

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้า ในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, พย.ด.*

สุนิศา สุขตระกูล, พย.ด.*

กมลจักร สอนลา พย.ม.**

มะลิ แสงผล พย.ม.**

* คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

บทคัดย่อ อาการของโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า แต่ยังคงขาดผลการศึกษาในวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า เป็นการศึกษาระยะยาวแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 405 คน คือ วัยรุ่นเพศหญิงและชาย อายุ 12-24 ปี ซึ่งเป็นผู้เสพยาบ้าที่รับการบำบัด ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ 4 แห่ง สังกัดกรมการแพทย์ เครื่องมือวิจัย 8 ชุด มีค่าความเที่ยงสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.73 - 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและค่า Odds Ratio ผลการวิจัย พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 53.6 มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง พบปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสารเสพติดต่อการเกิดอาการของโรคซึมเศร้า คือ ภาวะสุขภาพไม่ดี เริ่มเสพยาบ้าเมื่ออายุน้อย มีประวัติดื่มสุรา เสพยาบ้าอย่างรุนแรง ยังคงเสพยาบ้า มีปริมาณและความถี่การเสพยาบ้าที่สูง และมีปัญหาสุขภาพจากยาบ้า (OR = 2.02, 1.65, 1.63, 2.56, 1.77, 2.52, 2.42 และ 2.19 ตามลำดับ; $p < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และพลังด้านการเสพยาบ้า ($r = -0.36, -0.23, 0.22, -0.22, -0.17, \text{ และ } -0.21$; $p < 0.05$ ตามลำดับ) ดังนั้น จึงควรคัดกรองอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดทุกราย เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่พบว่าสัมพันธ์กับอาการนี้

คำสำคัญ: อาการของโรคซึมเศร้า, วัยรุ่น, ยาบ้า

บทนำ

การเสพยาบ้าเป็นปัญหาที่สำคัญของวัยรุ่นไทย เพราะเป็นยาเสพติดที่เข้าถึงได้ง่าย⁽¹⁾ อีกทั้งได้รับความนิยมในหมู่วัยรุ่นเพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ทันสมัยและใช้แล้วก่อให้เกิดผลทางบวกตามมา⁽²⁾ ดังข้อมูลในระบบรายงาน ระบบ

ติดตาม และเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.1-5) ปีงบประมาณ 2560 พบว่าผู้รับการบำบัดยาเสพติดทั้งหมดของหน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้เสพยาบ้ามากที่สุด จำนวน 7,318 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.3 เช่นเดียวกับผู้เข้ารับการบำบัดยา-

เสพติดในสถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ ก็พบเป็นผู้เสพยาบ้ามากที่สุด คือ จำนวน 155,439 ราย (ร้อยละ 76.7) เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.2 และเพศหญิง ร้อยละ 7.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-24 ปี (ร้อยละ 36.5)⁽³⁾ สอดคล้องกับสถิติผู้ที่เข้ารับการบำบัดทั้งแบบ ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปีเดียวกัน พบเป็นผู้เสพยาบ้ามากที่สุด คือ 2,593 ราย เป็นเพศชายและหญิง ร้อยละ 84.9 และ 15.1 ตามลำดับ โดยมีอายุระหว่าง 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.8⁽⁴⁾

การเสพยาบ้าส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยเฉพาะการเกิดปัญหาซึมเศร้า พบว่าการใช้สารเสพติดในกลุ่มกระตุ้นประสาท (stimulant drugs) เช่น ยาบ้า และโคเคน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในอัตราที่สูงและรุนแรง⁽⁵⁻⁹⁾ เช่น การสำรวจประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปของประเทศสหรัฐอเมริกา พบการเกิดภาวะซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตในผู้เสพยาบ้าร้อยละ 41.6⁽¹⁰⁾ ในประเทศออสเตรเลียพบว่า ผู้เสพยาบ้ามีประวัติซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 79.0⁽¹¹⁾ และพบว่าผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดของประเทศจีนร้อยละ 42.0 มีอาการซึมเศร้า⁽¹²⁾ ส่วนการสำรวจประชากรไทยอายุ 14-29 ปี ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ที่ยังใช้ยาบ้าอยู่ในปัจจุบันมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 16.0⁽¹³⁾ นอกจากนี้ การศึกษาในต่างประเทศสนับสนุนว่าพบอาการซึมเศร้าได้ในผู้เสพยาบ้าที่เข้าสู่ระบบการบำบัดแล้ว ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการบำบัดรักษา รวมถึงในระยะแรก ๆ ที่ผู้ป่วยหยุดเสพยาบ้า โดยพบได้ในอัตราที่แตกต่างกัน^(7,12-15)

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับการใช้ยาบ้ายังไม่มีข้อสรุปถึงทิศทางที่ชัดเจนว่าอาการซึมเศร้า ทำให้วัยรุ่นมีการใช้ยาบ้า หรืออาการนี้เป็นผลมาจากการใช้ยาบ้า หรือมีความเป็นไปได้ทั้งสองทาง⁽¹⁵⁾ แต่การทบทวนวรรณกรรมพบข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์นี้ เช่น ทฤษฎีการใช้สารเสพติดเพื่อบำบัดตัวเอง (the self-medication hypothesis) อธิบายว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาซึมเศร้า

มีแนวโน้มจะใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้าเพื่อลดความทุกข์-ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น⁽¹⁶⁾ และพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นหนึ่งของอาการขาดยา (withdrawal syndrome) ในวัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดเพื่อเลิกยาบ้า (cessation)^(6,17) อีกทั้งการศึกษาพยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาท พบว่ายาบ้าออกฤทธิ์โดยตรงต่อการควบคุมสารสื่อประสาทชนิดโมโนเอมีนในสมอง ทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้าเทียม (pseudodepressive state) ตามมา เช่น มีอารมณ์หดหู่ รู้สึกสิ้นยินดี ขาดแรงจูงใจ กระสับ-กระส่าย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย การนอนหลับและรับประทานอาหารผิดปกติ เป็นต้น^(9,18) โดยพบว่าอาการซึมเศร้าในผู้เสพยาบ้าเกิดจากมีอัตราการเผาผลาญน้ำตาลต่ำกว่าปกติในบริเวณสมองส่วน anterior cingulate และ insular lobe แต่พบการเผาผลาญมากกว่าปกติในสมองส่วน lateral orbital, middle and posterior cingulate, amygdala, ventral striatum และ cerebellum⁽¹⁹⁾ อีกทั้งพบว่าคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้เสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอัตราการเผาผลาญน้ำตาลในสมองส่วน limbic เช่น บริเวณ perigenual anterior cingulate gyrus และ amygdala⁽¹⁹⁾

วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีอาการซึมเศร้าหากไม่ได้รับความช่วยเหลือจะทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น บำบัดยาบ้าไม่สำเร็จ การกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ และรุนแรงที่สุดคือนำไปสู่การฆ่าตัวตายตามมา^(14,20-22) โดยการศึกษาในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่เสพยาบ้าซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการ ในต่างประเทศ มุ่งไปที่ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้ยาบ้าที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า พบว่า ผู้เสพยาบ้าเพศหญิงมีอาการซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย^(13,23-24) อายุที่เริ่มเสพยาบ้า การหยุดเสพยาบ้าได้ และระยะเวลาที่หยุดเสพยาบ้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า^(12,15,24) การเสพยาบ้าในปัจจุบัน ความถี่ในการเสพยาบ้า ปริมาณยาบ้าที่เสพ และจำนวนครั้งของการกลับมาเสพซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า^(13,24-26) อีกทั้งพบว่าการใช้สารเสพติดร่วม และการเสพยาบ้าด้วยวิธีฉีดมีความสัมพันธ์อาการซึมเศร้า^(12,23,27)

แต่ยังขาดการศึกษาถึงปัจจัยด้านจิตสังคม

แม้ว่าอาการซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่สำคัญของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า แต่การศึกษาเพื่อประเมินสถานการณ์ซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยยังมีจำกัด พบการศึกษาบางเรื่องซึ่งดำเนินการเฉพาะบริษัทในบางจังหวัดเท่านั้น^(13,15,27) อีกทั้งยังขาดการศึกษาถึงปัจจัยด้านจิตสังคมที่อาจมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นกลุ่มนี้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสถานการณ์การเกิดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้าซึ่งเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545⁽²⁸⁾ และประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู⁽²⁹⁾ และศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสารเสพติด และปัจจัยทางจิตสังคม ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรสุขภาพ ในการวางแผนให้การบำบัดดูแลที่เหมาะสมเพื่อลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดแล้ว และสำหรับการกำหนดนโยบายบริการด้านสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพแก่วัยรุ่นของประเทศต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิดอาการของโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการใช้ยาบ้า และปัจจัยด้านจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive cross-sectional correlation research design)

ประชากร คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 12-24 ปี ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า จำนวน 405 คน ทั้งเพศหญิงและชาย ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ อายุระหว่าง 12-24 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบ ICD-10 ว่าเป็นผู้เสพยาบ้า (F15.1) หรือผู้ติดยาบ้า (F15.2) เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจและบังคับบำบัดในขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยาจนถึงการติดตามหลังการรักษา ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเป็นผู้เข้ารับการบำบัดในช่วงระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ ที่มีขนาด 200 เตียงขึ้นไป จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี) ปทุมธานี (2) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ขอนแก่น (3) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สงขลา และ (4) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เชียงใหม่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Power of Statistical Tests⁽³⁰⁾ กำหนดค่า effect sizes = 0.20, power = 90 และค่า significance (p-value) = 0.01 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียจากแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จึงเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 12.0 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 405 คน จากนั้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 8 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและครอบครัว

2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)⁽³¹⁾ พัฒนาจากแบบประเมิน the PHQ-9⁽³²⁾ เป็นแบบ

ประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย เป็นทุกวัน) คะแนนมาก หมายถึง มีอาการโรคซึมเศร้ารุนแรง

3) การเห็นคุณค่าในตนเอง⁽³³⁾ พัฒนาจาก The Rosenberg's self-esteem scale ของ Rosenberg⁽³⁴⁾ มี 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ตลอดเวลา บ่อย นานๆ ครั้ง และไม่มีเลย) คะแนนมาก หมายถึง มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

4) การเผชิญความเครียด⁽³³⁾ ดัดแปลงจาก The adolescent coping scale ของ Frydenberg & Lewis⁽³⁵⁾ มี 40 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่มีเลย) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ใช้ความสามารถของตนเอง อาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ และหลีกเลี่ยงปัญหา คะแนนมาก หมายถึง มีการเผชิญความเครียดด้านนั้นสูง

5) ดัชนีชี้วัดปัญหาความรุนแรงของการใช้ยาบ้าพัฒนาโดยสถาบันธัญญารักษ์⁽³⁶⁾ มี 18 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4-5 ตัวเลือก แปลผลโดยแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาบ้า 4 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้นของการเสพยา ระยะยังคงเสพยา ระยะหมกมุ่นกับการเสพยา และระยะวิกฤติ

6) ความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งพัฒนาให้เหมาะสมกับวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้า⁽¹⁾ จาก The family hardiness index ของ McCubbin, McCubbin & Thompson⁽³⁷⁾ มี 20 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ (จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด และไม่จริงเลย) คะแนนมาก หมายถึง มีความเข้มแข็งของครอบครัวสูง

7) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน⁽¹⁾ มี 15 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีเลย) คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสูง

8) แบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย⁽³⁸⁾ มี 41 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีเลย) คะแนนมาก

หมายถึง มีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ 2-7 เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เคยใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้ามาแล้วจึงไม่ได้มีการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาใหม่ ยกเว้นแบบประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ได้รับการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91 เครื่องมือส่วนที่ 2-8 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 0.84, 0.73, 0.91, 0.73, 0.82, 0.94 และ 0.97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้เป็นโครงการย่อยภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย”⁽³⁸⁾ ได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี รหัสโครงการวิจัยที่ 59004 ไบรรับรองที่ 007/2559 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2558 อีกทั้งผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดโครงการวิจัย สิทธิการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ และสามารถถอนตัวได้ทุกขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยต้องลงนามในหนังสือเจตนายินยอมและผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ทุกราย ได้รับการยินยอมและอนุญาตจากผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาวิเคราะห์สรุปผลโดยภาพรวม และจะถูกทำลายหลังการวิจัยเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้าส่วนงานเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความช่วยเหลือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ซึ่งมารับบริการในวันและเวลาที่เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล คือ วันที่ 15 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยให้

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบคนละประมาณ 30-45 นาที ยกเว้นในรายที่มีข้อจำกัดในการอ่าน ผู้วิจัยจะเป็นคนอ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบเป็นรายชื่อ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จแล้วพบว่า มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 405 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.0

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่า Odds Ratio กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 19.93 ปี (S.D. = 2.78) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.2 จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.2 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 82.5 ยังเป็นนักเรียนและว่างงาน ร้อยละ 50.6 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.8 มีค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,000 บาท มีแหล่งที่มาของรายได้มาจากผู้ปกครอง ร้อยละ 50.6 บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 58.3 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบิดามารดาหรือคนใดคนหนึ่ง ร้อยละ 78.3

ข้อมูลประวัติการใช้และการบำบัดสารเสพติดในอดีต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.9) เคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นก่อนเสพยาบ้า โดยมีการใช้บุหรี่ปากที่สุด (ร้อยละ 44.0) อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้สารเสพติด คือ 14.76 ปี (S.D. = 2.30) ส่วนอายุเฉลี่ยที่เสพยาบ้าครั้งแรก คือ 16.08 ปี (S.D. = 2.31) มีค่ามัธยฐานระยะเวลาที่เริ่มเสพยาบ้าจนถึงปัจจุบัน 40 เดือน ส่วนใหญ่ประเมินความรุนแรงของการเสพยาบ้าก่อนเข้าบำบัดครั้งนี้ว่า อยู่ในระยะยังคงเสพ (ร้อยละ 64.9) รองลงมา คือ อยู่ในระยะหมกหมุ่น (ร้อยละ 31.1)

ข้อมูลการใช้สารเสพติดและการบำบัดรักษาในครั้งนี้ ปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.9) เข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก โดยรักษาในระบบสมัครใจและ

แบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 52.8 และ 54.1 ตามลำดับ ปัจจุบันมีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมนอกเหนือจากยาบ้า ร้อยละ 69.1 โดยใช้บุหรี่ปากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.7 รองลงมาคือ ใช้หลายอย่างร่วมกัน ร้อยละ 22.7 สำหรับสถานะการเสพยาบ้าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 45.2 สามารถเลิกเสพได้แล้ว ที่เหลือ คือ เคยหยุดเสพได้บางช่วง ยังเสพอยู่เรื่อย ๆ และหยุดเสพชั่วคราวเพราะรับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 24.4, 12.1 และ 17.8 ตามลำดับ โดยในกลุ่มที่หยุดเสพได้บางช่วงสามารถหยุดเสพได้นาน 4-90 วัน ก่อนกลับมาเสพซ้ำ (ค่ามัธยฐานจำนวนวันเฉลี่ยที่หยุดเสพได้ คือ 40 วัน) ส่วนกลุ่มที่ยังมีการเสพยาบ้าอยู่เรื่อย ๆ มีความถี่ในการเสพอยู่ระหว่าง 1-30 ครั้ง/เดือน (ค่ามัธยฐาน คือ 5 ครั้ง/เดือน) และมีจำนวนเม็ดยาบ้าที่เสพระหว่าง 1-450 เม็ด/เดือน (ค่ามัธยฐาน คือ 8 เม็ด/เดือน) นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีปัญหาด้านร่างกายจากการใช้ยาบ้า ร้อยละ 40.7 มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด ร้อยละ 29.4 และมีเพื่อนสนิทใช้ยาบ้า ร้อยละ 82.5

ข้อมูลสถานการณ์การเกิดอาการของโรคซึมเศร้า จากตารางที่ 1 พบว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 53.7 ประเมินว่าตนเองมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง คิดเป็น ร้อยละ 44.2, 7.7 และ 1.7 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเสพยาบ้าก่อนเข้าบำบัดในครั้งนี้ และประวัติการเสพยาบ้าในปัจจุบัน กับการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งในการวิเคราะห์ค่า Odds Ratio ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวแปรตามใหม่ โดยใช้ผลการศึกษาเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ PHQ-9 (9Q) ในประชากรไทย พบว่ามีเกณฑ์จุดตัดคะแนน (cut-off score) ที่คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 9 ในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depression) โดยพบว่ามีแนวโน้มและความจำเพาะของเครื่องมือที่จุดตัดนี้ เท่ากับ 0.8 และ 0.8 ตามลำดับ⁽³⁹⁾

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 ระดับอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n = 405)

ระดับอาการของโรคซึมเศร้า ⁽³¹⁾	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	0-6	188	46.4
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	7-12	179	44.2
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	13-18	31	7.7
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	19-27	7	1.7

Min-Max= 0-26; Mean = 7.03; Median = 7.00; Mode = 9; S.D. = 4.61

ทั่วไป โดยวัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณเองมีการเจ็บป่วยบ่อยหรือมีโรคประจำตัวจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณมีสุขภาพที่แข็งแรง 2 เท่า (95% CI; 1.10-2.49, p 0.01) สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับประวัติการเสพยาบ้าก่อนเข้าบำบัดในครั้งนี้ พบว่า อายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า ความถี่ของการเสพยาบ้า และประวัติการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ตัวอย่างเช่น พบว่าวัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณก่อนเข้ารับการบำบัดครั้งนี้ตนเองมีการเสพยาบ้าในระดับรุนแรงมากและวิกฤตจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้า

มากกว่าวัยรุ่นที่มีการเสพยาบ้าในระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง 2.56 เท่า (95% CI; 1.66-3.95, p<0.01) ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับประวัติการเสพยาบ้าในปัจจุบัน พบว่าสถานะการเสพยาบ้า ความถี่ในการเสพยาบ้า ปริมาณยาบ้าที่เสพ และปัญหาสุขภาพจากการเสพยาบ้า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ตัวอย่างเช่น พบว่าวัยรุ่นที่รายงานว่าตนมีปัญหาสุขภาพจากการเสพยาบ้าจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ 2.19 เท่า (95% CI; 1.45-3.30, p<0.01) โดยปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับโอกาสในการเกิดโรค

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเสพยาบ้าก่อนเข้าบำบัดในครั้งนี้ และประวัติการเสพยาบ้าในปัจจุบันกับการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n= 405)

ปัจจัย	N	เป็นโรคซึมเศร้า		ไม่เป็นโรคซึมเศร้า		OR	95% CI	p-value
		n	%	n	%			
เพศ								
หญิง	54	23	35.9	41	64.1	1.058	0.607-1.844	0.843
ชาย	341	127	37.2	214	62.8			
ภาวะสุขภาพทั่วไป								
เจ็บป่วยบ่อย/มีโรคประจำตัว	54	28	51.9	26	48.1	2.021	1.135-3.600	0.015
แข็งแรง	351	122	34.8	229	65.2			
อายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก								
15 ปีและต่ำกว่า	179	78	43.6	101	56.4	1.653	1.099-2.487	0.015
มากกว่า 15 ปี	223	71	31.8	152	68.2			
การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าก่อนบำบัดครั้งนี้								
รุนแรงมากถึงวิกฤต	128	67	52.3	61	47.7	2.563	1.661-3.954	0.000
รุนแรงน้อยถึงปานกลาง	270	81	30.0	189	70.0			

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเสพยาบ้าก่อนเข้าบำบัดในครั้งนี และประวัติการเสพยาบ้าในปัจจุบันกับการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n= 405) (ต่อ)

ปัจจัย	N	เป็นโรคซึมเศร้า		ไม่เป็นโรคซึมเศร้า		OR	95% CI	p-value
		n	%	n	%			
ความถี่การเสพยาบ้าก่อนบำบัดครั้งนี้								
4-5 ครั้ง/สัปดาห์ และทุกวัน	147	65	44.2	82	55.8	1.613	1.064-2.446	0.024
2-3 ครั้งหรือน้อยกว่า/สัปดาห์	258	85	43.3	173	32.2			
ประวัติการติ่มสุราก่อนบำบัดครั้งนี้								
ติ่มบ่อยครั้ง/สัปดาห์ หรือทุกวัน	129	58	45.0	71	55.0	1.634	1.065-2.596	0.024
ไม่ติ่ม หรือน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	276	92	33.3	184	66.7			
สถานะการเสพยาบ้าในปัจจุบัน								
ยังเสพอยู่และหยุดชั่วคราว	220	95	43.2	125	56.8	1.769	1.170-2.675	0.007
หยุดเสพแล้ว	183	55	30.1	128	69.9			
ปัญหาสุขภาพจากการเสพยาบ้า								
มีปัญหา	165	79	47.9	86	52.1	2.187	1.448-3.303	0.000
ไม่มีปัญหา	240	71	29.6	169	70.4			
ความถี่การเสพยาบ้าในปัจจุบัน								
6 ครั้งขึ้นไปต่อเดือน	28	16	57.1	12	42.9	2.418	1.111-5.262	0.022
ต่ำกว่า 6 ครั้งต่อเดือน	377	134	35.5	243	64.5			
ปริมาณยาบ้าที่เสพในปัจจุบัน								
10 เม็ดขึ้นไปต่อเดือน	24	14	58.3	10	41.7	2.522	1.091-5.831	0.026
ต่ำกว่า 10 เม็ดต่อเดือน	381	136	35.7	245	64.3			
การใช้สารเสพติดอื่นร่วม ในปัจจุบัน								
ใช้สารเสพติดอื่นร่วม	280	108	38.6	172	61.4	1.241	0.797-1.931	0.339
ไม่ได้ใช้	125	42	33.6	83	66.4			

ซึมเศร้า ได้แก่ เพศ และการใช้สารเสพติดอื่นร่วมในปัจจุบัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับอาการของโรคซึมเศร้า จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการของโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหา ($r=.218$, $p<0.01$) ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการของ

โรคซึมเศร้า คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และพลังต้านการเสพยาบ้า ($r=-0.360$, -0.229 , -0.218 , -0.167 และ -0.209 ตามลำดับ, $p<0.01$) ส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม กับอาการของโรคซึมเศร้า ในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n = 405)

ปัจจัย	r	p-value
การเห็นคุณค่าในตนเอง	-0.36	<0.001
การเผชิญความเครียด		
- มุ่งจัดการปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง	-0.229	<0.001
- มุ่งจัดการปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ	-0.061	0.220
- หลีกเลียงปัญหา	0.218	<0.001
ความเข้มแข็งของครอบครัว	-0.218	<0.001
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	-0.167	0.001
พลังด้านการเสพยาบ้า	-0.209	<0.001

วิจารณ์

วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสารเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศไทย มากกว่าร้อยละ 50.0 มีอาการของโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา^(7-10,14,23) ออสเตรเลีย⁽¹¹⁾ จีนและไต้หวัน^(12,24-26) และในประเทศไทย^(13,15,27) ซึ่งแม้ว่าอัตราที่พบอาจแตกต่างกัน ขึ้นกับเครื่องมือที่ใช้ประเมิน และเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า⁽²¹⁾ แต่ได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่า อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นอาจมีปัญหาซึมเศร้าอยู่เดิมแล้วจึงมีการใช้ยาบ้าเพื่อบำบัดตนเองจากอาการของโรคนี้อีก⁽¹⁶⁾ อีกทั้งวัยรุ่นในการศึกษาครั้งนี้ทุกรายเป็นผู้เสพยาบ้าที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาเพื่อหยุดเสพยาบ้า จึงทำให้มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นอาการเด่นของอาการขาดยา (withdrawal syndrome)^(6,9,17-18) ประกอบกับข้อมูลจากประวัติการเสพยาบ้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการเสพยาบ้ามานานติดต่อกันเกินกว่า 3 ปี จึงอาจเป็นเหตุให้ยาบ้าไปออกฤทธิ์ทำให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญระดับน้ำตาลในสมอง โดยเฉพาะสมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์จนส่งผลให้เกิดอาการซึม-

เศร้าตามมาได้⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องอื่นๆ ที่พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย^(13,23-24) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาบ้าเพศหญิงเข้ารับบริการน้อยมาก คือ เพียงร้อยละ 15.8 ในขณะที่สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงในงานวิจัยข้างต้นจะสูงกว่าคือ ร้อยละ 35.5-55.3⁽²³⁻²⁴⁾ จึงอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพพบมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า โดยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพไม่ดี จะมีแนวโน้มป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่า สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา เพราะความเครียดและวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของตนเองโดยไม่ได้รับการแก้ไข อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้^(40,41)

ปัจจัยด้านการใช้ยาบ้า ผลที่พบในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องอื่นๆ ที่ผ่านมาในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า โดยพบว่าอายุที่เริ่มเสพยาบ้า การเสพยาบ้าในปัจจุบัน ความถี่ในการเสพยาบ้าทั้งในปัจจุบันและในอดีต ปริมาณยาบ้าที่เสพในปัจจุบัน และปัญหาสุขภาพจากการ

เสพยาบ้า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า เพราะล้วนเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาบ้า^(12-13,15,23-24,26) ส่วนปัจจัยการใช้สารเสพติดอื่นร่วมในปัจจุบัน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลที่พบในการวิจัยที่ผ่านมา^(12,23,27) ทั้งนี้อาจเนื่องจากสารเสพติดที่วัยรุ่นซึ่งเสพยาบ้ามีการใช้ร่วมมากที่สุดในการวิจัยที่ผ่านมาจะเป็นประเภทที่ถูกกฎหมาย คือ บุหรี่และสุรา ซึ่งล้วนเป็นสารเสพติดที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า^(42,43) ในขณะที่สารเสพติดที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้มีการใช้ร่วมมากที่สุด (ร้อยละ 58.7) จะเป็นสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ได้แก่ กัญชา ไอซ์ เฮโรอีน และใช้หลาย ๆ อย่างร่วมกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาประวัติการติ่มสุราก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้นั้น พบว่า วัยรุ่นที่ติ่มสุราบ่อยครั้งต่อสัปดาห์หรือติ่มทุกวัน มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้านั้นมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ติ่มหรือติ่มน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 1.63 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา^(12,23,43) เป็นที่น่าสังเกตว่าปัจจัยที่พบเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งนี้ คือ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าเป็นปัจจัยเสี่ยงของอาการซึมเศร้า ซึ่งแม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์นี้ในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า แต่พบผลการศึกษาที่สนับสนุนความสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่เสพยาโคเคนและเฮโรอีน ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นที่รับรู้ว่าตนมีการเสพติดอย่างรุนแรง เมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดอาจต้องเผชิญกับภาวะกดดันหลายอย่างที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น ตกอยู่ในภาวะขาดอำนาจในการควบคุมตนเอง ต้องต่อสู้กับความทรมานจากอาการอยากยา และรู้สึกไม่มั่นใจว่าตนจะบำบัดได้สำเร็จ⁽⁴⁴⁾

ปัจจัยด้านจิตสังคม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมเกือบทุกปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา โดยปัจจัยแรก คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า สามารถอธิบายตามทฤษฎี the vulnerability model ได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของปัญหาซึมเศร้า และ

ถูกกำหนดเป็นเกณฑ์ข้อหนึ่งในการประเมินอาการซึมเศร้า⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾ สำหรับความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า เนื่องจากครอบครัวที่เข้มแข็งจะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันจนเกิดความมั่นใจว่าจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์เครียดจากการที่สมาชิกในครอบครัวใช้ยาบ้าไปได้^(38,48) ดังนั้น หากครอบครัวไม่เข้มแข็งจะทำให้วัยรุ่นขาดแหล่งสนับสนุนและที่พึ่งทางใจจากบุคคลใกล้ชิดในการเผชิญกับภาวะเครียดจากการเสพยาบ้า นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้^(1,38) ในทำนองเดียวกันวัยรุ่นซึ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้น้อย เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับเพื่อน ดังนั้น การสนับสนุนให้กำลังใจจากเพื่อนจึงเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้วัยรุ่นมีภาวะเครียดจากการเข้ารับการรักษาบำบัดน้อยลงและช่วยป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าได้^(1,49) ส่วนที่พบว่าวัยรุ่นซึ่งมีพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าน้อย เนื่องจากพลังด้านการเสพยาบ้า เป็นความสามารถของวัยรุ่นในการปรับตัวภายใต้สถานการณ์เครียดและกดดันจากการเข้ารับการรักษาบำบัดยาบ้า จนมีความมั่นใจในการเอาชนะปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะรับการรักษาบำบัดได้^(1,39,50) และปัจจัยตัวสุดท้ายคือ การเผชิญความเครียด ซึ่งจำแนกเป็น 3 รูปแบบ โดยผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นที่เผชิญความเครียดโดยใช้ความสามารถของตนเองมีแนวโน้มจะเกิดอาการซึมเศร้าน้อย เนื่องจากเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ คือ ทำให้วัยรุ่นได้ใช้ความสามารถในการควบคุม จัดการ และแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ตนเองเกิดความเครียดในระหว่างรับการรักษาบำบัด จึงรู้สึกมั่นใจในการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น^(1,38,50) ส่วนการที่พบว่าวัยรุ่นที่เผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้า เนื่องจากเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความเครียดที่สะสมและเรื้อรังเพราะไม่สามารถจัดการให้ปัญหาหมดไปได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา^(1,51)

ผลการวิจัยเรื่องนี้สามารถสรุปได้ว่าอาการของโรค-

ซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคซึมเศร้านี้ ทั้งปัจจัยเสี่ยงซึ่งส่วนใหญ่ล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประวัติการใช้สารเสพติดทั้งในอดีตและปัจจุบัน และปัจจัยปกป้องทางด้านจิตสังคม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพที่ให้การบำบัดดูแลวัยรุ่นที่เสพยาบ้า รวมถึงผู้กำหนดนโยบายบริการด้านสารเสพติดสามารถนำผลการวิจัยที่พบในครั้งนี้นำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางเพื่อลดและป้องกันการเกิดปัญหาซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ โดยเน้นการคัดกรองและดูแลอย่างใกล้ชิดแก่วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น เริ่มเสพยาบ้าตั้งแต่อายุน้อย ระบุว่าตนมีปัญหาการใช้ยาบ้ารุนแรง ยังไม่สามารถหยุดเสพยาบ้าได้ มีความถี่และปริมาณการเสพยาบ้าสูง รวมทั้งส่งเสริมให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้าสู่การบำบัดแล้วและครอบครัว เกิดปัจจัยปกป้องต่อโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ใช้การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ มีความเข้มแข็งของครอบครัว ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และมีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 85.0 เป็นผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าเพศชาย ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้ในการอ้างอิงจึงควรคำนึงข้อจำกัดในเรื่องนี้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. มนัส สุนทรโชติ, เพ็ญพัทธ์ อูทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556;27:85-98.
2. Cohen A. Crazy for Ya Ba: Methamphetamine use among northern Thai youth. International Journal of Drug Policy 2014;25:776-82.
3. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.1-5) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/>
4. สถาบันธัญญรักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2556-2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2545&Itemid=53
5. Coffey SF, Dansky BS, Carrigan MH, Brady KT. Acute and protracted cocaine abstinence in an outpatient population: A prospective study of mood, sleep and withdrawal symptoms. Drug and Alcohol Dependence 2000; 59:277-86.
6. McGregor C, Srisurapanont M, Jittiwutikarn J, Laobhripatr S, Wongtan T, White JM. The nature, time course and severity of methamphetamine withdrawal. Addiction 2005;100:1320-9.
7. Newton TF, Kalechstein AD, Duran S, Vansluis N, Ling W. Methamphetamine abstinence syndrome: Preliminary findings. American Journal on Addictions 2004;13: 248-55.
8. McKetin R, Lubman DI, Lee NM, Ross JE, Slade TN. Major depression among methamphetamine users entering drug treatment programs. MJA 2011;195(3 suppl):S51.
9. Leventhal AM, Brightman M, Ameringer KJ, Greenberg J, Mickens L, Ray LA, et al. Anhedonia associated with stimulant use and dependence in a population-based

- sample of American adults. *Clin Psychopharmacol* 2010; 18:562–9.
10. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Life-time comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2006;67:247–57.
 11. Hall W, Hando J, Darke S, Ross J. Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sydney, Australia. *Addiction* 1996;91:81–7.
 12. Bao YP, Qiu Y, Yan SY, Jia ZJ, Li SX, Lian Z, et al. Pattern of drug use and depressive symptoms among amphetamine type stimulants users in Beijing and Guangdong province, China. *PLOS ONE* [Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 10];8:e60544. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621819/pdf/pone.0060544.pdf>
 13. DiMiceli LE, Sherman SG, Aramrattana A, Sirirojn B, and Celentano DD. Methamphetamine use is associated with high levels of depressive symptoms in adolescents and young adults in Rural Chiang Mai Province, Thailand. *BMC Public Health* 2016;16:168.
 14. Glasner-Edwards S, Marinelli-Casey P, Hillhouse M, Ang A, Mooney LJ, Rawson R. Depression among methamphetamine users: association with outcomes from the Methamphetamine Treatment Project at 3-year follow-up. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:225–31.
 15. Sutcliffe CG, German D, Sirirojorn B, Latkin C, Aramrattana A, Sherman SG, et al. Patterns of methamphetamine use and symptoms of depression among young adults in northern Thailand. *Drug Alcohol Depend* 2009; 101:146–51.
 16. Khantzian M. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* 1997;4:231–44.
 17. Markou A, Kenny PJ. Neuroadaptations to chronic exposure to drugs of abuse: relevance to depressive symptomatology seen across psychiatric diagnostic categories. *Neurotox Res* 2002;4:297–313.
 18. Bamford NS, Zhang H, Joyce JA, Scarlis CA, Hanan W, Wu NP, et al. Repeated exposure to methamphetamine causes long-lasting presynaptic corticostriatal depression that is renormalized with drug readministration. *Neuron* 2008;58:89–103.
 19. London ED, Simon SL, Berman SM, Mandelkern MA, Lichtman AM, Bramen J, et al. Mood disturbances and regional cerebral metabolic abnormalities in recently abstinent methamphetamine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:73–84.
 20. Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S, et al. Brief cognitive behavioral interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction* 2005;100:367–78.
 21. Marshall BDL, and Werb D. Health outcomes associated with methamphetamine use among young people: a systematic review. *Addiction* 2010;105:991–1002.
 22. Walls NE, Freedenthal S, Wisneski H. Suicidal ideation and attempts among sexual minority youths receiving social services. *Soc Work* 2008;53:21–9.
 23. Zweben JE, Cohen JB, Christian D, Galloway GP, Salinardi M, et al. Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *Am J Addict* 2004;13:181–90.
 24. Yen CF, Su YC. The associations of early-onset methamphetamine use with psychiatric morbidity among Taiwanese adolescents. *Substance Use & Misuse* 2006;41: 35–44.
 25. Zhang J, Xie Y, Sua H, Taoa J, Sunb Y, Li L, et al. Prevalence and correlates of depressive symptoms during early methamphetamine withdrawal in Han Chinese population. *Drug and Alcohol Dependence* 2014;142:191–6.
 26. Luan X, Ren W, Zhao K, Su H, Shen H, Chen H, et al. High prevalence of depressive symptoms and impulsivity as well as their relationship during subacute methamphetamine withdrawal in chronic abusers. *Journal of Clinical Neuroscience* 2017;39:1–3.
 27. Celentano DD, Aramrattana A, Sutcliffe CG, Sirirojn B, Quan VM, Taechareonkul S, et al. Associations of substance abuse and sexual risks with self-reported depres-

- sive symptoms in young adults in northern Thailand. *J Addict Med* 2008;2:66-73.
28. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 119, ตอนที่ 96 ก (ลงวันที่ 27 กันยายน 2545).
 29. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่อำนาจบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 131, ตอนที่ 143 ง (ลงวันที่ 30 กรกฎาคม 2557).
 30. Kraemer HC. A strategy to teach the concept and application of power of statistical tests. *Journal of Educational Statistics* 1985;10:173-95.
 31. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
 32. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.
 33. เสาวนีย์ สำนวน. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินความเครียด การเผชิญความเครียด ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางใจของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าขณะรับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันธัญญารักษ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545. 122 หน้า.
 34. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
 35. Frydenberg E, Lewis R. *Adolescent Coping Scale*. Melbourne: Australian Council for Educational Research; 1993.
 36. สถาบันธัญญารักษ์. คู่มือการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
 37. McCubbin MA, McCubbin H, Thompson AI. FHI: Family hardiness index. In: McCubbin HI, Thompson AI, editors. *Family assessment inventories for research and practice*. 2nd ed. Madison: University of Wisconsin; 1986. p. 124-30.
 38. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล, กงจักร สอนลา, มะลิ แสงผล, สุรธาดา สิงหาพาน, ณิชกุล ชันบุตรศรี. รายงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นไทย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
 39. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
 40. Richter D, Eikemann B, Berger K. Use of the SF-36 in the evaluation of a drug detoxification program. *Quality of Life Research* 2004;13:907-14.
 41. Naicker K, Galambos NL, Zeng Y, Senthilselvan A, Colman I. Social, Demographic, and health outcomes in the 10 years following adolescent depression. *Journal of Adolescent Health* 2013;52:533-8.
 42. Dierker L, Rose J, Selya A, Piasecki TM, Hedeker D, Mermelstein R. Depression and nicotine dependence from adolescence to young adulthood. *Addict Behav* 2015; 41:124-8.
 43. Crocq MA. Alcohol, nicotine, caffeine, and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2003;5:175-85.
 44. Coelho R, Rangel R, Ramos E, Martins A, Prata J, Barros H. Depression and the severity of substance abuse. *Psychopathology* 2000;33:103-9.
 45. อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์, อุไรวรรณ แก่นจันทร์, ลักษณะ พงษ์ภุมมา, วัลลียา สุวรรณโชติ. ความภูมิใจแห่ง ตนและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ใช้ยาบ้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2544;46:3-12.
 46. Orth U, Robins RW, Roberts BW. Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology* 2008;95:695-708.
 47. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
 48. Normura Y, Wickramaratne PJ, Warner V, Weissman M. Family discord, parental depression and psychopathology in offspring: Ten-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41:402-9.

49. Piko B. Perceived social support from parents and peer: Which is the stronger predictor of adolescent substance use?. *Substance Use and Misuse* 2000;35:617-30.
50. สุรธาดา สิงหาพาน, เพ็ญพัทธ์ อูทิต. ปัจจัยทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. *วารสารพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2561;30:70-83.
51. Nezu AM, Perri MG. Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57:408-13.

Abstract: Factors Related to Depressive Symptoms among Adolescent Amphetamine Users

Penpaktr Uthis, Ph.D.*; Sunisa Suktrakul, Ph.D.*; Kongjak Sonlar, M.N.S.; Mali Sawangpon, M.N.S.****

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; ** Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment Pathumthani, Thailand*

Journal of Health Science 2018;27:965-77.

Depressive symptoms are a common problem among adolescent amphetamine users. However, there is a lack of information in Thai adolescent who take amphetamine. The objectives of this cross-sectional correlation research design were to study situation of and factors related to depressive symptoms among adolescent amphetamine users. The subjects of 405 male and female adolescent, aged of 12-24 years old, were amphetamine users who received treatment at 4 Thanyalak hospitals under the Department of Medical Services. The 8 study instruments had Cronbach alpha coefficient reliability between 0.73 - 0.97. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson product-moment correlation coefficient, and Odds Ratio. Findings: The majority of subjects had depressive symptoms in mild to severe level (53.6%). Personal and substance related factors to depressive symptoms were poor health conditions, early-onset of methamphetamine use, history of alcohol consumption, severity of amphetamine use, the current use, high doses and more frequent use, and health problems as consequences of amphetamine use (OR = 2.02, 1.65, 1.63, 2.56, 1.77, 2.52, 2.42 and 2.19, respectively; $p < 0.05$). Psychological factors that correlated to depressive symptoms were self-esteem, problem-focus coping using self-competencies, avoidance coping, family hardiness, social support from peers, and resilience to amphetamine relapse ($r = -0.36, -0.23, 0.22, -0.22, -0.17, \text{ and } -0.21$, respectively; $p < 0.05$). In order to provide appropriate care, all adolescent amphetamine users who get access to treatment should be screened for depressive symptoms. In addition, all factors that had been found to be related to depressive symptoms should be taking into account.

Key words: depressive symptoms, adolescent, amphetamine