

การศึกษาภาวะการรู้คิดในผู้ป่วยเสพติดสารโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สิริชชา พิธิปัญญากุล พ.บ., จิตติรัตน์ ศรีวิลิต วท.บ.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) 60 ถนนพหลโยธิน ตำบลประชาธิปไตย อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

The Study of Cognitive Function in Opioid Dependence Treated with Methadone Maintenance Treatment at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Sirincha Pitipanyakul, M.D., Jittarat Srivilert, B.Sc.

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT),

60 Phahonyothin Road, Prachathipat, Thanyaburi, Pathum Thani, 12110, Thailand

(E-mail: Meijineuro@gmail.com)

(Received: 15 July, 2023; Revised: 16 October, 2023; Accepted: 1 May, 2024)

Abstract

Background: Methadone maintenance treatment (MMT) is the most effective relapse prevention strategy, preventing relapse in opioid dependent patients. All types of drugs can cause brain damage and cognitive function, leading to cognitive impairment which affects treatment as well as quality of life.

Objective: The study aimed to compare the cognitive function between opioid dependent patients with long-term methadone maintenance treatment then abstinent from opioid (MMTA) and still relapse patients (MMTR) at Harm Reduction Center of Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. **Methods:**

This study was a cross-sectional analytic study that had been implemented from the sample group of 40 MMTA and 42 MMTR. The data had been collected from January to June 2023 by using questionnaire to measure demographic information, the Beck depression inventory (BDI) to measure depression severity, and the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) to measure cognitive function. The Data were analyzed by computer programs and presented with descriptive statistics :- number, percentage, mean and standard deviation. The inferential analysis was done by using chi-square and Fisher's exact test and independence t-test. The Mann-Whitney U test was employed for the data that were abnormally distributed at the statistical significance level of .05. **Results:** There were no statistically significant differences in the mean scores of the MoCA questionnaire between the two groups. Divided by age, MMTR between the ages of 20-29 years had lower mean MoCA scores than MMTA, and the age factor was shown to be significantly associated with cognitive impairment among MMTA at level .05. **Conclusion:** Our findings give a screening for cognitive dysfunction in opioid dependent patients receiving MMT is important especially in critical for MMTR patients under the age of 30, in order to develop the most effective treatment planning and favorable results.

Keywords: Cognitive, Methadone maintenance treatment, Opioid dependence patients

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ผู้ป่วยเสพติดสารโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวนับเป็นหนึ่งในวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ยาเสพติดทุกชนิด

ส่งผลต่อสมองและภาวะการรู้คิดของผู้ป่วย หากเกิดความบกพร่องทางการรู้คิดจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาภาวะการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดสารโอปิออยด์ที่มารับการรักษา

ด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำเทียบกับกลุ่มที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำที่ได้รับการรักษาที่ Harm Reduction Center ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี **วิธีการ:** เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเสพติดโอปิออยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำจำนวน 40 ราย และกลุ่มที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำจำนวน 42 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบคกัมป์ภาษาไทย และแบบประเมินภาวะบกพร่องทางการรู้คิดฉบับภาษาไทย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำเสนอข้อมูลแจกแจงด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงวิเคราะห์ใช้สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบ chi-square, Fisher's exact test และ independent t-test ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **ผล:** ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทางการรู้คิดในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำและกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำในช่วงอายุ 20 - 29 ปี มีคะแนนเฉลี่ยทางการรู้คิดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ และพบว่าปัจจัยทางด้านอายุมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางการรู้คิดในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **สรุป:** การคัดกรองภาวะการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว เป็นเรื่องสำคัญโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: ภาวะการรู้คิด, เมทาโดนระยะยาว, ผู้ป่วยเสพติดสารโอปิออยด์

บทนำ

จากรายงานการแพร่ระบาดของยาเสพติดในปี 2019 พบว่าประชากร 275 ล้านคน ที่เคยใช้สารเสพติด อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยพบว่าประชากรจำนวน 62 ล้านคนเคยใช้สารเสพติดโอปิออยด์¹ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) มีการประมาณการไว้ว่า ปี 2017 มีผู้เสียชีวิตจากการใช้สารเสพติด จำนวน 500,000 คน จากรายงานระบุว่า มีผู้ที่เสียชีวิตเกิดจากการเสพยาเสพติดโอปิออยด์เกินขนาดมากถึง 115,000 คน โดยในปี 2015 มีประชากรทั่วโลกใช้สารเสพติดชนิดนี้มากถึง 15.6 ล้านคน พบมากที่สุดในประชากรที่อาศัยอยู่ในแถบเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จำนวน

4 ล้านคน สารเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุด คือ โอปิออยด์ ทั้งนี้มีรายงานทางการแพทย์พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีดมีการติดเชื่อเฮโรอีนมากถึง 1 ใน 6 หรือคิดเป็น 2.8 ล้านคน² นอกจากนี้ยังมีโรคติดเชื่ออื่น ๆ ที่พบได้บ่อย อาทิ โรคไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น ซึ่งโรคติดเชื่อเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต นับเป็นปัญหาที่สำคัญในวงการสาธารณสุขที่ต้องส่งเสริมให้ผู้เสพยาเสพติดสารโอปิออยด์เข้ารับการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค

สำหรับประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของสารเสพติดโอปิออยด์ในรูปของเฮโรอีนและฝิ่นเป็นส่วนใหญ่ จากรายงานของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด³ ในปี 2564 พบว่ายาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือ ยาบ้าคิดเป็นร้อยละ 79.2 รองลงมา คือ ไอซ์ กัญชาและเฮโรอีนคิดเป็นร้อยละ 8.2, 4.4 และ 3.3 ตามลำดับ ส่วนยาเสพติดที่ต้องเฝ้าระวังมากที่สุด คือ เฮโรอีน เนื่องจากการแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชนเพิ่มมากขึ้น และยังพบมากขึ้นในบางพื้นที่ อาทิ กรุงเทพมหานคร และกาญจนบุรี เป็นต้น ทั้งนี้อันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มนี้มีความรุนแรงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ใช้ยาเสพติด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของทั้งตัวผู้เสพยา ติด ครอบครัวยุติธรรม รวมถึงประเทศชาติบ้านเมืองด้วยการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ WHO ได้เสนอแนวคิดการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มนี้ด้วยการใช้ opioid agonist (methadone, buprenorphine) เนื่องจากมีประสิทธิภาพที่ดี⁴ โดยสามารถควบคุมอาการอยากยา อาการทุกข์ทรมานจากการหยุดเสพยาได้มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ขับออกจากร่างกายได้อย่างรวดเร็ว และมีผลข้างเคียงน้อย หากใช้โดยการควบคุมของแพทย์ ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทยมีแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน โดยการบริหารด้วยยาเมทาโดน (methadone) และใช้กระบวนการทางจิตสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้อยู่ในสังคมโดยไม่ใช้ยาเสพติดอื่นร่วม โดยการบำบัดช่วงแรกมีแนวคิดให้ใช้เมทาโดนเพื่อถอนพิษยา (detoxification) เท่านั้น แต่พบว่าผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่องทำให้ผลลัพธ์การรักษาไม่เท่าที่ควร⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้เมทาโดนระยะยาวสามารถลดการใช้ยาและสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ได้ รวมถึงสามารถลดอาชญากรรม ลดอัตราการเสียชีวิตจากการเสพยาเกินขนาด ลดการติดเชื่อเฮโรอีน โรคตับอักเสบบีไวรัสซีและซี รวมถึงวัณโรคปอด⁶⁻⁹

กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์ จึงมีการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดกลุ่มนี้

ขึ้นภายใต้แนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด (harm reduction) ด้วยการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยา และกระบวนการทางจิตสังคม การใช้เมทาโดนเพื่อรักษา แบบถอนพิษยาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มารักษาต่อเนื่อง จึง พัฒนาการบำบัดในรูปแบบใหม่ที่เรียกว่า “การบำบัดโดยใช้ เมทาโดนทดแทนระยะยาว” (Methadone Maintenance Therapy; MMT) นับเป็นนโยบายระดับชาติโดยเริ่มใช้มา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556¹⁰ ด้วยการกำหนดให้ใช้มาตรการการลด อันตรายจากยาเสพติดมาบำบัดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ที่ยังไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ และมีพฤติกรรมกรรมการเสพติด ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง จากการศึกษาพบว่า เมทาโดน ระยะยาวเป็นวิธีการบำบัดที่ WHO ให้การยอมรับโดยมีผล การศึกษารองรับว่า ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา (retention) อย่างต่อเนื่อง ไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และมี คุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วย เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดน ระยะยาว อาจเกี่ยวข้องกับสารเสพติดที่เคยใช้ร่วมกันมา ก่อนที่จะได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ มักมีประวัติการเสพยาสุรา ใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมด้วยอาจเป็นปัจจัยที่มีความ เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิด หรืออาจ เกี่ยวข้องกับโรคทางกายหรือโรคทางจิตใจ นอกจากนี้ยัง พบว่า ภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ใช้เมทาโดนระยะยาว ทดแทนมีความสัมพันธ์กับปริมาณเมทาโดนที่ใช้มากกว่า 60 มิลลิกรัมต่อวัน¹¹

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี (สบยช.) เป็นสถาบันหลักในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยเสพติดทุกชนิด การบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวเป็น รูปแบบการบำบัดที่สบยช. พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข โดยให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับประทาน ยาเมทาโดนทุกวัน ณ ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction Center) ซึ่งปัจจุบันมีการเพิ่มความ สะดวกให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงยาเมทาโดนได้ง่ายและ สะดวกมากขึ้น โดยแพทย์สามารถส่งจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้ป่วย นำกลับบ้านได้ (take home dose) ในปริมาณไม่เกิน 420 ซีซี ต่อครั้ง¹² จากการศึกษาพบว่า การใช้ยาและสารเสพติดทุกชนิด จะส่งผลต่อร่างกาย โดยเฉพาะมีผลโดยตรงต่อสมอง ส่งผลให้ เกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิด เมื่อยาเสพติดเข้าสู่ร่างกายจะ กระทบกลไกการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ โดปามีน (dopamine) โดยยาเสพติดจะกระตุ้นการหลั่ง

โดปามีนในปริมาณมากกว่าปกติ ทำให้ผู้เสพมีความรู้สึก เคลิ้มสุขและพอใจ นอกจากนี้การใช้ยาเสพติดยังเกี่ยวข้องกับ mesocortical pathway ที่ควบคุมกระบวนการรู้คิด (cognition) และการบริหารจัดการ (executive function) รวม ถึงสมองส่วน ventromedial ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ หาก ร่างกายได้รับยาเสพติดต่อเนื่องสมองจะพยายามปรับสมดุล โดยลดการหลั่งของโดปามีนส่งผลให้เกิดอาการขาดยา และก่อ ให้เกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้เสพติดสารโอปิออยด์จะมี ผลต่อสมองจนเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง¹³ ในด้านต่าง ๆ เช่น executive functions, working memory, attention และ episodic memory¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารโอปิออยด์ที่รักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว จะก่อให้เกิดความบกพร่องทางการรู้คิดได้¹⁵ และผู้ติดยาเสพติดที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดมักจะได้รับการรักษาไม่ ต่อเนื่องมีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำสูง¹⁶ ผู้วิจัยในฐานะ แพทย์ที่มีหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาภาวะการรู้คิดในผู้ป่วยเสพติดสารโอปิออยด์ที่มารับ การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ณ สบยช. โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดสาร โอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ไม่ใช้ โอปิออยด์ซ้ำเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ และศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วย เมทาโดนระยะยาวที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ เปรียบเทียบกับกลุ่ม ที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบ การรักษา และเอื้อประโยชน์ในวงกว้างโดยผลลัพธ์สุดท้าย คือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสืบไป

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาค ตัดขวาง (cross-sectional analytic study) โดยมี คำถามการศึกษา ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ไม่กลับไปใช้ โอปิออยด์ซ้ำกับกลุ่มที่กลับไปใช้โอปิออยด์ซ้ำมีภาวะการรู้คิด ต่างกันหรือไม่ 2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะบกพร่อง ทางการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการ รักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำกับกลุ่มที่ใช้ โอปิออยด์ซ้ำคืออะไร

ประชากร คือ ผู้ป่วยเสพติดสารโอปิออยด์ที่มารับ การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ณ สบยช.ระหว่าง ปีงบประมาณ 2563 - 2565 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เสพติด สารโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว

ที่ใช้ โอปิออยด์ซ้ำและกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ จำนวน ด้วยโปรแกรม N4study ด้วยสูตร two independent mean กลุ่มที่ใช้เมทาโดนระยะยาวมีค่าเฉลี่ยของ cognitive function = 22.92, S.D. = 4.75 กลุ่มที่เลิกเสพยากลุ่ม โอปิออยด์ ค่าเฉลี่ยของ cognitive function = 25.68, S.D. = 3.06¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน รวม 80 คน (เก็บข้อมูลจริงได้กลุ่มเสพยาซ้ำจำนวน 42 คน กลุ่มไม่เสพยาซ้ำ จำนวน 40 คน รวม 82 คน) มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้เสพยาซ้ำกลุ่มโอปิออยด์ ตามเกณฑ์ DSM-5 ที่เข้ารับการบำบัดรักษาโดยเมทาโดนระยะยาวที่ Harm Reduction Center เป็นเวลาตั้งแต่ 3 เดือน 2) เพศชายมีอายุระหว่าง 20 - 55 ปี 3) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่หก 4) สามารถอ่านและเขียนตอบแบบสอบถามได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์ คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ติดสารเสพติด ชนิดอื่น ๆ ตามเกณฑ์ DSM-5 ในระหว่างการบำบัดด้วย เมทาโดนระยะยาว ยกเว้น nicotine 2) มีโรคทางจิตเวช ได้แก่ schizophrenia, schizo affective disorder, bipolar disorder, major depressive disorder ซึ่งต้องได้รับยาจิตเวช 3) มีโรคประจำตัวเรื้อรังและไม่สามารถควบคุมอาการของโรค ได้ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น และ 4) เคยมีประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะจนสลบ มีภาวะ coma มีโรคทางสมองที่มีหลอดเลือดตีบหรือแตก เคยได้รับการผ่าตัด ทางสมอง หรือมีประวัติการชัก

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2566 โดยใช้เครื่องมือการ วิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้สารโอปิออยด์ และข้อมูลการบำบัดรวม 11 ข้อ คำถาม โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เครื่องมือ ชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน (จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดเป็นเวลานาน มากกว่า 15 ปี และอาจารย์พยาบาลจาก มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด) พบว่า ข้อคำถาม

มีค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (item objective congruence: IOC) = 0.90 และมีค่าความเที่ยงคำนวณ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = 0.80

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบคฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory; BDI) แปลโดย รศ.มุกดา ศรียงค์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง มีข้อคำถาม 21 ข้อ มีค่า content validity = 0.84 ค่าความไว (sensitivity) = 84.6% ค่าความจำเพาะ (specificity) = 86.4%

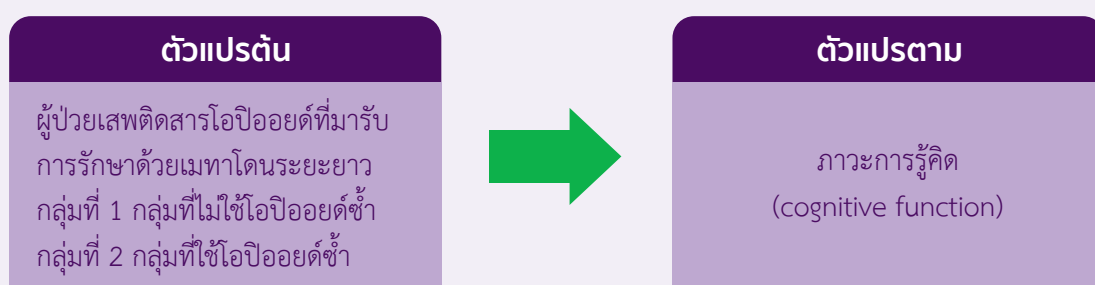
3. แบบประเมินการรู้คิด ใช้ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) version 8.1 แปลโดย รศ.พญ. โสฬสพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีข้อคำถาม 11 ข้อ การคำนวณคะแนน มีคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน หากคะแนนรวมน้อยกว่า 25 ถือว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.80 ในปี 2554 Copersino ML และคณะ ได้ศึกษาการใช้แบบประเมิน MoCA กับผู้ป่วยเสพติดชนิดต่าง ๆ โดยประชากรมีช่วงอายุระหว่าง 18 - 65 ปี พบว่า ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือ แม่นยำและ ใช้เวลาน้อย

เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ นักจิตวิทยาใช้ประเมินผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด มาทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเสพติดจำนวน 30 คนได้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = 0.75 และ 0.90 ตามลำดับ ตัวแปรต้น คือ ผู้ป่วยเสพติดสารโอปิออยด์ที่มารับ การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยเสพติดสารโอปิออยด์ที่มารับการรักษา ด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ (urine opiates negative ทุกครั้งที่มาติดตามการรักษาและมากกว่า 3 เดือน)

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยเสพติดสารโอปิออยด์ที่มารับการรักษา ด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ (urine opiates positive มากกว่า 1 ครั้งที่มาติดตามการรักษาและมากกว่า 3 เดือน)

ตัวแปรตาม คือ ภาวะการรู้คิด (cognitive function) ประเมินด้วยแบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สบยช. เลขที่ 009/2565 เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2566 ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการรักษาความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำเสนอข้อมูลแจกแจงนับด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงวิเคราะห์ใช้สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบ chi-square, Fisher's exact test, independent t-test และ 95%CI ส่วนข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ (non-parametric) ใช้สถิติ Mann-Whitney U test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน โดยมีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การใช้เฮโรอีนโดยใช้แบบสูบ/ดมอายุที่เริ่มใช้ และไม่เคยมีประวัติเสพยาโอปิออยด์เกินขนาดจนเกิดภาวะแทรกซ้อน คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินของเบค (Beck) อยู่ในระดับที่มีอารมณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติเล็กน้อย (mild mood disturbance) ประชากรทั้งสองกลุ่มมีลักษณะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า กลุ่มไม่เสพยาติดยา (mean±SD = 36.48±11.12) มีอายุมากกว่ากลุ่มติดยา (mean±SD = 28.36±5.72) ระยะเวลาที่ใช้โอปิออยด์ก่อนเข้ามารักษาด้วยเมทาโดนทดแทนในกลุ่มไม่เสพยาติดยา (mean±SD = 2.17±1.08) ใช้เวลานานกว่ากลุ่มเสพยาติดยา (mean±SD = 1.33±0.57) และระยะเวลาที่หยุดเสพยาโอปิออยด์ได้ในกลุ่มไม่เสพยาติดยา (mean±SD = 48.9±58.62) หยุดใช้ได้นานกว่ากลุ่มเสพยาติดยา (mean±SD = 4.0±3.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของผู้ป่วยเสพยาติดยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ และกลุ่มที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ ด้วย chi-square และ Fisher's exact test

	กลุ่มเสพติดซ้ำ (n = 42)		กลุ่มไม่เสพติดซ้ำ (n = 40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					
20 - 29 ปี	34	81.0	16	40.0	
31 - 40 ปี	5	11.9	10	25.0	
41 ปีขึ้นไป	3	7.1	14	35.0	
Mean±SD , (Min, Max)	28.36±5.72, (20, 44)		36.48±11.12, (20, 55)		<.01*
สถานภาพสมรส					.22
โสด	36	85.7	27	67.5	
สมรส	4	9.5	8	20.0	
หย่า/ แยก	2	4.8	5	12.5	
การศึกษา					.25 ^F
ต่ำกว่าปริญญาตรี	35	83.3	32	80.0	
ปริญญาตรี	7	16.7	8	20.0	
อาชีพ					.42
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	16	38.1	18	45.0	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	26.2	11	27.5	
ว่างงาน	10	23.8	4	10.0	
นักเรียน/ นักศึกษา	3	7.1	5	12.5	
รับราชการ	2	4.8	2	5.0	

	กลุ่มเสพติดซ้ำ (n = 42)		กลุ่มไม่เสพติดซ้ำ (n = 40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้					
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	9	21.4	6	15.0	.40
5,001 - 10,000 บาท/เดือน	10	23.8	8	20.0	
10,001 - 20,000 บาท/เดือน	17	40.5	14	35.0	
มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	6	14.3	12	30.0	
ชนิดของโอปิออยด์ที่ใช้					
เฮโรอีน	40	95.2	32	80.0	.08
ฝิ่น	0	0	5	12.5	
เฮโรอีนผสมฝิ่น/ทรามาดอล	2	4.8	2	5.0	
ทรามาดอล	0	0	1	2.5	
วิธีการใช้โอปิออยด์					
สูบ/ดม	25	59.5	26	65.0	.26
ฉีด	13	30.9	9	22.5	
รับประทาน	2	4.8	5	12.5	
ผสมสูบ/ดม/ฉีด	2	4.8	0	0	
ปริมาณที่ใช้โอปิออยด์เฉลี่ยต่อวัน					
≤ 1 g.	35	83.3	28	70.0	
> 1.1 g.ขึ้นไป	7	16.7	11	27.5	
ทรามาดอล (50 เม็ด)	0	0	1	2.5	
Mean±SD, (Min, Max)	0.90±0.87, (0.1, 5)		2.32±7.79, (0.1, 50)		.44
อายุที่เริ่มใช้โอปิออยด์					
≤ 20 ปี	22	52.4	17	42.5	
21 ปีขึ้นไป	20	47.6	23	57.5	
Mean±SD, (Min, Max)	21.21±4.81, (15, 38)		22.40±5.44, (12, 37)		.64 ^F
ระยะเวลาที่ใช้โอปิออยด์ก่อนเข้ามารักษาด้วยเมทาโดนทดแทน (ปี)					
≤ 2 ปี	30	71.4	13	32.5	
> 2 ปีขึ้นไป	12	28.6	27	67.5	
Mean±SD, (Min, Max)	1.33±0.57, (1, 3)		2.17±1.08, (1, 4)		<.01*
ปริมาณเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน					
≤ 30 mg	5	11.9	12	30.0	
31 mgขึ้นไป	37	88.1	28	70.0	
Mean±SD, (Min, Max)	39.4±15.47, (10, 80)		33.23±14.28, (8, 60)		.36 ^F
หยุดเสฟโอปิออยด์มานาน (เดือน)					
ไม่เคยหยุดเสฟ	1	2.4	0	0	
1 - 6 เดือน	32	76.2	3	7.5	
7 - 12 เดือน	9	21.4	10	25.0	
12 - 36 เดือน	0	0	13	32.5	
37 เดือนขึ้นไป	0	0	14	35.0	
Mean±SD, (Min, Max)	4.0±3.25, (0, 12)		48.9±58.62, (4, 240)		<.01*

	กลุ่มเสพติดซ้ำ (n = 42)		กลุ่มไม่เสพติดซ้ำ (n = 40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เคยมีประวัติเสพยาโอปิออยด์เกินขนาดจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่					1.0 ^F
ไม่เคย	40	95.2	38	95.0	
เคย (ปอดอักเสบ, ชัก, ใจสั่น, หมดสติ)	2	4.8	2	5.0	
คะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน Beck					
0 - 10 : Normal	16	38.1	19	47.5	
11 - 16: Mild Mood	9	21.4	8	20.0	
17 - 20: Borderline depression	6	14.3	8	20.0	
21 - 30: Moderate depression	7	16.7	3	7.5	
31 - 40: Severe depression	4	9.5	2	5.0	
Mean±SD, (Min, Max)	15.02±9.36, (0, 36)		12.75±8.79, (0, 37)		.59
รวม	42	100	40	100	

* p - value < .05, F = Fisher's exact test

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะบกพร่องทางการรู้คิดระหว่างผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำและกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะบกพร่องทางการรู้คิดระหว่างผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ และกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ ด้วย Mann Whitney U Test

กลุ่มผู้ป่วย	n	Mean Rank	Sum of Ranks	p-value
เสพติดซ้ำ	42	41.07	1725.0	.85
ไม่เสพติดซ้ำ	40	41.95	1678.0	

ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบภาวะการรู้คิดตามรายด้านของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของภาวะการรู้คิดจากแบบประเมิน MoCA พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำที่มีช่วงอายุระหว่าง 20 - 29 ปี มีคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิดจากแบบประเมิน MoCA มากกว่ากลุ่มที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .04) ส่วนในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ยของภาวะการรู้คิดจากแบบประเมิน MoCA ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะบกพร่องทางการรู้คิดระหว่างผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่กลับไปใช้โอปิออยด์ซ้ำ และกลุ่มที่ไม่กลับไปใช้โอปิออยด์ซ้ำ แบ่งตามกลุ่มอายุด้วย Independent two-sample t-test

กลุ่มผู้ป่วย/อายุ	Mean	SD	Mean difference	95%CI	p-value
อายุ 20 - 29 ปี					
กลุ่มเสพติดซ้ำ (n = 34)	24.64	2.15	-1.415	-2.79, -0.05	.04*
กลุ่มไม่เสพติดซ้ำ (n = 27)	26.06	2.46			
อายุ 30 ปีขึ้นไป					
กลุ่มเสพติดซ้ำ (n = 8)	24.00	2.29	.708	-3.64, 2.22	.63
กลุ่มไม่เสพติดซ้ำ (n = 24)	23.29	3.58			

* p-value < .05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะการรู้คิดในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ และกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำพบว่า ปัจจัยด้านอายุของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำมีความสัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดร้อยละ 57.5 ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มที่กลับไปใช้โอปิออยด์ซ้ำ (ร้อยละ 59.5) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิด

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันซึ่งสามารถนำตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจมาเปรียบเทียบกันได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะการรู้คิดของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยจากการประเมินด้วย MoCA ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำมีคะแนนเฉลี่ย (mean±SD = 24.52±2.37) และกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำมีคะแนนเฉลี่ย (mean±SD = 24.40±2.43) ซึ่งเมื่อแปลผลตามคะแนนของแบบประเมิน MoCA พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (คะแนน MoCA < 25 คะแนน) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเสพติดกลุ่มนี้จะเกิดความเสียหายของเนื้อสมองสีเทา (gray matter) ที่มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ประสาทสัมผัสความรู้สึกนึกคิด ความจำ การเห็น การพูด และการได้ยิน เนื่องจากเนื้อสมองสีเทาขาดออกซิเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยเสพติดสาร

โอปิออยด์เกิดภาวะสมองฝ่อ (atrophy) ในส่วน fronto-temporal region ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความจำ¹⁸ กลไกที่ทำให้เกิดการฝ่อของ gray matter มีการตั้งสมมติฐานว่าเกิดได้จากหลายกลไก กล่าวคือ เกิดจากภาวะขาดออกซิเจนจากการที่ฤทธิ์ของสารเสพติดไปรบกวนศูนย์การหายใจให้ทำงานลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Baldacchino และคณะ (2015)¹³ ที่พบว่า การใช้ยาและสารเสพติดเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองส่วน mesocortical pathway ที่ควบคุมกระบวนการคิดและการบริหารจัดการ รวมถึงสมองส่วน ventromedial ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ หากร่างกายได้รับยาและสารเสพติดต่อเนื่องกันเป็นเวลานานสมองจะพยายามปรับสมดุลโดยลดการหลั่งของโดปามีนส่งผลให้เกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment) ด้านต่าง ๆ¹⁴ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Darke และคณะ (2012)¹⁹ ที่พบว่า ภาวะการรู้คิดในกลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เคยใช้สารเสพติดแต่หยุดเสพนาน 3 - 6 เดือนไม่มีความแตกต่างกัน และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเสพติดที่ได้รับเมทาโดนทดแทนมีความบกพร่องในการรู้คิดทุกด้าน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลภาวะการรู้คิดรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิดรายด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยเสพติดโอปิออยด์ทั้งสองกลุ่มเป็นกลุ่มที่ได้รับสารเสพติดเช่นกัน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำแต่กลุ่มนี้ยังคงได้รับสารทดแทนคือ เมทาโดน ซึ่งออกฤทธิ์เช่นเดียวกับสารกลุ่มโอปิออยด์ แต่สามารถขับออกจากร่างกายได้รวดเร็วกว่าจึงอาจส่งผลกระทบต่อสมองน้อยกว่ากลุ่มที่กลับไปใช้โอปิออยด์ซ้ำซึ่งมีการเสพสารทั้งสองชนิดร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของ Baldacchino และคณะ (2017)²⁰ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วย

เสพติดสารโอปิออยด์ที่หยุดเสพและเข้ารับการรักษาด้วย เมทาโดนระยะยาวมีความบกพร่องทางการรู้คิดในด้าน working memory, attention, cognitive flexibility เช่นกัน

ในส่วนการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะ การรู้คิดจากแบบประเมิน MoCA พบว่า ผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่ม โอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในกลุ่มที่ไม่ ใช้โอปิออยด์ซ้ำที่มีช่วงอายุ 20 - 29 ปี มีคะแนนเฉลี่ยภาวะ การรู้คิดมากกว่ากลุ่มที่เสพติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p = .04$) โดยพบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ย (mean $\pm$ SD = 26.06 $\pm$ 2.46) ซึ่งเป็นคะแนนที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในขณะที่กลุ่มที่กลับไปใช้โอปิออยด์ซ้ำ มีคะแนน เฉลี่ย (mean $\pm$ SD = 24.65 $\pm$ 2.15) (มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรูเบอร์และคณะ (2007)²¹ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่หยุดใช้โอปิออยด์ แต่ได้รับเมทาโดนทดแทน นาน 2 เดือน เมื่อประเมินภาวะความรู้คิดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมี ระดับภาวะการรู้คิดดีขึ้น จากผลการศึกษาครั้งนี้ยังระบุว่าใน ผู้ป่วยที่อายุ 20 - 29 ปี หากใช้เมทาโดนร่วมกับการใช้โอปิออยด์ ซ้ำจะพบภาวะบกพร่องทางการรู้คิดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้สาร โอปิออยด์ซ้ำ ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษาที่พบว่า โอปิออยด์ และเมทาโดนต่างมีผลทำให้เกิดภาวะความรู้คิดบกพร่องใน ผู้ที่ใช้สารทั้งสองชนิดได้ ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีภาวะความรู้คิดพร่อง จะส่งกระทบต่อผลการรักษาก็คือ ผู้ป่วยเสพติดกลุ่มนี้มักมี แนวโน้มไม่มารักษาต่อเนื่องและกลับไปเสพติดซ้ำสูง²²⁻²⁴

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะการ รู้คิดในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วย เมทาโดนระยะยาวที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ และกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ ซ้ำ พบว่า ปัจจัยด้านอายุในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่กลับไปใช้ซ้ำมีความ สัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ร้อยละ 57.5 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่กลับไปใช้ซ้ำมีภาวะบกพร่อง ทางการรู้คิด ร้อยละ 59.5 ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ผู้ป่วยที่ไม่กลับไปใช้ซ้ำที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่ม ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 20 - 29 ปี ซึ่งเมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้นเซลล์สมองจะมี ความเสื่อมถอยตามธรรมชาติสอดคล้องกับการศึกษาของ Motazedian และคณะ (2021)¹⁷ ที่พบว่า เมื่อบุคคลอายุมาก ขึ้นอาจมีผลต่อภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในบางด้านได้ แต่ใน ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยเสพติดที่กลับไปใช้ซ้ำที่มีอายุเพียง 20 - 29 ปี กลับพบภาวะบกพร่องทางการรู้คิดสูงถึงร้อยละ 45.0 อธิบาย ได้จากการศึกษาของ Li และคณะ (2016)²⁵ ที่พบว่าการใช้ เมทาโดนระยะยาวทำให้เกิดความเสียหายของสมองส่วน white matter ซึ่งเป็นเนื้อสมองสีขาว มีหน้าที่ช่วยส่งสัญญาณ กระแสประสาทออกจากเซลล์ประสาท หากเนื้อสมองสีขาว

เกิดความเสียหายจะทำให้การส่งสัญญาณต่าง ๆ ในสมองผิด ปกติส่งผลให้เกิดการถดถอยด้าน executive function โดย ผู้ป่วยที่ได้รับเมทาโดนทดแทนแล้วและยังใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ รวมด้วยจึงส่งผลให้เนื้อสมองทั้งสีเทาและสีขาว (white and gray matter) เสียหาย ทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ Donovan และคณะ (2001)²² ที่ สนับสนุนว่า โอปิออยด์และเมทาโดนต่างส่งผลทำให้เกิดภาวะ บกพร่องทางการรู้คิดได้

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความ สัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดของผู้ป่วย เสพติดทั้ง สองกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (สถานภาพ สมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้) ข้อมูลการเสพติด (ชนิดของโอปิออยด์ที่ใช้ วิธีการใช้สาร จำนวนที่เสพ ระยะ เวลาการเสพติด ปริมาณเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน ฯลฯ) และ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่เป็นไปตามการศึกษาของ Y Wang และ คณะ (2013)¹¹ ที่พบว่าความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ใช้ เมทาโดนระยะยาวทดแทนมีความสัมพันธ์กับปริมาณเมทาโดน ที่ได้รับมากกว่า 60 มิลลิกรัมต่อวัน โดยรายงานวิจัยระบุว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับเมทาโดนทดแทนมากกว่า 60 mg/วัน จะ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางการรู้คิด ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาตั้งแต่ปี 2000 จนถึงปัจจุบัน^{14-18, 21-22} ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ ได้รับเมทาโดนระยะยาวในปริมาณมากจะส่งผลกระทบต่อ การทำงานของสมอง และมีผลต่อภาวะบกพร่องทางการรู้คิดใน ส่วน psychomotor speed, working memory, decision making meta memory, process speed, visuo-spatial attention และ cognitive flexibility แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความรู้คิดบกพร่องของผู้ป่วย เสพติดทั้งสองกลุ่มกับปริมาณเมทาโดนที่ได้ผู้ป่วยได้รับต่อวัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับเมทาโดนทดแทนเฉลี่ย ไม่เกิน 60 mg/วัน (กลุ่มผู้ป่วยที่เสพติดซ้ำได้รับเมทาโดนเฉลี่ย ต่อวัน = 39.4 $\pm$ 15.47 mg. และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เสพติดซ้ำได้ รับเมทาโดนเฉลี่ยต่อวัน = 33.23 $\pm$ 14.28 mg.) จึงไม่ส่งผล กระทั่งต่อสมองจนมีผลให้เกิดภาวะบกพร่องทางการรู้คิดมากนัก

ข้อจำกัดในการวิจัย

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ทีมบำบัดทราบว่า ผู้ป่วยเสพติดทั้งสองกลุ่มมีความบกพร่องทางการรู้คิด นับเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทำให้แพทย์และทีมผู้รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยเสพติดที่เข้ารับการรักษา ณ Harm Reduction Center สบยช. ต้องวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมองด้วยการ เพิ่มกิจกรรมการฟื้นฟูภาวะการรู้คิด (cognitive training) และพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดให้สอดคล้องกับบริบท ของผู้ป่วยเสพติดแต่ละราย ทั้งนี้จากข้อมูลพื้นฐานยัง

พบว่า ผู้ป่วยเสพติดทั้งสองกลุ่มมีภาวะซึมเศร้า จึงควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเหมาะสมตามภาวะของโรคซึ่งจะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ สบยช. เท่านั้น ทั้งนี้หากจะทำการศึกษาในลักษณะเดียวกัน ควรดำเนินการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทั้ง สบยช. และโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ อีก 6 แห่ง เพื่อผลการศึกษาคงสะท้อนภาพของผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ของประเทศได้

สรุป

การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของภาวะการรู้คิดในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวในกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำและกลุ่มที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวที่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ และกลุ่มที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำ คือ ปัจจัยด้านอายุ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้โอปิออยด์ซ้ำที่มีอายุ 20 - 29 ปี มีความสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิดมากกว่ากลุ่มที่เสพติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัย

อื่น ๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิดมากกว่ากลุ่มที่เสพติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมการฟื้นฟูภาวะการรู้คิด (cognitive training) ในผู้ป่วยเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาภาวะการรู้คิด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเสพติดให้สามารถลด ละหรือเลิกยาเสพติดได้อย่างจริงจัง ช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา ผู้อำนวยการ สบยช. ที่สนับสนุนการศึกษานี้ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยอาจารย์ที่ปรึกษาที่ตรวจสอบความถูกต้องของงานวิจัย รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือจนการศึกษานี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Alexander K, Pogorzelska - Maziarz M, Gerolamo A, Hassen N, Kelly EL, Rising KL, et al. The impact of COVID - 19 on healthcare delivery for people who use opioids: a scoping review. Subst Abuse Treat Prev Policy 2021;16(1):1 - 10.
2. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. Lancet Glob Health 2017;5(12):e1192 - e207.
3. New Policy And Planning Bureau. Protective performance and solve drug problems during the fiscal year 1998 - 2000 (October 1997 - September 2000). Bangkok : Office of the Narcotics Control Board; 2020.
4. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva : World Health Organization; 2009.
5. Nosyk B, Li L, Evans E, Urada D, Huang D, Wood E, et al. Utilization and outcomes of detoxification and maintenance treatment for opioid dependence in publicly - funded facilities in California, USA: 1991 - 2012. Drug Alcohol Depend 2014;143:149 - 57.
6. Ball JC, Lange WR, Myers CP, Friedman SR, Behavior S. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. J Health Soc Behav 1988;29(3):214 - 26.
7. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta - analysis. Addiction 1998;93(4):515 - 32.
8. Bell J, Hall W, Byth K. Changes in criminal activity after entering methadone maintenance. Br J Addict 1992;87(2): 251 - 8.

9. Gibson DR, Flynn NM, McCarthy JJ. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999;13(14):1807 - 18.
10. Order of the Land Forces Center Overcome the National Drug Abuse No. 19/2556 regarding the Action Plan of the Land Force to Defeat Drugs in 2014 [internet]. Bangkok : Narcotics Control Management Center, Ministry of Public Health; 2014 [cited 2022 Jan 22]. Available from: http://www.yasothon.go.th/web/Yaso_files/images/Zoneya/Master07.pdf.
11. Wang GY, Woudes TA, Russell BR. Methadone maintenance treatment and cognitive function: a systematic review. *Curr Drug Abuse Rev* 2013;6(3):220 - 30.
12. Patrakorn A, Sumranthiawan W, Boonchaipanitwatthana S, Lapinee T, Ngamkhajornwivat A, Ukranan W, et al. Standard treatment of methadone maintenance treatment in Thailand. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2015.
13. Baldacchino A, Balfour DJ, Matthews K. Impulsivity and opioid drugs: differential effects of heroin, methadone and prescribed analgesic medication. *Psychol Med* 2015;45(6):1167 - 79.
14. Mintzer MZ, Copersino ML, Stitzer ML. Dependence A. Opioid abuse and cognitive performance. *Drug Alcohol Depend* 2005;78(2):225 - 30.
15. Mazhari S, Keshvari Z, Sabahi A, Mottaghian S. Assessment of cognitive functions in methadone maintenance patients. *Addict Health* 2015;7(3-4):109 - 16.
16. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev* 2013;33(8):1010 - 24.
17. Motazedian S, Solat N, Banihashem SS, Kheradmand A, Mohammadi SD, Chalakinia N. Cognitive function in methadone maintenance patients compared with abstinent opioid users. *J Addict Dis* 2021;39(4):537 - 44.
18. Miller AK, Alston RL, Corsellis JA. Variation with age in the volumes of grey and white matter in the cerebral hemispheres of man: measurements with an image analyser. *Neuropathol Appl Neurobiol* 1980;6(2):119 - 32.
19. Darke S, McDonald S, Kaye S, Torok M. Comparative patterns of cognitive performance amongst opioid maintenance patients, abstinent opioid users and non-opioid users. *Drug Alcohol Depend* 2012;126(3):309 - 15.
20. Baldacchino A, Armanyous M, Balfour DJ, Humphris G, Matthews K. Neuropsychological functioning and chronic methadone use: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 73:23 - 38.
21. Gruber SA, Marisa MS, Yurgelun-Todd DA. Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychol Rev* 2007;17(3):299 - 315.
22. Donovan DM, Kivlahan DR, Kadden RM, Hill D. Cognitive impairment as a client treatment matching hypothesis. In: Longabaugh R, Wirtz PW, editors. Project MATCH hypotheses: results and causal chain analyses. Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2001, p. 62 - 81
23. Teichner G, Horner MD, Roitzsch JC, Herron J, Thevos A. Substance abuse treatment outcomes for cognitively impaired and intact outpatients. *Addict Behav* 2002;27(5):751 - 63.
24. Severtson SG, von Thomsen S, Hedden SL, Latimer W. The association between executive functioning and motivation to enter treatment among regular users of heroin and/or cocaine in Baltimore, MD. *Addict Behav* 2010;35(7):717 - 20.
25. Li W, Li Q, Wang Y, Zhu J, Ye J, Yan X, et al. Methadone-induced damage to white matter integrity in methadone maintenance patients: a longitudinal self-control DTI study. *Sci Rep* 2016;6:19662.