อยละ 25.5 ส่วนมารดาเสพยาเสพติดร้อยละ 17.9 และพี่น้องของผู้ป่วยเสพยาเสพติดร้อยละ 38.3 ผู้ป่วยได้รับการเลี้ยงดูแบบรักทะนุถนอมและเอาใจใส่ ร้อยละ 44.5 ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจต่อรูปแบบการเลี้ยงดูร้อยละ 90.0 ผู้ป่วยมีญาติป่วยเป็นโรคจิต ร้อยละ 19.7 ญาติของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตประกอบด้วยปู่ ลุง ป้า น้า อา และลูกของลุง ร้อยละ 56.1 สมาชิกในครอบครัวแสดงท่าทีต่อต้านการเสพยาบ้าของผู้ป่วยร้อยละ 97.2 ช่วงวัยที่ผู้ป่วยมีคู่เป็นครั้งแรกมีเกณฑ์อายุเฉลี่ย =  $20.14 \pm 4.52$  ปี ร้อยละ 45.2 มีการทะเลาะกับคู่อย่างรุนแรงเป็นบางครั้ง สภาพปัญหาที่พบบ่อยระหว่างคู่คือปัญหาจากการเสพยาบ้าร้อยละ 29.1 ส่วนสภาพปัญหาที่ก่อให้เกิดการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ส่วนใหญ่คือปัญหาจากการเสพยาบ้าร้อยละ 30.8 คู่ของผู้ป่วยร้อยละ 27.0 มีประวัติการเสพยาเสพติด ส่วนกลุ่ม ผู้ป่วยที่เป็นโสดร้อยละ 69.9 เคยมีคู่รัก คู่รักของผู้ป่วยร้อยละ 17.2 มีพฤติกรรมกรรมการเสพยาเสพติด ชนิดของยาเสพติดที่คู่รักของผู้ป่วยเสพคือยาบ้า ร้อยละ 80.0

2.2 ข้อมูลการศึกษา ขณะนี้ผู้ป่วยไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 95.9 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 44.2 เกรดเฉลี่ยก่อนการเสพ ยาบ้าอยู่ในระดับ 2.01-3.00 ร้อยละ 53.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษของยาบ้าร้อยละ 87.6 แหล่งความรู้ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับคือโทรทัศน์ ร้อยละ 67.9

2.3 ข้อมูลการกระทำความผิดในรูปแบบต่าง ๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเคยถูกภาคทัณฑ์ร้อยละ 38.3 เคยถูกสั่งพักการเรียนร้อยละ 6.2 เคยถูกไล่ออกจากสถานศึกษาร้อยละ 9.0 และเคยถูกตำรวจจับกุมร้อยละ 60.3 คดีที่ถูกจับกุมก็คือมียาเสพติดในครอบครองร้อยละ 41.0

2.4 ข้อมูลกลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนสนิทของผู้ป่วยคือเพื่อนที่ไม่มีงานทำร้อยละ 29.3 ซึ่งกลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่มีประวัติเคยเสพยาเสพติดร้อยละ 79.3 ชนิดของยาเสพติดที่เพื่อนของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงเสพยาบ้าร้อยละ 79.2 และ 90.1 ตามลำดับ

2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 86.9 ซึ่งสถานที่ใกล้บ้านของผู้ป่วยคือโรงเรียนร้อยละ 25.5 ในชุมชนพบว่ามีกาเสพยาเสพติดเป็นกลุ่มร้อยละ 55.9 ชนิดของยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดในชุมชนคือยาบ้าร้อยละ 85.8

2.6 รูปแบบการจัดหาและได้มาซึ่งยาบ้า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยร้อยละ 37.2 ซื้อจากเพื่อนที่เสพยาบ้าด้วยกัน แหล่งขายยาบ้าร้อยละ 77.6 คือที่พักของผู้ชาย ส่วนแหล่งขายยาบ้า ร้อยละ 69.7 อยู่ในชุมชนเดียวกันกับที่พักของผู้ป่วย การใช้เวลาในการได้ยาบ้ามาในแต่ละครั้งคือ 1-10 นาทีพบร้อยละ 63.1

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิต-สังคมของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงไม่พบว่ามีปัจจัยใดของผู้ป่วยเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P$ -value < 0.05

## อภิปรายผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายได้หลายประเด็น แต่จะขออภิปรายเปรียบเทียบกันในกลุ่มผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า
2. ผู้ป่วยติดยาบ้า
3. ผู้ป่วยโรคจิตเภท

เพราะโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้ามักเกิดขึ้นตามหลังการติดยาบ้าที่เสพยาบ้าบ่อย ๆ เสพปริมาณมากและเสพมานาน<sup>(36)</sup> และโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการหลงผิดชนิดหวาดระแวงร่วมกับอาการประสาทหลอน ซึ่งคล้ายกับโรคจิตเภทชนิด หวาดระแวงเป็นอย่างมาก<sup>(35)</sup> จึงขออภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 290 คน พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 69.7 และเพศหญิง ร้อยละ 30.30 ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ สุพรรณิ โภธิ<sup>(42)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 75.70 และงานวิจัยของ Iwanami และคณะ<sup>(52)</sup> ที่พบว่าคนญี่ปุ่นที่ป่วยเป็นโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 77 ส่วนผู้ป่วยที่ติดยาบ้าก็จะพบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเช่นกัน จากงานวิจัยของศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา และคณะ<sup>(64)</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 69.78 การที่เพศชายเสพยาบ้าและป่วยเป็นโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้ามากกว่าเพศหญิงอาจเป็นเพราะเพศชายมีนิสัยกล้าลอง กล้าเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง



และเพศชายมีโอกาสเที่ยวเตร่คบเพื่อนฝูงนอกบ้านได้มากกว่าเพศหญิง จึงมีโอกาสเสพยาเสพติดมากกว่า<sup>(59)</sup> ส่วนผู้ป่วยจิตเภทจากงานวิจัยของฝ่ายสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลศรีธัญญาและโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา<sup>(65)</sup> ก็พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.23 สอดคล้องกับบทความของเกษม ต้นติผลาชีวะ<sup>(67)</sup> ที่กล่าวว่าเพศชายป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าเพศหญิง แต่ขัดแย้งกับบทความของ สมภพ เรื่องตระกูล<sup>(66)</sup> ที่กล่าวว่าผู้ชายและผู้หญิงมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ เท่า ๆ กัน

อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย =  $25.15 \pm 6.59$  ปี คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ วสุ จันทรศักดิ์<sup>(35)</sup> ที่พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 24.3 ปี และคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล และคณะ<sup>(36)</sup> ที่พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย =  $25.1 \pm 7.1$  ปี ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการป้องกันปัญหาเสพยาเสพติดในวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งถ้าเสพยาบ้าจนมีอาการโรคจิตจะมีอายุในช่วง 20 ปีขึ้นไป รวมทั้งสอดคล้องกับบทความของอัมพร ไชยตระกูล<sup>(59)</sup> ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจุบันผู้ติดยาเสพติดมีทุกกลุ่มอายุแต่พบมากในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เสพยาบ้าขึ้นเมื่อมีอัตราเพิ่มขึ้นในกลุ่ม อายุน้อยคืออายุต่ำกว่า 15 ปี และระหว่าง 16-25 ปี แต่จะลดลงในกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น<sup>(59)</sup> และคนกลุ่มนี้ก็จะป่วยเป็นโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าในช่วงอายุต่อมา

เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยถูกทางบ้านบังคับให้มารักษา ร้อยละ 67.6 คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ วสุ จันทรศักดิ์<sup>(35)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการสำคัญคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เอะอะ อาละวาด วุ่นวาย คลุ้มคลั่ง เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นต้นเหตุให้ญาติต้องบังคับผู้ป่วยให้มารับการรักษาโดยต้องมีผู้นำส่งโรงพยาบาลจำนวนมากจึงจะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ จะพบว่าส่วนใหญ่ผู้นำส่งโรงพยาบาลคือ บิดา มารดา ผู้ปกครอง และญาติ ร้อยละ 53.5 ส่วนผู้ป่วยติดยาบ้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน จากงานวิจัย ของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ<sup>(58)</sup> ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยต้องการการยอมรับจากสังคม ร้อยละ 45.6 และรายงานของข้อมูลผู้ติดยาบ้าที่เข้ารับการรักษาทั่วประเทศในประเทศไทยในพ.ศ. 2542 จากบทความของฝ่ายวิชาการ บริษัท สกายบุ๊กส์ จำกัด<sup>(69)</sup> ที่กล่าวว่าเหตุผลที่เข้ารับการรักษาเพราะอยากเลิก ร้อยละ 49.7 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทจากบทความของ มาโนช หล่อตระกูล<sup>(68)</sup> ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยจะถูกบังคับนำตัวส่งโรงพยาบาลในระยะที่อาการกำเริบ อาการสำคัญก็คืออาการ เอะอะ อาละวาด วุ่นวาย คลุ้มคลั่ง ก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า

การประกอบอาชีพของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 60.1ว่างงาน ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ สุพรรณิ โพลี<sup>(42)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตจากยาบ้า ร้อยละ 45.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนการประกอบอาชีพของผู้ป่วยติดยาบ้า จากงานวิจัยของศิริรักษ์ ศรีปัญญาพงษ์<sup>(70)</sup> พบว่าผู้ป่วยติดยาบ้าไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ



27.0 สอดคล้องกับความหมายยาเสพติดขององค์การอนามัยโลก(World Health Organization)<sup>(61)</sup> ที่ได้ให้ความหมายของยาเสพติดไว้ว่ายาเสพติด มีคุณสมบัติทำให้ผู้เสพเกิดความต้องการอย่างแรงกล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะหามาเสพให้ได้ต่อเนื่องเป็นระยะๆ และจะเสาะแสวงหาหามาเสพให้ได้ไม่ว่าวิธีใดๆ ทำให้มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับการเสพยาบ้าจนไม่สนใจทำสิ่งอื่นๆรวมทั้งการทำงาน ส่วนผู้ป่วยจิตเภทจากงานวิจัยของฝ่ายสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลศรีรัฐัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา<sup>(65)</sup> พบว่าไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 22.35

เมื่อรับใหม่ผู้ป่วย มีคะแนน BPRS อยู่ในระดับที่มีอาการโรคจิตมาก (มากกว่า 30 คะแนน) ทุกคน ค่าคะแนนเฉลี่ยของ BPRS เมื่อรับใหม่คือ  $43.23 \pm 2.29$  คะแนน หลังจากได้รับการรักษาแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยร้อยละ 75.17 มีอาการโรคจิตอยู่ในระดับน้อย (ค่า BPRS < 30 คะแนน) สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ และผู้ป่วยอีกร้อยละ 44.83 อาการโรคจิตทุเลาในสัปดาห์ที่ 2 คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ<sup>(37)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง ส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ใน 2 สัปดาห์ จากคะแนน BPRS ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่สัปดาห์ที่ 0, 1 และ 2 ส่วนโรค จิตเภท จากงานวิจัยของ วสุ จันทรงค์ดี<sup>(35)</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคดีขึ้นช้ากว่าโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า

อาการ positive symptom ที่พบอยู่ในระดับค่อนข้างรุนแรง เมื่อรับใหม่คือ auditory hallucination ร้อยละ 95.2 conceptual disorganization ร้อยละ 88.6 และ suspiciousness ร้อยละ 59.0 อาการที่พบในระดับปานกลาง คือ hostility ร้อยละ 51.4 อาการที่พบในระดับน้อยคือ excitement ร้อยละ 46.2 และอาการที่พบในระดับน้อยมากคือ grandiosity ร้อยละ 12.8 อาการ negative symptom ที่พบในระดับปานกลาง คือ emotional withdrawal ร้อยละ 49.0 อาการที่พบในระดับน้อยมาก คือ blunted affect ร้อยละ 49.0 อาการ general psychopathology ที่พบในระดับค่อนข้างรุนแรง คือ unusual thought content ร้อยละ 78.3 อาการที่พบในระดับปานกลาง คือ anxiety ร้อยละ 83.8 guilt feelings ร้อยละ 78.3 tension ร้อยละ 81.0 mannerisms and posturing ร้อยละ 60.3 uncooperativeness ร้อยละ 56.9 และ depressive mood ร้อยละ 45.2 อาการที่พบน้อยมาก คือ motor retardation ร้อยละ 63.8 ส่วนที่ไม่พบว่ามีอาการ คือ disorientation ร้อยละ 96.9 และ somatic concern ร้อยละ 78.6 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ กิตติพงศ์ สานิชวรรมกุล และคณะ<sup>(36)</sup> ที่พบว่า อาการ positive symptom ที่พบเด่นชัดมากที่สุดได้แก่ อาการ hallucination ร้อยละ 92.1 อาการ suspiciousness ร้อยละ 91.6 และ conceptual disorganization ร้อยละ 85.1 อาการที่พบไม่มาก ได้แก่ hostility ร้อยละ 62.3 excitement ร้อยละ 45.5 และ อาการ grandiosity ร้อยละ 32.5 สำหรับอาการ

negative symptom ไม่ค่อยเด่นชัดนัก ได้แก่ emotional withdrawal ร้อยละ 75.8 และ blunted affect พบร้อยละ 63.2 ส่วนอาการ general psychopathology พบได้เด่นชัดรองลงมาได้แก่ unusual thought content ร้อยละ 89.3 anxiety ร้อยละ 85.6 และ tension ร้อยละ 80.5 ส่วนอาการโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า จากงานวิจัยของ Sato และ คณะ<sup>(20)</sup> ที่ประเทศญี่ปุ่นพบว่าผู้ป่วยมีอาการ paranoid delusion ร้อยละ 100 auditory hallucination ร้อยละ 76.2 visual hallucination ร้อยละ 38.1 bizarre delusion ร้อยละ 23.8 incoherence and loosening of association ร้อยละ 19.0 ส่วนงานวิจัยของ วสุ จันทระศักดิ์<sup>(35)</sup> พบว่า อาการของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า มักจะมีลักษณะของโรคจิตชนิดระวางแบบเฉียบพลัน โดยมีความหลงผิดชนิดหวาดระแวงร่วมกับอาการประสาทหลอนทางหู และ/หรือทางตา และมักจะไม่พบ disorientation ร่วมด้วย ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) จนแทบแยกกันไม่ออกแต่ก็แยกได้ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ในโรคจิตเภทจะมีลักษณะเฉื่อยชา หรือไม่เหมาะสมแต่ในโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้ากลับมีลักษณะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย (labile) ค่อนข้างไปทางวิตกกังวลและมีอารมณ์ครื้นเครง (euphoria, elation) ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้ามักไม่ค่อยพบ formal positive thought disorder แต่มักจะพบประสาทหลอนทางตาและทางสัมผัส รวมทั้ง compulsive stereotyped behavior บ่อยกว่าที่พบในโรคจิตเภท ส่วนงานวิจัยของ Griffith และคณะ<sup>(46)</sup> พบว่าอาการทางจิตจากการเสพติดยาบ้าจะเริ่มต้นด้วยอารมณ์ครื้นเครง (euphoria) และมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น ตามมาด้วยอาการซึมเศร้า แยกตัว นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ก่อนที่จะเริ่มมีอาการหวาดระแวง (paranoid) และพัฒนาไปเป็น well-organized paranoid delusion ซึ่งอาจพบร่วมกับประสาทหลอนทางตาและหรือทางหู

รูปแบบการเสพยาบ้าส่วนใหญ่ใช้วิธีสูดควัน ร้อยละ 96.2 เสพโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ  $20.94 \pm 21.56$  ครั้ง ปริมาณโดยเฉลี่ย  $0.98 \pm 0.59$  เม็ด/ครั้ง ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ<sup>(37)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยเสพด้วยวิธีสูดควัน ร้อยละ 95.2 จำนวนเฉลี่ย  $2.54 \pm 2.75$  เม็ด/ครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้เล่าว่าการเสพโดยเอาเม็ดยามาเผาในกระดาษฟอยล์ ให้กลายเป็นควันแล้วใช้หลอดดูด บางรายอาจสูดโดยให้ควันผ่านน้ำก่อนเพื่อลดอุณหภูมิและระดมทำให้เสพได้ง่ายมากขึ้น การเสพด้วยวิธีสูดควันนี้จะทำให้ผู้เสพเกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรงขึ้นได้ในทันทีที่สูดเข้าไป ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้เสพนิยมมากที่สุด<sup>(4)</sup> แต่แตกต่างกับงานวิจัยของ Sato และคณะ<sup>(20)</sup> ที่พบว่าคนญี่ปุ่นนิยมเสพด้วยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดในขนาด 30 – 90 mg. ต่อครั้ง วันละ 1 – 10 ครั้ง การเสพด้วยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดจะก่อให้เกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรงขึ้นภายในเวลา 15 – 30 วินาทีหลังการฉีด<sup>(4)</sup> ส่วนผู้ติดยาบ้า จากงานวิจัยของ รณชัย คงสกนธ์ และคณะ<sup>(71)</sup> พบว่า ผู้ติดยาบ้าร้อยละ 100 เสพด้วยวิธีการสูดควัน เฉลี่ยวันละครั้งถึง 1 เม็ด

สาเหตุที่ทำให้เสพยาบ้า ร้อยละ 57.2 เพราะอยากลอง คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ<sup>(41)</sup> ที่พบว่า สาเหตุของการเสพยาบ้าเพราะอยากลอง ร้อยละ 37.3 และงานวิจัยเชิงลึกของ จำเนียร แม้กระโทก<sup>(76)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยติดยาบ้าในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์มีเหตุผลในการเสพรั้งแรกคือ อยากลอง สอดคล้องกับบทความของฝ่ายวิชาการบริษัทสกายบุคส์จำกัด<sup>(69)</sup> ที่กล่าวว่า วัยที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกคือ วัยรุ่นหรือเยาวชน ซึ่งเป็นวัยอยากรู้ อยากลองในสิ่งที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อน และอีกอย่างหนึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่เก็บความสงสัยไว้ใจไม่ได้ จะต้องหาทางระบายความสงสัยนั้นเสีย โดยคิดว่าไม่ติดง่าย ๆ หรือเห็นเป็นเรื่องโก้เก๋ที่ได้ลองของ ใหม่ ๆ การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลหรือแหล่งจำหน่าย การมีเพื่อนหรือญาติเสพยาบ้าจะก่อให้เกิดความสงสัยอยากรู้ว่าทำไมเขาจึงเสพกัน เสพแล้วมีความสุขจริงหรือไม่ จึงทดลองเสพ และกลายเป็นผู้ติดยาบ้าในที่สุด

อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เริ่มเสพยาบ้าคือ  $20.02 \pm 6.52$  ปี และอายุน้อยที่สุดที่เริ่มเสพยาบ้าคือ 10 ปี ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ อรรถนพ วิสุทธิพรรค<sup>(34)</sup> ที่พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เริ่มเสพยาบ้าคือ 22.9 ปี และอายุน้อยที่สุดที่เริ่มเสพยาบ้าคือ 14 ปี ส่วนผู้ป่วยที่ติดยาบ้า พบว่ามีอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้าน้อยกว่าจากงานวิจัยของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ<sup>(58)</sup> ที่พบว่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มเสพยาบ้าคือ  $16.58 \pm 8.31$  ปี และอายุน้อยที่สุดที่เริ่มเสพยาบ้าคือ 11 ปี จะเห็นได้ว่าอายุที่เริ่มเสพยาบ้าจะอยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง โดยเฉพาะความอยากรู้อยากมีประสบการณ์กับสิ่งต้องห้ามทั้งปวง ยาเสพติดเป็นเรื่องต้องห้ามทั้งในบ้าน ในโรงเรียน และในสังคม ยิ่งถูกห้ามก็ยิ่งอยากลอง และเมื่อทดลองแล้วก็ต้องอยากใช้อีกไม่สิ้นสุด<sup>(60)</sup> ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสพยาบ้านานโดยเฉลี่ย  $5.13 \pm 3.16$  ปี ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของวัชร จุลยพันธ์ และคณะ<sup>(43)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เสพยาบ้านาน 1 – มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 81.9 จากการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลการทำวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการเสพจากฤทธิ์ของยาบ้าที่ทำให้ผู้เสพเกิดอาการเสียวซ่าอย่างรุนแรง (Rush) คล้ายอาการเสียวซ่าเมื่อถึงจุดสุดยอดของการร่วมประเวณี (Orgasm)<sup>(4)</sup> และสอดคล้องกับความหมายของยาเสพติดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ที่กล่าวว่ายาเสพติดมีคุณสมบัติทำให้ผู้เสพเกิดความต้องการอย่างแรงกล้าทั้งทางร่างกาย และจิตใจที่จะพยายามเสพให้ได้ต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ และจะพยายามเสาะแสวงหายามาเสพให้ได้ไม่ว่าจะด้วยวิธีใด ๆ<sup>(61)</sup> เหตุผลทั้ง 2 อย่างเป็นการชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่ได้มารับการรักษาที่ระยะเวลาไว้นานจนมีอาการของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า จนญาติทนไม่ได้จึงต้องบังคับนำตัวส่งโรงพยาบาล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่นิยมเสพยาเสพติดอื่น ๆ รวมด้วยร้อยละ 92.1 โดยนิยมใช้บุหรี่มากที่สุดร้อยละ 85.69 คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ วสุ จันทรศักดิ์<sup>(35)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยใช้บุหรี่ร่วมกับการเสพยาบ้าสูงสุดร้อยละ 84.2

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุหรืเป็นยาเสพติดที่ถูกกฎหมายและสามารถซื้อได้โดยสะดวก<sup>(62)</sup> โดยทั่วไปผู้ใช้สารเสพติดมักใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยเพื่อเสริมฤทธิ์ทาง จิตใจ หรือเพื่อลดอาการอื่นไม่พึงประสงค์ ตลอดจนเป็นการทดแทนเมื่อขาดแคลนสารที่ใช้เป็นประจำ<sup>(63)</sup> ส่วนผู้ป่วยที่ติดยาบ้า พบว่าเสพบุหรืร่วมด้วยน้อยกว่า จากงานวิจัยของ ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา และคณะ<sup>(64)</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเสพบุหรืร่วมด้วยร้อยละ 18.32 และงานวิจัยของ รณชัย คงสกลธี และคณะ ที่พบว่าผู้ติดยาบ้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเสพบุหรืร่วมด้วยน้อยกว่าเช่นกัน คือ ร้อยละ 38.9 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวช จะพบว่าเสพบุหรืกันมากแต่ยังไม่มีการรายงานพบเท่าไร แต่วิจัยของ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา<sup>(65)</sup> พบว่ายากระตุ้นประสาท สุรา และกัญชา เป็นปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท ร้อยละ 20.73

ผู้ป่วยที่จบการศึกษาแล้วมีวุฒิการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 44.2 คล้ายคลึงกับงานวิจัยของกรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ<sup>(41)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยจบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลายและตอนต้นร้อยละ 53.3 ส่วนผู้ป่วยติดยาบ้าจากงานวิจัยของ ธีรชัย ประดิพัทธ์พงษ์<sup>(72)</sup> พบว่าผู้ป่วยติดยาบ้าที่โรงพยาบาลนครปฐม จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.8ทำให้คาดการณ์ได้ว่าผู้ที่มีความรู้ระดับประถมศึกษาอาจจะมีปัญหาในการปรับตัวเมื่อประสบกับความตึงเครียดหรือสิ่งเข้ายวนต่าง ๆ ในทางที่ไม่ดี อันจะมีผลต่อเนื่องถึงกระบวนการคิด และตัดสินใจทดลองเสพยาเสพติดเมื่อมีบุคคลมาชักชวนหรือแนะนำ ดังนั้นการจัดการศึกษา การปรับเปลี่ยนแนวคิดและทัศนคติต่อการเรียนให้เป็นที่ไปในทางบวก จึงอาจจะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการคิดที่จะช่วยป้องกันตนเองให้รอดพ้นจากการเสพยาเสพติดได้ ส่วนผู้ป่วยจิตเภทจากงานวิจัยของ อุษษา ชูชาติ และคณะ<sup>(73)</sup> พบว่าผู้ป่วยจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 36.0

สภาพครอบครัวพบว่า บิดามีอายุเฉลี่ย  $53.17 \pm 10.046$  ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 44.5 มีรายได้โดยเฉลี่ย  $13958.11 \pm 24210.300$  บาท/เดือน, มารดามีอายุเฉลี่ย  $50.73 \pm 9.625$  ปี มารดาประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 41.7 มีรายได้เฉลี่ย  $26584.36 \pm 167478.804$  บาท/เดือน บิดามารดาไม่ได้อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 50.3 สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 74.8 มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง ส่วนใหญ่บิดาเคยเสพยาเสพติด ร้อยละ 73.10 บิดามารดาส่วนใหญ่เลี้ยงดูผู้ป่วยแบบรักทะนุถนอมและตามใจ ร้อยละ 42.8 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่ารู้สึกพึงพอใจในการเลี้ยงดูร้อยละ 90.0 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดามารดา ญาติ และคู่ ร้อยละ 31.4 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพครอบครัวที่ค่อนข้างสมบูรณ์ มีสภาพปัญหาในครอบครัวบ้างแต่ไม่รุนแรง ฐานะปานกลาง แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยของ กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ<sup>(42)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ ร้อยละ 80.7 บิดามารดาอยู่ด้วยกันในครอบครัวแบบรักใคร่กันดี ร้อยละ 70.7 ส่วนผู้ป่วยติดยาบ้า จากงานวิจัยของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ<sup>(58)</sup> พบว่า ผู้ป่วยที่ติดยาบ้าส่วนใหญ่บิดา

มารดาที่มีสัมพันธภาพแบบมีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง บิดาประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย  $12,342.40 \pm 8,211.60$  บาท/เดือน มารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ย  $7,794.79 \pm 7,502.27$  บาท/เดือน และพบว่าบิดามีประวัติการใช้ยาเสพติดเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 69.9 โดยเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 37.8 มีการเลี้ยงดูแบบรักเอาใจใส่และมีกฎเกณฑ์ในการลงโทษตามสมควรเมื่อกระทำความผิด ร้อยละ 69.6 ซึ่งผู้ป่วยตอบว่ารู้สึกพึงพอใจในการเลี้ยงดู จากงานวิจัยของ Sokol-Katz<sup>(45)</sup> และคณะที่พบว่าลักษณะโครงสร้างทางครอบครัวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความผูกพันในครอบครัวเป็นผลโดยตรงต่อค่านิยมซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กวัยรุ่น เช่น การติดสารเสพติด ส่วนเรื่องการเลี้ยงดูลูกแบบตามใจนั้น จากบทความของ รักษิณา<sup>(74)</sup> กล่าวว่าเป็นการเลี้ยงดูที่ทำให้เด็กไม่มีวินัย ไม่รู้จักควบคุมตนเอง มีปัญหาการอยู่ร่วมกับคนอื่น ละเมิดเสรีภาพของผู้อื่น การไม่ตั้งขอบเขตกำหนดระเบียบเป็นการส่งเสริมให้เด็กมีนิสัยในการทำลาย และกระทำในสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ ส่วนผู้ป่วยจิตเภท จากงานวิจัยของ อุษษา ชูชาติ และคณะ<sup>(73)</sup> พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญาร้อยละ 45.34 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบทะเลาะกันรุนแรงบ่อย ๆ และบิดาติดสุรา ร้อยละ 6.45

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต-ประสาทของบุคคลในครอบครัว พบว่า มีร้อยละ 19.7 โดยบุคคลที่ป่วยเป็นบิดา มารดา พี่และน้อง ร้อยละ 43.8 เป็นญาติ อันประกอบไปด้วย ปู่ ลุง ป้า น้า อา และลูก หลาน ร้อยละ 56.1 คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ อังกร ภัทรารักษ์<sup>(17)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เสพยาบ้าจนมีอาการโรคจิตมีประวัติครอบครัวว่า ญาติมีอาการโรคจิต ร้อยละ 10.06 แต่ไม่ได้ระบุว่า ญาติเหล่านั้นเป็นอะไรกับผู้ป่วย สอดคล้องกับบทความของ Synder<sup>(75)</sup> ที่กล่าวว่า จิตพยาธิสภาพ ตั้งแต่เดิมของแต่ละคนไม่เหมือนกัน ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่แล้วเมื่อเสพสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทย่อมมีแนวโน้มจะเกิดอาการโรคจิตได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหา เช่น ผู้ที่เป็นจิตเภทแอบแฝง (latent schizophrenia) เมื่อเสพยาบ้าย่อมกระตุ้นให้เกิดอาการประสาทหลอนและหลงผิดได้ง่าย และอาจชักนำไปสู่อาการแสดงของโรคจิตเภทได้ ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภท จากบทความของ เกษม ต้นติผลาชีวะ<sup>(67)</sup> ที่กล่าวว่า อัตราการป่วยของโรคจิตเภทโดยการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในญาติผู้ป่วยโรคนี้คิดเป็น ร้อยละดังนี้ บิดามารดา 4.2-4.4, พี่น้อง (เมื่อไม่มีบิดามารดาป่วย) 6.4-8.2, พี่น้อง (ที่มีบิดา/มารดาป่วย) 12.5 -13.8, บุตรที่มีบิดาหรือมารดาป่วย 9.7-12.3, ลูกที่บิดามารดาป่วยทั้งคู่ 35.0-46.3, พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดา 3.2, ลูกป้า น้า อา 1.7-2.0, หลาน (ลูกของลูก) 2.6-2.8, ลูกพี่ ลูกน้อง 1.7-2.9

ในด้านความสัมพันธ์กับคู่หรือคู่รักจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่มีคู่แล้วมีถึงร้อยละ 42.1 ซึ่งมีอายุเฉลี่ยเมื่อมีคู่ครั้งแรก =  $20.14 \pm 4.51$  ปี ผู้ป่วยและคู่อยู่ด้วยกันนาน 1-5 ปี ร้อยละ 46.8 และมีบุตรด้วยกันร้อยละ 64.8 โดยมีความสัมพันธ์แบบมีการทะเลาะกันรุนแรงเป็นบางครั้งกับคู่ร้อยละ 45.2 สภาพปัญหาที่พบบ่อยคือ ปัญหาการ



เสพยาบ้าร้อยละ 29.1 สภาพปัญหาที่ก่อให้เกิดการหย่าร้างเกิดจากการเสพยาบ้าร้อยละ 30.8 คู่ของผู้ป่วยเคยเสพยาเสพติดร้อยละ 27.0 ส่วนผู้ป่วยที่ติดยาบ้าจากงานวิจัยของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ<sup>(58)</sup> พบว่า ผู้ป่วยแต่งงานแล้วร้อยละ 17.4 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยแต่งงานคือ 19.48 ปี ผู้ป่วยและคู่สมรสยังอยู่ด้วยกันร้อยละ 13.4 มีความสัมพันธ์แบบทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรงสภาพปัญหาที่พบบ่อยคือ ปัญหาเศรษฐกิจ สภาพปัญหาที่ก่อให้เกิดการหย่าร้างเกิดจากการไม่เข้าใจกัน คู่สมรสส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาเสพติด จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าคู่ส่วนใหญ่ไม่มีแนวโน้มที่จะชักจูงให้ผู้ป่วยเสพยาบ้า แต่จะเป็นบุคคลที่ต่อต้านการเสพยาบ้าของผู้ป่วย เนื่องจากการเสพยาบ้าก่อให้เกิดการทะเลาะกันรุนแรงเป็นบางครั้งจนถึงเป็นปัญหาให้เกิดการหย่าร้างกันตามมาได้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในงานวิจัยของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ<sup>(58)</sup> กลับพบว่า คู่สมรสจะเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาบ้าได้อีกด้วย ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเภทจากงานวิจัยของ อุษา ชูชาติ และคณะ<sup>(74)</sup> พบว่า ผู้ป่วยมีความล้มเหลวในชีวิตสมรสร้อยละ 34.0 ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของคู่รักของผู้ป่วยโดยส่วนมากไม่มีแนวโน้มในการชักจูงผู้ป่วยให้เสพยาบ้า เนื่องจากส่วนใหญ่คู่รักไม่มีประวัติการใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยติดยาบ้าก็คู่รักที่ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้ยาเสพติดเช่นกัน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ดังนั้น คู่รักของผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นผู้หญิง ซึ่งเมื่อพิจารณาจากสถิติการเสพยาเสพติดของผู้หญิงจะพบว่ามีน้อยกว่าผู้ชาย

กลุ่มเพื่อนของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพื่อนที่ว่างงานร้อยละ 29.3 และเพื่อนกลุ่มนี้เสพยาเสพติดร้อยละ 79.3 และยาเสพติดที่เสพมากที่สุดคือ ยาบ้า ร้อยละ 82.6 โดยเสพยาบ้าครั้งแรกที่บ้านเพื่อนร้อยละ 42.8 ผู้ป่วยชอบเสพยาบ้ากับเพื่อนร้อยละ 42.8 ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ<sup>(41)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิทที่เสพยาบ้าร้อยละ 93.3 ส่วนเพื่อนสนิทของผู้ป่วยติดยาบ้า จากงานวิจัยของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ<sup>(58)</sup> ที่พบว่า เพื่อนของผู้ป่วยส่วนใหญ่เสพยาเสพติดร้อยละ 94.7 และยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า ร้อยละ 66.9 โดยเสพยาบ้าครั้งแรกที่บ้านเพื่อนและมักเสพยาบ้ากับกลุ่มเพื่อน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในงานวิจัยของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ<sup>(58)</sup> ผู้ป่วยวัยรุ่นเพศหญิงให้ข้อมูลว่า “เพื่อนคือทุกสิ่งทุกอย่าง เกี่ยวกับเพื่อนแล้วสนุก ชีวิตมีสีสัน” บางคนพูดว่า “เมื่อใช้ยาบ้าแล้วจะสามารถคุยกับเพื่อนได้ว่าใช้ไปแล้วนะ” จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ซึ่งมีผลต่อการจูงใจให้เกิดการเสพยาบ้า นอกจากนี้ Wong และคณะ<sup>(44)</sup> ยังพบว่าความถี่ในการเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดของเพื่อน แรงกดดัน การชักจูงจากกลุ่มเพื่อนและความสะดวกในการได้มาซึ่งยาเสพติด ดังนั้นหากบุคคลรู้จักการคุยกับกลุ่มเพื่อนและเรียนรู้ที่จะรับหรือหลีกเลี่ยงค่านิยมที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มเพื่อนก็จะทำให้มีโอกาสในการริเริ่มทดลองเสพยาเสพติดลดน้อยลง

สภาพของชุมชน สภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่มๆ ร้อยละ 55.9 เป็นยาบ้าร้อยละ 85.8 การซื้อขายยาบ้าส่วนใหญ่ซื้อจากเพื่อนที่เสพยาบ้าด้วยกันร้อยละ 37.2 แหล่งที่ซื้อขายยาบ้าคือที่พักของผู้ขายร้อยละ 77.6 แหล่งขายยาบ้าอยู่ในชุมชนเดียวกันกับบ้านของผู้ป่วยร้อยละ 69.7 และใช้เวลาในการได้ยาบ้ามาเสพภายใน 1-10 นาที ร้อยละ 61.3 คล้ายคลึงกับงานวิจัยของกรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ<sup>(41)</sup> ที่พบว่า ที่พักอาศัยของผู้ป่วยอยู่ในย่านที่เป็นแหล่งซื้อขายยาบ้า ร้อยละ 69.3 ซื้อยาบ้าจากเพื่อน ร้อยละ 36.0 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wong และคณะ<sup>(44)</sup> ที่กล่าวว่า ความถี่ของการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความสะดวกในการได้ยาเสพติดมาเสพ ส่วนผู้ป่วยที่ติดยาบ้า จากงานวิจัยของ Szalay และคณะ<sup>(48)</sup> ที่พบว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ชักจูงให้เสพยาเสพติด จะมีความเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดมากกว่านักเรียนที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการใช้ยาเสพติดน้อยกว่า ส่วนที่พักอาศัยของผู้ป่วยติดยาบ้า จากงานวิจัยของ ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ<sup>(56)</sup> พบว่า ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการเสพยาเสพติดเป็นกลุ่ม ๆ ร้อยละ 53.7 โดยเสพยาบ้า ร้อยละ 63.2 ดังนั้นชุมชนที่มีสภาพความเป็นอยู่ที่เอื้อต่อการได้พบเห็น และความสะดวกในการซื้อขายยาบ้าจะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการเสพยาบ้าอย่างแพร่หลาย อันส่งผลให้เกิดการป่วยเป็นโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าในเวลาต่อมา

### ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีปัญหาและอุปสรรคดังนี้

1. การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิต จะต้องรอให้อาการของโรคทุเลาจนมีระดับอาการจิตน้อยเสียก่อน จึงจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้และต้องเข้าไปพบเพื่อประเมินระดับอาการของผู้ป่วยหลายครั้ง ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บางข้อไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่ทราบประวัติของบิดามารดาในเรื่องอายุ อาชีพและรายได้ จึงทำให้ข้อมูลไม่ครบตามจำนวนของผู้ป่วยทั้งหมด

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุดคือ อายุ 15 ปี และอายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกที่อายุน้อยที่สุด คือ 10 ปี ดังนั้นควรศึกษาเพื่อพัฒนากระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเสพยาบ้า เพื่อให้ความรู้และ



ฝึกฝนให้ เยาวชนรู้จักคบเพื่อนและเรียนรู้ที่จะรับและปฏิเสธค่านิยมที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มเพื่อน เป็นการป้องกัน การทดลองเสพ

2. จากการศึกษาพบว่า มีการเสพและจำหน่ายยาบ้าในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ทำให้เห็นการเสพบ่อย ๆ จนกลายเป็นเรื่องธรรมดา ทั้งยังหาซื้อได้ง่ายและสะดวก ดังนั้นควรศึกษาเพื่อหาทางช่วยกันดูแลและปรับปรุงสภาพสังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อมให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่จะลดการแพร่กระจายของยาบ้าให้น้อยลงซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ทั้งในระดับสถาบันครอบครัว โรงเรียน กลุ่มเพื่อน สถานที่ทำงาน สถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อนบ้านใกล้เคียง ชุมชน และผู้บัญญัติกฎหมาย

3. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีครอบครัวที่ค่อนข้างสมบูรณ์ มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลาง ได้รับการเลี้ยงดูที่ดีและผู้ป่วยพึงพอใจในวิธีการเลี้ยงดูเป็นส่วนมาก แต่ผู้ป่วยก็ยังไปเสพยาบ้าจนเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต น่าจะเป็นเพราะอิทธิพลจากเพื่อน ดังนั้นจึงควรศึกษาวิธีนำกลุ่มเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมในการจูงใจให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาบ้าและเป็นกลุ่มที่คอยสอดส่องเฝ้าระวังการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ป่วย

4. จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางจิต-สังคมในผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้ามีหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนั้นจึงควรศึกษาเพื่อค้นหากระบวนการช่วยเหลือในเชิงป้องกันโดยการจัดการแก้ไขปัญหามอบองค์รวม (Holistic) ซึ่งจะต้องได้รับความร่วมมือจากหลายกระทรวง เช่น ศึกษาธิการ มหาดไทย กลาโหม สาธารณสุข แรงงาน ฯลฯ ตลอดจนครอบครัว สังคมและชุมชน โดยไม่เน้นไปที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งแต่ต้องเป็นการร่วมมือกันและปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน

5. ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแล้ว ผู้ป่วยก็จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน จึงควรมีการศึกษาในชุมชนว่า ชุมชนมีความรู้สึกละเลยอย่างไรกับผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า และชุมชนจะปฏิบัติอย่างไรเพื่อช่วยเหลือดูแลและป้องกันไม่ให้บุคคลกลุ่มนี้กลับไปเสพยาบ้าอีก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

1. วิชัย โปษยะจินดา. **วิวัฒนาการปัญหายาเสพติดในประเทศไทย**. เอกสารที่ ๑๑๑. 1-2523. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.
2. วิโรจน์ สุ่มใหญ่. คลื่นลูกที่สามของยากระตุ้นประสาท. **วารสารสำนักงาน ปปส.** 2539;1: 21-30.
3. นวลจันทร์ ทศนชัยกุล. **การระบาดของยาเสพติดให้โทษในหมู่เด็กและเยาวชน**. รายงานการวิจัย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2540.
4. วิโรจน์ สุ่มใหญ่. **ยาบ้าอันตรายข้ามสหรัษฎวรรษ**. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร: ธีระการพิมพ์, 2543.
5. บรรจง สืบสมาน. โรคติดสารเสพติดและพิษสุราเรื้อรัง. ใน : เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. **ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536:618-51.
6. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. **รายงานสถานการณ์ยา - เสพติดประเทศไทย 2544**. กรุงเทพมหานคร: ส่วนพัฒนาระบบข้อมูล สำนักงานพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, 2544.
7. วิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, สถาบัน. **การประมาณจำนวนผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายแผนงานเศรษฐกิจสถาบันวิจัย เพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2538.
8. Office of National Drug Control Policy (ONDCP) , Office of Justice Programs , Department of Justice . **Methamphetamine : Facts and Figures** . ONDCP Drug Policy Information Clearinghouse. Pub. No.PK29. Rockville,Office of National Drug Control Policy,1998.
9. วิชัย โปษยะจินดา, วิภา ด้านธำรงค์กุล, ชุษณีย์ พึ่งปาน. การเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติด ในทศวรรษ 1990 ในกลุ่มประเทศอาเซียน. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2541;43:136-49.

10. เอนแบคโพล์, สำนักวิจัย. **โครงการวิจัยเพื่อประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด.** กรณีศึกษาตัวอย่างนักเรียน-นักศึกษาจากสถาบันการศึกษาทั่วประเทศ. มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2544.
11. ชนิตา พลานุเวช, วิไล ชินเวชกิจวานิชย์, สมชาย อิศระวาณิชย์, อนุสรณ์ รังสีโยธิน. การศึกษาสารออกฤทธิ์ของยาบ้าและยาอี. **วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์** 2544;15:95-107.
12. Kaplan HI, Sadock BJ. **Synopsis of psychiatry.** 8<sup>th</sup> ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1998.
13. Ellinwood EH Jr. Emergency treatment of adverse reaction to CNS stimulants. In : Bourne PG,ed. **A treatment manual for acute drug abuse emergencies.** Washington DC : U.S.Government Printing Office, 1976:115-22.
14. Ellinwood EH. Amphetamine psychosis : Description of the individuals and process. **J Nerv Ment Dis** 1967;144:273-83.
15. Yeh TW, Chou JY, Yu JM, Yang TW, Chen CC, Hu WH. Forensic study of 34 cases with amphetamine use disorder. **Taiwanese Psychiatry** 1998; 12:320-31.
16. Ellinwood EH. Assault and homicide associated with amphetamine abuse. **Am J Psychiatry** 1971;127:1170-5.
17. อังกูร ภัทรากร. การเกิดอาการทางจิตในผู้ป่วยเสพยาบ้าและการใช้ยาต้านโรคจิต. **วารสาร-กรรมกรแพทย์** 2544 ; 26 : 30-7.
18. Tinklenberg JR. The treatment of amphetamine psychosis. In : Bourne PG, ed. **A treatment manual for acute drug abuse emergencies.** Washington DC: U.S.Government Printing Office, 1976:123-30.
19. Robinson TE, Jurson PA, Bennett JA, Bentgen KM. Persistent sensitization of dopamine neurotransmission in ventral striatum (nucleus accumbens) produced by prior experience with (+)-amphetamine: A microdialysis study in freely moving rats. **Brain Res** 1988:462:211-22.

20. Sato M, Chen CC, Akiyama K, Otsuki S. Acute exacerbation of paranoid psychotic state after longterm abstinence in patients with previous methamphetamine psychosis. *Biol Psychiatry* 1983;18:429-40.
21. สันชัย วสุนธรา. **ยาเสพติดเลิกเองก็ได้**. กรุงเทพมหานคร:สหประชาพานิชย์, 2544.
22. King GR, Ellinwood EH. Amphetamines and other stimulants. In : Lowinson JH, Ruiry P, Millman RB, Langrod JG, eds. **Substance abuse a comprehensive textbook**. Baltimore : Williams & Wilkins, 1997:207-17.
23. ธงชัย เอกอุ่นลาภ. **เอกสารยาบ้า**. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ธัญญารักษ์, 2541.
24. ทรงเกียรติ ปิยะกะณะ, เวทิน ศันนียเวทย์. **ยืมสู้เรียนรู้ยาเสพติด**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์มติชน, 2540.
25. วิโรจน์ สุ่มใหญ่. คลื่นลูกที่สามของยากระตุ้นประสาท. **วารสารสำนักงาน ปปส**. 2539;1: 45-53.
26. อรรถนพ ลิขิตจิตตะ. เมื่อยาบ้าเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 เช่นเดียวกับเฮโรอีน.**วารสารสำนักงาน ปปส**. 2540;14:12-31.
27. จักรกฤษ สุขยิ่ง. Substance use disorder. ใน : มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2540:89-102.
28. คณะกรรมการอาหารและยา, สำนักงาน. กองควบคุมวัตถุเสพติด. **ยาบ้า**. เอกสารประกอบการประชุม คปสข 12, กรุงเทพมหานคร:คณะกรรมการอาหารและยา, 2540.
- 29.....National Institute on Drug Abuse. **Methamphetamine abuse and addtion**. Rockville:NIH Publication, 1998.
30. ทวีพร วิสุทธีมรรค. เภสัชวิทยาของยาและสารเสพติด. ใน : วิโรจน์ วีระชัย, บรรณาธิการ. **ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วัชรอินเตอร์ปริ้นติ้ง, 2544:93.
31. Konuma K. Use and abuse of amphetamine in Japan.In: Cho AK, Segal DS, eds. **Amphetamine and its analogs**. California: Academic Press, 1994:415-34.
32. Bunkstein OG. **Adolescent substance abuse : assessment, prevention and treatment**. New York : John Wiley & Sons, 1995.

33. ศรีเรือน แก้วกังวาล. **รู้เขารู้เรา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2531.
34. อรรถนพ วิสุทธิวรรณ. โรคจิตจากแอมเฟตามีน. **วารสารกรมการแพทย์** 2541;23:665-70.
35. วสุ จันทรงค์ดี. ผู้ป่วยโรคจิตจากยาบ้าที่รับไว้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2543;45:17-31.
36. กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุรเชษฐ์ ฝ่องธัญญา, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสวนปรุง. **วารสารสวนปรุง** 2542;15:12-29.
37. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล, สุรเชษฐ์ ฝ่องธัญญา. การดำเนินโรคทางคลินิกและผลที่ตามมาของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน : การสำรวจทางคลินิก. **วารสารสวนปรุง** 2543 ;16:13-31.
38. วาสนา พัฒนกำจร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักเรียน นักศึกษาใน - จังหวัดราชบุรี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2541 ; 43 : 345-57.
39. จงรักษ์ กุลเศรษฐ์. การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาบ้าโรงพยาบาลธัญญารักษ์. **วารสารกรมการแพทย์** 2541;23:142-6.
40. คณะกรรมการและป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. **รายงานผลการศึกษาเรื่องปัญหาเสพติดกับภาวะทางจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร : ส่วนพัฒนาระบบข้อมูล ฝ่ายพัฒนาการป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติด, 2541
41. กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ. ลักษณะและพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ยาบ้า ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสวนปรุง. **วารสารสวนปรุง** 2544;17:14-26.
42. สุพรรณิ โปธิ. **การศึกษาความสัมพันธ์อาการทางจิตประสาทกับแบบแผนการเสพแอมเฟตามีนของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาธัธัญญารักษ์, 2543.
43. วัชรวิ จุลนันท์, กัญญา ภูระหงษ์, อวยพร ศุภศจี. **การศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนการเสพยาบ้าของผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีอาการทางจิตประสาทและผู้ป่วยเสพยาบ้าที่ไม่มีอาการทางจิตประสาท**. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลธัญญารักษ์, 2543.



- 44.. Wong CS, Tang CS, Schwarzer R. Psychosocial correlates of substance abuse: comparing high school students with incarcerated offenders in Hong Kong. *J Drug Educ* 1997;27:147-72.
- 45.. 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.
46. Griffith ID, Cavanaugh JH, Held J. Experimental psychosis induced by the administration of d-amphetamine. In: Costa E, Garattini S, eds. *Amphetamine and related compounds*. New York: Raven Press, 1970:897-904.
47. Jenkins JE. The influence of peer affiliation and student activities on adolescent drug involvement. *Adolescence* 1996;31:297-306.
48. Szalay LB, Inn A, Doherty KT. Social influence: effect of the social environment on the use of alcohol and other drugs. *Subst Use Misuse* 1996;31:343-73.
49. Hoffmann JP. Exploring the direct and indirect family effects on adolescent drug use *J Drug Issues* 1986;45:223-30.
50. Russell JM, Newman SC, Bland RC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton : Drug abuse and dependence. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;376:54-62.
51. Hall W, Hando J, Darks S, Ross J. Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sydney, Australia. *Addiction* 1996;91:81-7.
52. Iwanami A, Suguyama A, Kuroki N, Toda S, Kato W, Nakatani Y, et al. Patients with methamphetamine psychosis admitted to a psychiatric hospital in Japan. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:428 -32.
53. ภิรมย์ กมลรัตน์กุล, มนต์ชัย ชาลาประวรัตน์, ทวีสิน ต้นประยูร. **หลักการท้าวิจัยให้สำเร็จ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชัน, 2543:126-7.
54. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Rep* 1962;10:799-821.

55. Bech P, Malt UF, Dencker SJ, Ahlfors UG, Elgon K, Lewander T, et al. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1998;8: (Suppl 372):35-6.56.
56. Ghogse H. *Drug and addiction behavior : a guide to treatment*. Oxford ; Blackwell Science, 1995:645-65.
57. Lewis JA, Dama RQ, Blevins GA. *Substance abuse counseling: an individualized approach*. California: Brooks / Cole Publishing, 1994:244-60.
58. ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ. **ปัจจัยทางจิต-สังคมของผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญารักษ์ด้วยภาวะผิดปกติจากการใช้ยาบ้าและเฮโรอีน** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
59. อัมพร โอตระกุล. **สุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี, 2540.
60. ศรีเรือน แก้วกังวาล. **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย**. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
61. เกา สารสิน. **ปัญหาการควบคุมยาเสพติดในประเทศไทย**. การศึกษาเฉพาะกรณีถึงมาตรการและยุทธศาสตร์เพื่อความมั่นคงแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2522.
62. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. **เรียนรู้เรื่องยาเสพติด ชีวิตจะปลอดภัย**. กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์, 2542.
63. ทวีพร วิสุทิมรรค. **โรคจิตที่เกิดจากการใช้ยาในทางที่ผิด (ศึกษาผู้ป่วยที่เข้าเรียนการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา)**. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 1998 ; 7: 361-9.
64. ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, สาธิตี ต่อศักดิ์, พรพิมล อยู่คง. **สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดสระบุรี**. *วารสารกรมการแพทย์*. 2539 ; 21 : 400-6.
65. **สังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, ฝ่าย. การศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษารั้งแรกในโรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ระหว่างปี พ.ศ. 2530 – 2532**. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์, 2532.

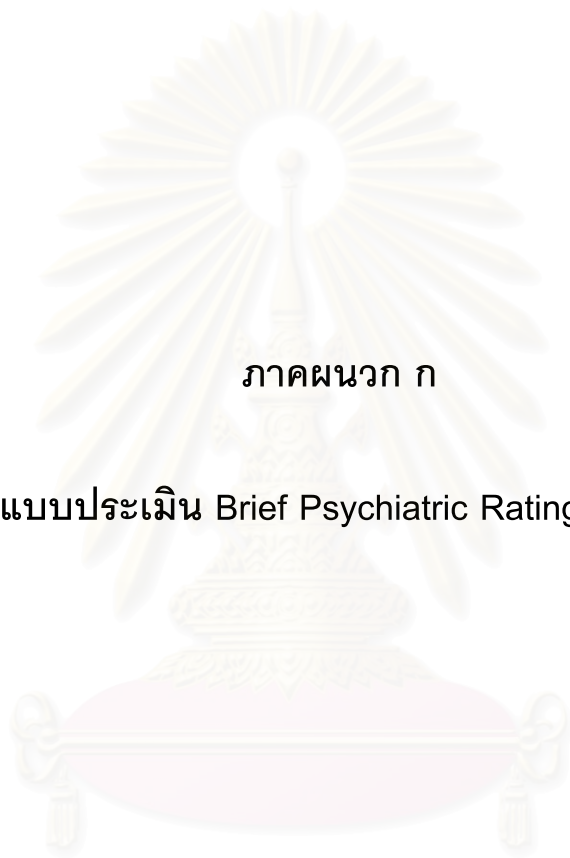


66. สมภพ เรืองตระกูล. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7, กรุงเทพมหานคร :  
เรือนแก้วการพิมพ์, 2545 : 83-96.
67. เกษม ตันติพิลาชีวะ. โรคจิตเภท. ใน : เกษม ตันติพิลา, บรรณาธิการ.  
**ตำราจิตเวชศาสตร์**. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536 : 331-64.
68. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท. ใน : มาโนช หล่อตระกูล บรรณาธิการ. **จิตเวชศาสตร์**.  
พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สวีชาญการพิมพ์, 2544 : 113-26.
69. วิชาการ, ฝ่าย. บริษัทสกายบุ๊กส์จำกัด. **ยาเสพติดและยาบ้า**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร  
: สยามสปอร์ตซินดิเคท, 2544.
70. สิริรักษ์ ศรีปัญญาพงษ์. **ปัญหาทางจิตของผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาล  
ธัญญารักษ์**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต :  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
71. รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, สิริวรรณ อนันตโชค, สิริกร สิริบุญการ.  
ยาบ้ากับคนงานในโรงงานประกอบแบตเตอรี่ : ปัญหาและแนวทางการแก้ไข.  
**วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 2543;45:34-41.
72. วีรชัย ประดิพัทธ์พงษ์. การศึกษาผู้ป่วยเสพยาบ้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  
นครปฐม. **วารสารแพทย์เขต 4**. 2542 ; 18 : 171-80.
73. อุษา ชูชาติ, เสดง อินชันทน์, ขวัญทิพย์ โพธิ์วัดอุธรรม, สมศรี กิตติพงษ์พิศาล. **ปัจจัยทาง  
จิตวิทยาและสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา**.  
กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2536.
74. รัชชิตา. **คู่มือเลี้ยงลูกยุคใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สร้างสรรค์-  
วิชาการ, 2530.
75. Synder SH. Catecholamine in the brain as mediators of amphetamine psychosis.  
**Arch Gen Psychiat** 1972 ; 27 : 169-79.
76. จำเนียร แบ้กระโทก, รัชนีพร จันทรมณี, อำพร คำดา. **ประสพการณ์เสพยาบ้าซ้ำใน  
ผู้ป่วยวัยรุ่นชาย โรงพยาบาลธัญญารักษ์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาล  
ธัญญารักษ์, 2544.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ผู้ป่วยลำดับที่..... ครั้งที่..... วันที่.....

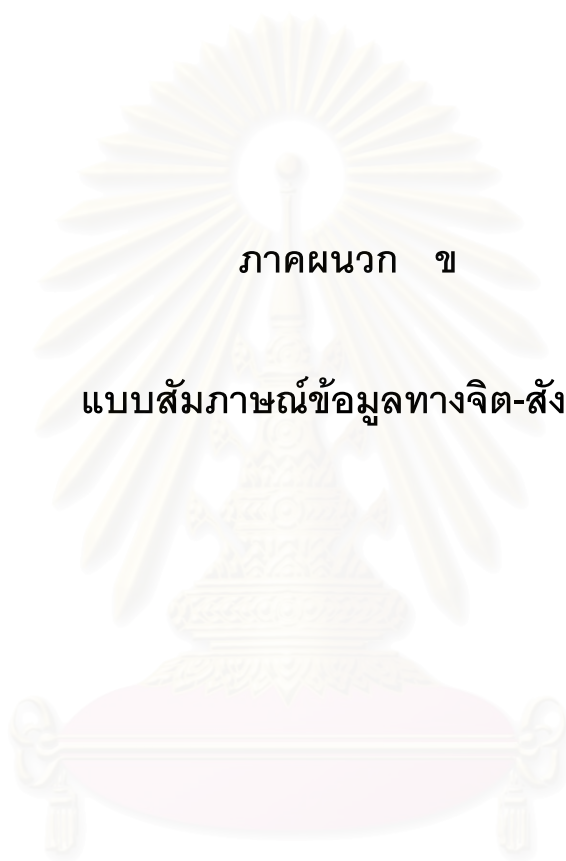
Rating Key 0 = ไม่มีอาการ      1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง      2 = มีอาการเล็กน้อย  
 3 = อาการปานกลาง      4 = อาการค่อนข้างรุนแรง      5 = อาการรุนแรง  
 6 = อาการรุนแรงมาก

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก	0	1	2	3	4	5	6
1.Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกกังวล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทาง กายหรือไม่							
2.Anxiety (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวต่อสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3.Emotional withdrawal (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น							
4.Conceptual disorganization (Rate ตามความเห็นของ ผู้ตรวจ) - ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
5.Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกตำหนิตนเอง เป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำใน อดีต							
6.Tension (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7.Mannerism & posturing (Rate ตามความเห็นของ ผู้ตรวจ) - พฤติกรรมแปลกๆที่ดูผิดไปจากคนปกติ							
8.Grandiosity (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำที่หยิ่งยโส ยึดความเห็นตนเองเป็นใหญ่ เก่งผิด จากคนอื่น							

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก	0	1	2	3	4	5	6
9. Depressive mood (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							
10. Hostility (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย และท่าที ของผู้ป่วยต่อผู้อื่น)							
11. Suspiciousness (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. Auditory hallucination (Rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) - อาการหูแว่ว (ภายในช่วง 1 สัปดาห์นี้)							
13. Motor retardation (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า							
14. Uncooperativeness (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตร ต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (Rate ตามความเห็นของ ผู้ตรวจ) - ความคิดแปลกๆ อาการหลงผิด							
16. Blunted affect (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ท่าทางลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทางจิต-สังคม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทางจิต-สังคม

### ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

- 1)ชาย                       2)หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ

- 1)โสด                       2)คู่                       3)หม้าย /หย่า                       4)แยกกันอยู่

4. ศาสนา

- 1)พุทธ                       2)คริสต์                       3)อิสลาม                       4)อื่นๆระบุ.....

5. ที่อยู่.....

6. ผู้ใดนำคุณส่งโรงพยาบาล

- 1)มาด้วยตนเอง                       4)บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง  
 2)ตำรวจนำส่ง                       5)ผู้นำชุมชน  
 3)ญาตินำส่ง ระบุ.....                       6)อื่นๆระบุ.....

7. เหตุผลสำคัญที่คุณมารับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดในครั้งนี้

- 1)สุขภาพไม่ดี                       5)กลัวถูกจับ  
 2)ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง                       6)ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด  
 3)ต้องการให้สังคมยอมรับ                       7)อื่นๆระบุ.....  
 4)กลัวว่าจะมีผลกระทบต่อการทำงาน

8. ปัจจุบันคุณอาศัยอยู่กับใคร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1)อยู่คนเดียว                       4)อาศัยอยู่กับลูกหลาน  
 2)อยู่กับคู่สมรส                       5)อาศัยอยู่กับเพื่อน  
 3)อยู่กับพ่อและแม่                       6)อื่นๆระบุ.....

9. คุณต้องรับผิดชอบดูแลหรือเลี้ยงดูใครบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1)ไม่มีภาระรับผิดชอบผู้ใด                       4)บุตร  
 2)คู่สมรส                       5)พี่น้อง  
 3)พ่อแม่                       6)อื่นๆระบุ.....



### ข้อมูลด้านการงานและเศรษฐกิจ

10. ลักษณะการประกอบอาชีพ (หากไม่ได้ประกอบอาชีพให้ข้ามไปตอบข้อ 12)

- 1)ว่างงาน                      2)นักเรียน นักศึกษา                      3)รับราชการ  
4)รัฐวิสาหกิจ                      5)แม่บ้าน                      6)ลูกจ้าง  
7)ค้าขาย                      8)เกษตรกรรวม                      9)อื่นๆระบุ.....

11. รายได้จากการทำงานโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระบุ.....บาท เพียงพอหรือไม่

- 1)เพียงพอ                      2)ไม่เพียงพอ กรุณาระบุสาเหตุ.....

12. เมื่อคุณมีปัญหาเรื่องเงินของคุณมักจะพึ่งพาหรือขอยืมจากบุคคลใด

- 1)ไม่เคยพึ่งพาผู้ใด                      3)บิดามารดา  
2)พี่น้อง                      4)บุคคลอื่นๆ ระบุ.....

### ข้อมูลลักษณะการใช้ยาเสพติด

13. คุณใช้ยาเสพติดชนิดใด และเสพยาเหล่านั้นโดยวิธีใดบ้างก่อนมารับการรักษาในครั้งนี้

ชนิดของยาเสพติด	วิธีการใช้	จำนวนการใช้ ( ครั้ง/สัปดาห์ )	ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ในแต่ละครั้ง
<input type="checkbox"/> ยาบ้า	<input type="checkbox"/> กิน <input type="checkbox"/> สูบ(ใส่กระดาษพรอยด์ลนไฟแล้วใช้หลอดดูดควัน) <input type="checkbox"/> ฉีด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> เฮโรอีน	<input type="checkbox"/> กิน <input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ฉีด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ยาเสพติดอื่นๆที่เคยใช้หรือใช้ร่วมกัน ระบุ.....	.....	..... ..... .....	..... ..... .....

.....			
-------	--	--	--

14.สาเหตุที่ทำให้คุณใช้ยาบ้า (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1)อยากลอง                      3)ตามแฟชั่น                      5)อื่นๆ ระบุ.....
- 2)เพื่อนชวน                      4)เพิ่มความอดทนในการดูหนัง/ทำงาน

15.คุณเริ่มใช้ยาบ้า ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร.....ปี

16. คุณใช้ยาบ้า มานานเป็นระยะเวลาเท่าไร.....

17. คุณเริ่มใช้ยาบ้า ครั้งแรกที่ไหน

- 1)บ้าน                      2)โรงเรียน                      3)อื่นๆ ระบุ.....

18.คุณใช้ยาบ้าครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาลนาน.....วัน/ชั่วโมง

19.คุณมักเสพยาบ้ากับใคร

- 1)เสพคนเดียว                      2)เพื่อน                      3)พี่น้อง                      4)อื่นๆ ระบุ.....

### ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

20.ปัจจุบันนี้บิดายังมีชีวิตอยู่อีกหรือไม่

- 1)มีชีวิตอยู่ ระบุอายุ.....ปี                       2)เสียชีวิตแล้ว

21.บิดาของคุณประกอบอาชีพอะไร

- 1)รับราชการ                      3)รัฐวิสาหกิจ                      5)ค้าขาย
- 2) รับจ้าง                      4) เกษตรกรรม                      6)อื่นระบุ.....

22.รายได้ของบิดาโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

23.บิดาของคุณเคยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่

- 1) เคย                      2) ไม่เคย

24.จากข้อ 23. หากตอบว่า **เคย** กรุณาระบุชนิดของยาเสพติด

- 1) เฮโรอีน                      2) ยาบ้า                      3) อื่นๆ ระบุ.....

25.ปัจจุบันนี้มารดายังมีชีวิตอยู่อีกหรือไม่

- 1) มีชีวิตอยู่ ระบุอายุ.....ปี                       2) เสียชีวิตแล้ว

26.มารดาของคุณประกอบอาชีพอะไร

- 1)แม่บ้าน                      3)รับราชการ                      5)รัฐวิสาหกิจ                      7)รับจ้าง
- 2)ค้าขาย                      4) เกษตรกรรม                      6)อื่นระบุ.....

27.รายได้ของมารดาโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

28. มารดาของคุณเคยมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่
- 1) เคย  2) ไม่เคย
29. จากข้อ 28. หากตอบว่า **เคย** กรุณาระบุชนิดของยาเสพติด
- 1) เฮโรอีน  2) ยาบ้า  3) อื่นๆ ระบุ.....
30. บิดามารดาของคุณยังคงใช้ชีวิตคู่ร่วมกันอยู่หรือไม่
- 1) ใช่  2) ไม่ใช่ กรุณาระบุสาเหตุ.....
31. คุณมีพี่น้องจำนวน ..... คน จำแนกเป็นผู้หญิง.....คน ผู้ชาย.....คน
32. คุณเป็นบุตรคนที่เท่าไรของครอบครัว
- 1) คนที่ 1  2) คนที่ 2  3) คนที่ 3  4) อื่นๆ ระบุ.....
33. กรุณาระบุวิธีการเลี้ยงดูของบิดามารดาที่กระทำต่อตัวคุณ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1) รักและทะนุถนอมตามใจลูกทุกอย่าง
- 2) ยอมรับความสามารถมีการใช้เหตุผลและให้โอกาสในการตัดสินใจ
- 3) เข้มงวดใช้อำนาจบังคับและเจ้าระเบียบ
- 4) รักเอาใจใส่และมีกฎเกณฑ์การลงโทษตามสมควรเมื่อกระทำความผิด
- 5) ไม่ให้ความเอาใจใส่ ปล่อยปละละเลย
- 6) อื่นๆ ระบุ.....
34. คุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อวิธีการเลี้ยงดูที่บิดามารดากระทำต่อตัวคุณ
- 1) พึงพอใจ  2) ไม่พึงพอใจ  3) อื่นๆ ระบุ.....
35. พี่น้องของคุณเคยมีประวัติเสพยาเสพติดหรือไม่
- 1) เคย  2) ไม่เคย
36. บุคคลในครอบครัวเคยมีปัญหาสุขภาพจิต (โรคจิต-โรคประสาท) หรือไม่
- 1) มี กรุณาระบุว่ามีผู้ใดบ้าง.....  2) ไม่มี
37. ความสัมพันธ์ในครอบครัวของคุณมีลักษณะเป็นอย่างไร
- 1) อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น  2) มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง
- 3) มีการทะเลาะกันรุนแรงเป็นบางครั้ง  4) มีการทะเลาะกันอย่างรุนแรงบ่อยๆ
- 5) ต่างคนต่างอยู่  6) อื่นๆ ระบุ.....
38. บุคคลในครอบครัวรู้สึกหรือแสดงพฤติกรรมอย่างไรต่อพฤติกรรมเสพยาบ้าของคุณ
- 1) ต่อต้าน  2) สนับสนุน

3) ไม่สนใจ

4) อื่นๆระบุ.....

**ข้อมูลเกี่ยวกับการแต่งงาน**  
(สำหรับผู้ที่แต่งงานแล้ว)

39. คุณแต่งงาน (จดทะเบียนหรือไม่ได้จดทะเบียนสมรส) ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร.....ปี

40. คุณแต่งงานมาจำนวนกี่ครั้ง

1) 1 ครั้ง

2) 2 ครั้ง

3) อื่นๆระบุ.....ครั้ง

41. หากมีการหย่าหรือแยกกันอยู่กรุณาระบุสาเหตุ

ครั้งที่ 1 เนื่องจากสาเหตุ.....

ครั้งที่ 2 เนื่องจากสาเหตุ.....

ครั้งที่ 3 เนื่องจากสาเหตุ.....

ครั้งที่ 4 เนื่องจากสาเหตุ.....

42. คุณแต่งงานกับคู่สมรสคนปัจจุบันมาแล้วกี่ปี

1) น้อยกว่า 1 ปี

2) 1-5 ปี

3) มากกว่า 5 ปี-10ปี

4) มากกว่า 10 ปี

43. มีบุตรหรือยัง

1) มี ระบุจำนวน.....คน

เพศชาย.....คน เพศหญิง.....คน

2) ไม่มี

44. คู่สมรสคนปัจจุบันของคุณเคยเสพยาเสพติดหรือไม่

1) เคย

2) ไม่เคย

45. จากข้อ 44. หากตอบว่าเคยกรุณาระบุชนิดของยาเสพติด

1) เฮโรอีน

2) ยาบ้า

3) อื่นๆระบุ.....

46. ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวของคุณเป็นอย่างไร

1) อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น

2) มีการทะเลาะกันบ้างแต่ไม่รุนแรง

3) มีการทะเลาะอย่างรุนแรงเป็นบางครั้ง

4) มีการทะเลาะอย่างรุนแรงบ่อยๆ

5) ต่างคนต่างอยู่

6) อื่นๆระบุ.....

หากพบว่ามีปัญหาระหว่างคู่สมรสกรุณาระบุรายละเอียดของสภาพปัญหาดังกล่าว

47. สภาพปัญหาที่พบบ่อยระหว่างคู่สมรสคือ

1.....

2.....

3.....

48. หากคุณเคยแต่งงานมากกว่า 1 ครั้ง กรุณาระบุประวัติการติดยาเสพติดของคุณสมรสในอดีต

คู่สมรสคนที่ 1 เลข 1) เฮโรอีน 2) ยาบ้า 3) อื่นๆระบุ.....

คู่สมรสคนที่ 2 เลข 1) เฮโรอีน 2) ยาบ้า 3) อื่นๆระบุ.....

คู่สมรสคนที่ 3 เลข 1) เฮโรอีน 2) ยาบ้า 3) อื่นๆระบุ.....

(สำหรับผู้ที่ยังไม่แต่งงาน)

49. คุณเคยมีคูรักรหรือไม่

1) เคยมี ระบุจำนวน.....คน 2) ไม่เคยมี

50. ปัจจุบันยังคงคบหากับคูรักรคนใดอยู่บ้าง

1) ยังคงคบหากันอยู่ ระบุจำนวน.....คน 2) เลิกกันแล้วหมดทุกคน

51. คุณมักใช้เวลาอยู่กับคูรักรมากน้อยเพียงใด

1) ทุกวัน 2) สัปดาห์ละครั้ง  
3) เดือนละครั้ง 4) อื่นๆ ระบุ.....

52. คูรักรของคุณมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหรือไม่

1) มี 2) ไม่มี

53. หากคูรักรของคุณมีการใช้ยาเสพติด กรุณาระบุชนิดของยาเสพติด

1) เฮโรอีน 2) ยาบ้า 3) อื่นๆ ระบุ.....

**ข้อมูลด้านการศึกษา**

54. ขณะนี้ยังคงเรียนหนังสืออยู่หรือไม่

1) เรียน ระบุ..... 2) ไม่มี

55. จากข้อ 54. หากตอบว่า **ไม่เรียน** คุณสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับใด

1) ประถมศึกษา 2) มัธยมศึกษา 3) ปวช.  
4) ปวส. 5) อุดมศึกษา 6) อื่นๆ ระบุ.....

56. ระดับผลการเรียน (เกรดเฉลี่ย) ของคุณ ก่อนที่จะมีพฤติกรรมติดยาเสพติดอยู่ในระดับใด

1) ต่ำกว่า 1 2) ระหว่าง 1.01-2.00

- 3) ระหว่าง 2.01-3.00      4) ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป

57.คุณเคยถูกภาคทัณฑ์หรือไม่

- เคย ระบุสาเหตุ.....  ไม่เคย

58.คุณเคยถูกสั่งพักการเรียนหรือไม่

- เคย ระบุสาเหตุ.....  ไม่เคย

59.คุณเคยถูกไล่ออกจากโรงเรียนหรือไม่

- เคย ระบุสาเหตุ.....  ไม่เคย

60.คุณเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ยาบ้าหรือไม่

- เคย       ไม่เคย

61.จากข้อ 60. หากตอบว่าเคยคุณได้รับความรู้จากแหล่งใด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- หนังสือ       โทรทัศน์       วิทยุ       อื่นๆ ระบุ.....

### ข้อมูลกลุ่มเพื่อน

62.คุณเคยอยู่รวมกลุ่มกับเพื่อนๆประเภทใดบ่อยที่สุด

- 1) ไม่มีกลุ่มเพื่อนมักแยกตัวอยู่คนเดียว      2) กลุ่มเพื่อนที่ชักชวนหนีการเรียน  
3) กลุ่มเพื่อนที่ชักชวนเที่ยวกลางคืน      5) กลุ่มเพื่อนที่มักรวมกลุ่มก่อเรื่องวิวาท  
4) กลุ่มเพื่อนที่ชักชวนเล่นการพนัน      6) อื่นๆระบุ.....

63.จากข้อ 62. เพื่อนๆ ในกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมการติดยาเสพติดหรือไม่

- 1) มี      2) ไม่มี

64.จากข้อ 63. หากตอบว่า **มี** กรุณาระบุชนิดของยาเสพติดในกลุ่มเพื่อนดังกล่าว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) เฮโรอีน      2) ยาบ้า      3) อื่นๆระบุ.....

## ข้อมูลด้านกฎหมาย

65. คุณเคยถูกตำรวจจับหรือไม่

- 1) เคย 2) ไม่เคย

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

- 1) เสพยาเสพติด ระบุโทษที่ได้รับ.....
- 2) มียาเสพติดไว้ในครอบครอง ระบุโทษที่ได้รับ.....
- 3) ลักทรัพย์ ระบุโทษที่ได้รับ.....
- 4) ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ระบุโทษที่ได้รับ.....
- 5) อื่นๆ ระบุ.....

## ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัย

67. สถานที่พักอาศัยของท่านในปัจจุบันอยู่ในเขตใด

- 1) ในเขตเทศบาล 2) นอกเขตเทศบาล

68. บ้านของท่านอยู่ใกล้บริเวณใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) ชุมชนแออัด (สลัมหรือแหล่งเสื่อมโทรม) 2) สถาบันเชิงต่างๆ
- 3) ตลาด 4) วัด
- 5) โรงเรียน 6) โรงพยาบาล
- 7) อื่นๆ ระบุ.....

69. ชุมชนที่คุณพักอาศัยอยู่มีการใช้ยาเสพติดมากน้อยเพียงใด

- 1) ไม่มีการใช้ยาเสพติด 3) มีการใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่มๆ
- 2) มีการใช้ยาเสพติดอย่างแพร่หลาย 4) อื่นๆระบุ.....

70. ถ้าหากชุมชนที่คุณพักอาศัยอยู่มีการใช้ยาเสพติดกรุนรณะชนิดของยาเสพติดดังกล่าว

- 1) เฮโรอีน 4) ยาบ้า
- 2) กัญชา 5) สารระเหย หรือ กาว
- 3) ยานอนหลับ 6) อื่นๆระบุ.....



71. คุณสามารถซื้อยาบ้าได้จากบุคคลใด

- 1) เพื่อนๆ ที่ติดยาเสพติดด้วยกัน
- 2) ผู้ขายยาเสพติดที่อยู่ใกล้เคียงกับบ้านของคุณ
- 3) สิ่งโดยตรงจากตัวแทนจำหน่ายเป็นช่วงๆ
- 4) ให้เด็กเป็นตัวกลางในการติดต่อซื้อยาเสพติด
- 5) อื่นๆระบุ.....

72. คุณมักซื้อยาบ้าจากแหล่งใด

- 1) ซื้อจากที่พักของผู้ขายยาเสพติด
- 2) ซื้อจากสถานีบริการน้ำมัน
- 3) ซื้อจากบริเวณร้านซ่อมรถต่างๆ
- 4) ซื้อจากบริเวณร้านอาหาร
- 5) ซื้อจากบริเวณศูนย์การค้า
- 6) อื่นๆระบุ.....

73. แหล่งขายยาบ้าอยู่ห่างจากที่พักของคุณเท่าใด

- 1) อยู่ในชุมชนเดียวกับที่พักของคุณ
- 2) อยู่ห่างชุมชนที่คุณอาศัยอยู่แต่เดินทางไปซื้อได้ไม่ลำบาก
- 3) อยู่ห่างจังหวัดต้องเดินทางไกล
- 4) อื่นๆระบุ.....

74. คุณต้องใช้เวลาในการได้มาซึ่งยาบ้าในการซื้อหาแต่ละครั้งเป็นเวลานานเท่าไร

- 1) ภายใน 1-10 นาที
- 2) ภายใน  $\frac{1}{2}$  ชม.
- 3) ภายใน 1 ชม.
- 4) มากกว่า 1 ชม. แต่ไม่เกิน 1 วัน
- 5) มากกว่า 1 วันแต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์
- 6) อื่นๆระบุ.....

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุชาดา หุณทวาร เกิดวันที่ 11 มกราคม 2500 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตร  
พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในปีการศึกษา  
2523 และเข้าศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2543



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย