

การศึกษาความชุกของกลุ่มอาการร่วมทางจิตเวช และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้เสพติดกระท่อมใน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ธวัชรรัตน์ ชยานันตพัฒน์ พ.บ.

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของโรคและกลุ่มอาการร่วมทางจิตเวช และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการในผู้เสพติดกระท่อม

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชทะเบียนจิตเวช ในผู้ป่วยที่มีรักษาแบบผู้ป่วยนอกและมีประวัติการใช้พืชกระท่อม ณ กลุ่มงานจิตเวช ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการร่วมทางจิตเวชด้วย Chi-square

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 232 คน เป็นเพศชาย 227 คน ร้อยละ 97.8 อายุเฉลี่ย 19.95 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 91.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 87.9 มีพฤติกรรมเสพติดพืชกระท่อมแบบดื่มน้ำต้มใบ ร้อยละ 91.9 ระยะเวลาการเสพยาอยู่ในช่วง 1 ปี – 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 84.4 เสพบ่อยที่สุด 5-7 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 38.4) ไม่เคยมีประวัติการใช้สารอื่นๆ (ร้อยละ 96.1) และมีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 54.3 ไม่พบการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช ร้อยละ 62.5 จากแบบประเมินตัวเองพบอาการหงุดหงิดและนอนไม่หลับในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 25.4 และ 18.2 ตามลำดับ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความถี่และระยะเวลาของการเสพมีความสัมพันธ์กับอาการร่วมทางจิตเวช 7 อาการ ยกเว้นระยะเวลาไม่สัมพันธ์กับหูแว่ว ส่วนวิธีการใช้และประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ไม่มีอาการร่วมทางจิตเวช

สรุป: ในการศึกษาพบการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช คือ กลุ่มโรคจิตจากการใช้สารเสพติด (กระท่อม) ร้อยละ 33.6 และกลุ่มอาการร่วมทางจิตเวชทั้ง 7 อาการ สัมพันธ์กับระยะเวลาในการเสพมากที่สุด และสัมพันธ์กับความถี่ในระดับรองลงมา

คำสำคัญ: กระท่อม ปัจจัยเกี่ยวข้อง โรคร่วม อาการร่วมทางจิตเวช

Prevalence of comorbid psychiatric manifestations and related factors of Kratom used among patients in Vachira phuket Hospital

Thawanrat Chayaanantapat, M.D.

Psychiatry and Drugs Division, Vachira phuket Hospital

Abstract

Objectives: To study the prevalence of comorbid psychiatric disorder and symptoms as well as its associated factors of addicted Kratom patients.

Methods: A retrospective descriptive study on addicted Kratom patients who had been treated at Psychiatric Department from the year 2016 to 2018. The relationship between characteristics of Kratom consumption and psychiatric problems was analyzed by Chi-square.

Results: Out of 232 sample groups, 227 samples were male with an average age of 19.95 years. They were single. Their education level was lower than secondary school. They preferred drinking Kratom leaves to others. The most frequent duration of Kratom use was 1-5 years (84.4%). The most Kratom addictions frequency was 5-7 days per week (38.4%). 96.1% have never used other substance used. And 54.3% have a family history of psychiatric disorders. 62.5% have no diagnosis of comorbid psychiatric disorder. Regarding to self-assessment, there was 25.4% in irritability and 18.2% of insomnia. An analysis of relevant factors showed that frequency and duration of addiction were associated with 7 co-psychiatric symptoms except unrelating between duration and auditory hallucination.

Conclusion: The comorbid psychiatric disorder was found from this study; Kratom induced psychosis 33.6% and the comorbid psychiatric manifestations are related to the duration and the frequency of addiction respectively.

Keywords: Comorbid psychiatric problems, Comorbid psychiatric symptoms, Kratom, Related factors

บทนำ

กระท่อม (Kratom) มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Mitragyna speciosa* Korth อยู่ในวงศ์ Rubiaceae กระท่อมเป็นพืชที่มีการกระจายในประเทศแถบแอฟริกาใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบมีการใช้อย่างแพร่หลายในตอนเหนือของประเทศมาเลเซียและภาคใต้ของประเทศไทย เนื่องจากเป็นพืชท้องถิ่นที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ในอดีตใช้ใบกระท่อมเป็นยาเพื่อบรรเทาอาการป่วย เช่น อาการไอ ปวดท้อง ท้องร่วง ปวดฟัน หรือใช้รักษาโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในวัยทำงานใช้เพื่อลดอาการปวดเมื่อย อาการเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทนแดด และช่วยให้ทนต่อการทำงานหนักได้ดี รวมถึงนำมาช่วยลดอาการติดยาเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ ปัจจุบันพบการใช้ในกลุ่มวัยรุ่นมากขึ้นโดยนำน้ำต้มใบกระท่อมผสมกับโค้ก และยาแก้ไอ หรือสารอื่นๆ ซึ่งรู้จักกันในชื่อสี่คูณร้อย^{1,2} ในทวีปอเมริกาและยุโรปเริ่มมีการใช้อย่างแพร่หลายขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาจากการซื้อขายทางอินเทอร์เน็ต บางประเทศสามารถใช้ได้อย่างถูกกฎหมาย บางประเทศถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มของสารควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ ส่วนใหญ่ใช้กระท่อมแบบแปรรูป เป็นอาหารเสริม สมุนไพรและการแพทย์ทางเลือก โดยประโยชน์เพื่อคลายเครียด ทำให้อารมณ์ดี เพิ่มกำลังในการทำงาน และทดแทนหรือลดอาการถอนการติดยาเสพติด^{3,4} ประเทศไทยพืชกระท่อมถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มสารเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 แต่อยู่ระหว่างการร่างวาระเพื่อถอดถอนพืชกระท่อมออกจากยาเสพติดให้โทษประเภท 5 และจัดเป็นสารควบคุมในฐานวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท⁵

จากการศึกษาพืชกระท่อมประกอบด้วยสารอัลคาลอยด์มากกว่า 25 ชนิด โดยมี Mitragynine และ 7-hydroxy mitragynine เป็นสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ ซึ่งสารดังกล่าวมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยออกฤทธิ์แบบกระตุ้นเมื่อใช้ในปริมาณน้อย และฤทธิ์กดประสาทเมื่อใช้ในปริมาณมาก และส่งผลทางด้านร่างกายในหลายระบบ อาทิ เป็นพืชต่อต้าน อาการชัก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลต่อฮอร์โมนไทรอยด์ และความจำ เป็นต้น^{6,7,8} ผลของพืชกระท่อมยังมีข้อมูลการศึกษาที่เป็นข้อโต้แย้งระหว่างโทษและประโยชน์ ในแง่ของประโยชน์นำมาใช้ลดอาการซึมเศร้าหรือคลายกังวล จากฤทธิ์ของกระท่อมมีผลทำให้อารมณ์ดี และสามารถลดความเครียดได้ ตลอดจนนำมาทดแทนการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ด้วยคุณสมบัติที่ออกฤทธิ์กับระบบประสาทคล้ายกับกลุ่มโอปิออยด์และไม่มีผลต่อระบบการหายใจ แต่มีรายงานผลกระทบบต่อร่างกายจากข้อมูลที่กำลังขัดแย้ง⁴

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้พืชกระท่อมยังไม่พบหลักฐานสนับสนุนที่แน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของ Mohammad Farris Iman Leong Bin Abdullah และคณะ พบความชุกของอาการจิตในผู้เสพพืชกระท่อม จำนวน 6 ราย จากการศึกษาทั้งหมด 150 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตและวิธีการ ระยะเวลา ปริมาณ และความถี่ของการเสพพืชกระท่อม⁹ แต่พบอาการถอนพืชกระท่อมจากการศึกษาของ Darshan Singh และคณะ ในผู้เสพพืชกระท่อมจำนวน 293 คน ในภูมิภาคทางตอนเหนือของมาเลเซีย โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรที่ศึกษาเป็นผู้เสพติดพืชกระท่อมในระดับรุนแรงและปานกลาง และระยะเวลาของการใช้มีผลต่อ

อาการถอนพิษกระท่อม ที่ประกอบไปด้วยอาการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อกระตุก ร้อนวูบวาบ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีน้ำมูกไหล และอาการทางด้านจิตใจ เช่น อารมณ์ไม่คงที่ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของอมรรัตน์ ในการรักษาผู้เสพยาพิษกระท่อมแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 137 คน พบระยะเวลาเสพติดสัมพันธ์กับอาการถอนกระท่อมและเป็นอุปสรรคต่อการเลิกเสพยา^{10,11} ร่วมกับจากการศึกษาของสมฤดี พบรายงานอาการทางจิต ได้แก่ หนูแว่ว ภาพหลอน พุดคนเดียว ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถานบำบัดรักษา¹²

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต มีผู้เข้ารับคำปรึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเรื่องกระท่อมใน 2 ช่องทาง คือ กลุ่มแรกถูกส่งมาเลิกกระท่อมในระบบบำบัดยาเสพติดทั้งแบบสมัครใจและบังคับบำบัด พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคร่วมทางจิตเวช แต่ในกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ญาติและครอบครัวพามาปรึกษาและขอรับการรักษาด้วยอาการผิดปกติ กลับพบปัญหาอาการทางจิตเวชและโรคทางจิตเวชร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้ใช้กระท่อม เพื่อนำองค์ความรู้ต่อยอดในการวางแผนเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้กระท่อมและมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยเข้ารับการรักษา การบำบัดยาเสพติดในระบบสมัครใจ และบังคับบำบัด ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 โดยใช้ฐานข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในการสืบค้นรายชื่อผู้ที่ได้รับการลงรหัสวินิจฉัยโรค Substance use disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 คือ F19.1 Other psychoactive substance (Kratom) abuse disorder และ F19.2 Other psychoactive substance (Kratom) dependence disorder (inclusion criteria) และต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยการใช้สารเสพติดอื่นในรหัส F10-F18 (exclusion criteria) โดยเก็บข้อมูลทุกรายที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 232 คน

จากนั้นผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา พฤติกรรมการเสพยาพิษกระท่อม ได้แก่ วิธีการใช้ ปริมาณ ระยะเวลา ความถี่ของการเสพยา ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ ร่วมในอดีต และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ในครอบครัว โรคร่วมกลุ่มอื่นทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ดูแล และเก็บข้อมูลจากอาการร่วมทางจิตเวช 7 อาการ ที่กลุ่มตัวอย่างประเมินตัวเอง (ผู้วิจัยได้จำแนกเป็น 3 กลุ่มอาการย่อย คือ อาการทางจิต อาการทางด้านอารมณ์ และกลุ่มอาการอื่นๆ) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผ่านการพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่ VPH REC 015/2018

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Pearson's Chi square วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มอาการร่วมทางจิตเวช และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ค่า Contingency เพิ่มเติม

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 232 คน มาบำบัดในระบบสมัครใจร้อยละ 38.4 ระบบบังคับบำบัดร้อยละ 35.7 และเข้ารับการรักษานอกจากนี้ โดยญาติและครอบครัวร้อยละ 25.9 ตามลำดับ จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปของประชากรดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย 227 คน ร้อยละ 97.8 อายุเฉลี่ย 19.95 ปี อายุน้อยสุด 12 ปี และอายุมากที่สุด 48 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น อายุ 12 – 18 ปี ร้อยละ 65.5 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 91.4 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 83.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	227 (97.8)
หญิง	5 (2.2)
อายุ	
12 – 18 ปี (วัยรุ่น)	152 (65.5)
19 – 59 ปี (วัยแรงงาน)	80 (34.5)
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	19.95±6.19
สถานภาพ	
โสด	212 (91.4)
สมรส	18 (7.7)
หย่าร้าง	2 (0.9)
การศึกษา	
ไม่ระบุ	11 (4.8)
ประถมศึกษา	50 (21.5)
มัธยมศึกษา	143 (61.6)
ปริญญาตรี	28 (12.1)

กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการและปริมาณการเสพพืชกระท่อมแตกต่างกัน โดยจำแนกได้ 2 แบบ คือ ใช้ใบเคี้ยว ร้อยละ 8.1 ใช้แบบต้มน้ำดื่มใบกระท่อม ร้อยละ 91.9 โดยในแบบใช้น้ำดื่มใบกระท่อมยังมีการใช้หน่วยวัดที่หลากหลาย อาทิ แก้ว ขวด ลิตร และหม้อ

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเสพพืชกระท่อมอยู่ในช่วง 1 ปี-น้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 84.4 โดยระยะเวลาในการเสพสูงสุด 13 ปี และต่ำสุดไม่ถึงหนึ่งเดือน ความถี่ของการเสพ 5-7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 38.4 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติทดลองใช้สารอื่นๆ รวมในอดีต ร้อยละ 96.1 และมีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 54.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการเสพและประวัติเสี่ยงในกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติ	จำนวน (ร้อยละ)
วิธีการใช้ n = 185	
แบบใบ (เคี้ยว)	15 (8.1)
แบบน้ำ (ดื่ม)	170 (91.9)
ความถี่ (วัน/สัปดาห์) n=224	
1-2	66 (29.5)
3-4	72 (32.1)
5-7	86 (38.4)
ระยะเวลา (ปี) n=224	
< 1	9 (4.0)
1-5	189 (84.4)
>5	26 (11.6)
ประวัติเคยทดลองใช้สารอื่นร่วม n=232	
ไม่มี	223 (96)
มี	9 (13.9)
ประวัติครอบครัว n=232	
ไม่มี	106 (45.7)
มี	126 (54.3)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีระบุการวินิจฉัยโรคร่วมอื่นๆ ร้อยละ 62.5 รองลงมาพบการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิตตามรหัส F19.7 ร้อยละ 19.8 และรหัส F19.5 ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ

จากการประเมินอาการร่วมทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง 7 อาการย่อย ตาม 5 ระดับความรุนแรงของอาการที่พบจากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พบกลุ่มอาการทางจิต หูแว่ว ภาพหลอน และ

หวาตระแวง แต่พบกลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ ส่วนใหญ่มีอาการหงุดหงิดในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.4 และอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอาการทางจิตเวช (n = 232)

กลุ่มอาการ	ไม่มีอาการ		มีอาการ			
	จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
หูแว่ว	178 (76.7)	22 (9.5)	8 (3.4)	19 (8.2)	2 (0.9)	3 (1.3)
ภาพหลอน	208 (89.6)	15 (6.5)	1 (0.4)	3 (1.3)	5 (2.2)	0
หวาตระแวง	199 (85.7)	17 (7.3)	3 (1.3)	5 (2.2)	5 (2.2)	3 (1.3)
หงุดหงิด	64 (27.6)	40 (17.2)	43 (18.5)	59 (25.4)	15 (6.5)	11 (4.8)
กลัว	199 (85.8)	17 (7.3)	3 (1.3)	7 (3.0)	3 (1.3)	3 (1.3)
นอนไม่หลับ	98 (42.2)	32 (13.8)	24 (10.3)	42 (18.2)	28 (12.1)	8 (3.4)
เบื่ออาหาร	138 (59.5)	25 (10.8)	27 (11.6)	27 (11.6)	13 (5.6)	2 (0.9)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับอาการ ภาพหลอน หวาตระแวง และอาการกลัว อายุสัมพันธ์กับอาการหวาตระแวง อารมณ์หงุดหงิด นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร สถานภาพสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางจิต อาการกลัว และอาการนอนไม่หลับ และระดับการศึกษาสัมพันธ์กับอาการหูแว่ว และอาการกลัว

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเสพติดกระท่อมพบว่า วิธีการใช้ในรูปแบบเคี้ยวใบและน้ำต้มใบพืชกระท่อมไม่สัมพันธ์กับอาการร่วมทางจิตเวช ส่วนความถี่ของการใช้สัมพันธ์กับอาการร่วมทางจิตเวชทั้ง 7 อาการ ระยะเวลาที่ใช้พืชกระท่อมสัมพันธ์กับอาการร่วมทางจิตเวชเช่นกัน ยกเว้นอาการหูแว่ว ประวัติเคยใช้สารอื่นร่วมสัมพันธ์กับอาการหวาตระแวง ภาพหลอน กลัว และนอนไม่หลับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างประวัติอาการทางจิตเวชในครอบครัวกับอาการร่วมทางจิตเวชข้างต้น ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับกลุ่มอาการร่วมทางจิตเวช

ปัจจัย	กลุ่มอาการทางจิต								
	หูแว่ว			ภาพหลอน			หวาดระแวง		
	มีอาการ	ไม่มีอาการ	Sig.	มีอาการ	ไม่มีอาการ	Sig.	มีอาการ	ไม่มีอาการ	Sig.
เพศ									
ชาย	51 (22.0)	176 (75.9)	0.084	21 (9.1)	206 (88.8)	0.01	30 (12.9)	197 (84.9)	0.022
หญิง	3 (1.3)	2 (0.9)		3 (1.3)	2 (0.9)		3 (1.3)	2 (0.9)	
กลุ่มอายุ									
12-18 ปี	31 (13.4)	121 (52.2)	0.152	12 (5.2)	140 (60.3)	0.09	14 (6.0)	138 (59.5)	0.003
19-59 ปี	23 (9.9)	57 (24.6)		12 (5.2)	68 (29.3)		19 (8.2)	61 (26.3)	
สถานภาพ									
โสด	45 (19.4)	167 (72.0)	0.016	18 (7.8)	194 (83.6)	0.00	25 (10.8)	187 (80.6)	0.001
สมรส	9 (3.9)	9 (3.9)		6 (2.6)	12 (5.2)		8 (3.4)	10 (4.3)	
หย่าร้าง	0 (0.0)	2 (0.9)		0 (0.0)	2 (0.9)		0 (0.0)	2 (0.9)	
ระดับการศึกษา									
ปริญญาตรี	6 (2.7)	22 (10.0)	0.034	3 (1.4)	25 (11.3)	0.44	5 (2.3)	23 (10.4)	0.214
มัธยม	40 (18.1)	103 (46.6)		18 (8.1)	125 (56.6)		21 (9.5)	122 (55.2)	
ประถม	5 (2.3)	45 (20.4)		3 (1.4)	47 (21.3)		3 (1.4)	47 (21.3)	
วิธีการใช้									
แบบใบ	1 (0.5)	14 (7.6)	0.478	1 (0.5)	14 (7.6)	1.000	3 (1.6)	12 (6.5)	0.419
แบบน้ำ	32 (17.3)	138 (74.6)		19 (10.3)	151 (81.6)		21 (11.4)	149 (80.5)	
ระยะเวลาในการเสพ									
ต่ำกว่า 1 ปี	14 (6.3)	75 (33.5)	0.125	0 (0.0)	89 (39.7)	0.00	0 (0.0)	89 (39.7)	0.00
1-5 ปี	30 (13.4)	79 (35.3)		20 (8.9)	89 (39.7)		24 (10.7)	85 (37.9)	
> 5 ปีขึ้นไป	7 (3.1)	19 (8.5)		4 (1.8)	22 (9.8)		9 (4.0)	17 (7.6)	
ความถี่ในการเสพ(ครั้ง/วัน)									
1-2	10 (4.5)	56 (25.0)	0.044	2 (0.9)	64 (28.6)	0.00	5 (2.2)	61 (27.2)	0.001
3-4	14 (6.3)	58 (25.9)		4 (1.8)	68 (30.4)		6 (2.7)	66 (29.5)	
5-7	27 (12.1)	59 (26.3)		18 (8.0)	68 (30.4)		22 (9.8)	64 (28.6)	
ประวัติครอบครัว									
มี	0 (0.0)	9 (3.9)	0.088	0 (0.0)	9 (3.9)	0.37	3 (1.3)	30 (12.9)	0.121
ไม่มี	54 (23.3)	169 (72.8)		24 (10.3)	199 (85.8)		6 (2.6)	193 (83.2)	
สารอื่นๆร่วม									
ใช้	33 (14.2)	93 (40.1)	0.252	1 (0.4)	103 (44.4)	0.00	28 (12.1)	98 (42.2)	0.00
ไม่ใช้	21 (9.1)	85 (36.6)		23 (9.9)	105 (45.3)		5 (2.2)	101 (43.5)	

ปัจจัย	กลุ่มอาการทางอารมณ์					
	หงุดหงิด			กลัว		
	มีอาการ	ไม่มีอาการ	Sig.	มีอาการ	ไม่มีอาการ	Sig.
เพศ						
ชาย	163 (70.3)	64 (27.6)	0.326	30 (12.9)	197 (84.9)	0.022
หญิง	5 (2.2)	0 (0.0)		3 (1.3)	2 (0.9)	
กลุ่มอายุ						
12-18 ปี	102 (44.0)	50 (21.6)	0.013	17 (7.3)	135 (58.2)	0.068
19-59 ปี	66 (28.4)	14 (6.0)		16 (6.9)	64 (27.6)	
สถานภาพ						
โสด	150 (64.7)	62 (26.7)	0.174	25 (10.8)	187 (80.6)	0.001
สมรส	16 (6.9)	2 (0.9)		8 (3.4)	10 (4.3)	
หย่าร้าง	2 (0.9)	0 (0.0)		0 (0.0)	2 (0.9)	
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรี	24 (10.9)	4 (1.8)	0.075	2 (0.9)	26 (11.8)	0.091
มัธยม	96 (43.4)	47 (21.3)		24 (10.9)	119 (53.8)	
ประถม	39 (17.6)	11 (5.0)		3 (1.4)	47 (21.3)	
วิธีการใช้						
แบบใบ	14 (7.6)	1 (0.5)	0.072	3 (1.6)	12 (6.5)	0.463
แบบน้ำ	120 (64.9)	50 (27.0)		24 (13.0)	146 (78.9)	
ระยะเวลาในการเสพ						
ต่ำกว่า 1 ปี	50 (22.3)	39 (17.4)	0.00	0 (0.0)	89 (39.7)	0.00
1-5 ปี	90 (40.2)	19 (8.5)		24 (10.7)	85 (37.9)	
> 5 ปีขึ้นไป	26 (11.6)	0 (0.0)		9 (4.0)	17 (7.6)	
ความถี่ในการเสพ(ครั้ง/วัน)						
1-2	36 (16.1)	30 (13.4)	0.00	5 (2.2)	61 (27.2)	0.001
3-4	52 (23.2)	20 (8.9)		6 (2.7)	66 (29.5)	
5-7	78 (34.8)	8 (3.6)		22 (9.8)	64 (28.6)	
ประวัติครอบครัว						
มี	6 (2.6)	162 (69.8)	0.710	3 (1.3)	6 (2.6)	0.121
ไม่มี	3 (1.3)	61 (26.3)		30 (12.9)	193 (83.2)	
สารอื่นๆร่วม						
ใช้	97 (41.8)	29 (12.5)	0.089	28 (12.1)	98 (42.2)	0.00
ไม่ใช้	71 (30.6)	35 (15.1)		5 (2.2)	101 (43.5)	

ปัจจัย	กลุ่มอาการอื่นๆ					
	นอนไม่หลับ			เบื่ออาหาร		
	มีอาการ	ไม่มีอาการ	Sig.	มีอาการ	ไม่มีอาการ	Sig.
เพศ						
ชาย	131 (56.5)	96 (41.4)	1.00	91 (39.2)	136 (58.6)	0.397
หญิง	3 (1.3)	2 (0.9)		3 (1.3)	2 (0.9)	
กลุ่มอายุ						
12-18 ปี	74 (31.9)	78 (33.6)	0.00	52 (22.4)	100 (43.1)	0.007
19-59 ปี	60 (25.9)	20 (8.6)		42 (18.1)	38 (16.4)	
สถานภาพ						
โสด	116 (50.0)	96 (41.4)	0.009	83 (35.8)	129 (55.6)	0.096
สมรส	16 (6.9)	2 (0.9)		11 (4.7)	7 (3.0)	
หย่าร้าง	2 (0.9)	0 (0.0)		0 (0.0)	2 (0.9)	
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรี	20 (9.0)	8 (3.6)	0.271	16 (7.2)	12 (5.4)	0.093
มัธยม	80 (36.2)	63 (28.5)		57 (25.8)	86 (38.9)	
ประถม	27 (12.2)	23 (10.4)		16 (7.2)	34 (15.4)	
วิธีการใช้						
แบบใบ	7 (3.8)	8 (4.3)	0.791	4 (2.2)	11 (5.9)	0.632
แบบน้ำ	88 (47.6)	82 (44.3)		62 (33.5)	108 (58.4)	
ระยะเวลาในการเสพ						
ต่ำกว่า 1 ปี	36 (16.1)	53 (23.7)	0.00	28 (12.5)	61 (27.2)	0.007
1-5 ปี	66 (29.5)	43 (19.2)		46 (20.5)	63 (28.1)	
> 5 ปีขึ้นไป	26 (11.6)	0 (0.0)		17 (7.6)	9 (4.0)	
ความถี่ในการเสพ(ครั้ง/วัน)						
1-2	22 (9.8)	44 (19.6)	0.00	11 (4.9)	55 (24.6)	0.00
3-4	43 (19.2)	29 (12.9)		29 (12.9)	43 (19.2)	
5-7	63 (28.1)	23 (10.3)		51 (22.8)	35 (15.6)	
ประวัติครอบครัว						
มี	6 (2.6)	3 (1.3)	0.737	6 (2.6)	3 (1.3)	0.164
ไม่มี	128 (55.2)	95 (40.9)		88 (37.9)	135 (58.2)	
สารอื่นๆร่วม						
ใช้	83 (35.8)	43 (18.5)	0.006	57 (24.6)	69 (29.7)	0.110
ไม่ใช้	51 (22.0)	55 (23.7)		37 (15.9)	69 (29.7)	

เมื่อเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้ค่า Contingency พบค่า Contingency ของตัวแปร ดังนี้ อาการหูแว่วมีความสัมพันธ์กับสถานภาพมากกว่าระดับการศึกษาและความถี่ในการเสพ ตามลำดับ (.186 > .173 > .165) อาการภาพหลอนมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเสพและประวัติเคยใช้สารอื่นร่วมในระดับที่เท่ากัน และมากกว่าความถี่ในการเสพ เพศ และสถานภาพ ตามลำดับ (.272 = .272 > .254 > .235 > .215) อาการหวาดระแวงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเสพ มากกว่าสถานภาพ ประวัติการใช้สารอื่นร่วม ความถี่ในการเสพ กลุ่มอายุ และเพศ ตามลำดับ (.334 > .245 > .242 > .235 > .194 > .191) อาการหงุดหงิดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเสพ มากกว่าความถี่ในการเสพ และกลุ่มอายุ ตามลำดับ (.334 > .320 > .162) อาการกลัวมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเสพ มากกว่าสถานภาพ ประวัติการใช้สารอื่นร่วม ความถี่ในการเสพ และเพศ ตามลำดับ (.334 > .245 > .242 > .235 > .191) อาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเสพ มากกว่าความถี่ในการเสพ กลุ่มอายุ สถานภาพ และประวัติการใช้สารอื่นร่วม ตามลำดับ (.334 > .315 > .245 > .197 > .176) และอาการเบื่ออาหารมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการเสพ มากกว่าระยะเวลาในการเสพ และกลุ่มอายุ ตามลำดับ (.334 > .205 > .174)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ของผู้เสพพืชกระท่อมเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 19.95 ปี อยู่ในกลุ่มวัยรุ่น สถานภาพโสด ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา พฤติกรรมการเสพพืชกระท่อมส่วนใหญ่นิยมใช้ในรูปแบบต้มน้ำใบกระท่อม ร้อยละ 91.9 หน่วยวัดปริมาณการใช้มีความหลากหลาย ระยะเวลาในการเสพอยู่ระหว่าง 1-5 ปี และมีความถี่ในการใช้สูงสุดคือใช้ทุกวัน (7 วันต่อสัปดาห์) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติทดลองใช้สารเสพติดอื่นร่วม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของสาวิตรีและคณะ ในปี 2559 พบจำนวนและอัตราการใช้พืชกระท่อมในประชากรชายสูงกว่าหญิงหลายเท่า รวมทั้งนิยมใช้ในรูปแบบของน้ำต้มน้ำใบกระท่อม โดยพบมากในเขตภาคใต้ของไทย แต่กลุ่มอายุจากศึกษาดังกล่าวพบอัตราการใช้สูงสุดในช่วงอายุ 25-44 ปี¹³ การวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุดคือ กลุ่มโรคจิตที่เกิดจากการเสพยาหลายขนาดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น ตามรหัสการวินิจฉัย ICD-10 คือ F19.7 และ F19.5 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.8 และ 13.8 ตามลำดับ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี ที่พบกลุ่มอาการทางจิตจากการใช้พืชกระท่อม ได้แก่ อาการหูแว่ว ภาพหลอน พุดคนเดียว ในผู้ที่มาเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน¹² และสอดคล้องกับการศึกษาของ Leong Bin Abdullah MFI และคณะที่ศึกษาพบอาการโรคจิตในผู้ใช้พืชกระท่อมร้อยละ 4⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบสาเหตุอธิบายการเกิดอาการทางจิตในผู้เสพพืชกระท่อม แต่มีหลักฐานสนับสนุนเรื่องสารอัลคาลอยด์ในกระท่อมกระตุ้นการทำงานของสมองบริเวณนิวเคลียสแอคคัมเบนส์ และสไตรเอตัม ซึ่งอธิบายเรื่องสมองติดยา และการกระตุ้นสารโดปามีนที่มากเกินไปจนสามารถอธิบายการเกิดอาการทางจิตได้เช่นกัน¹⁴ และในการศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่ไม่ระบุรายละเอียด และความผิดปกติทางอารมณ์จากโรคทางกาย ตามรหัสการวินิจฉัย ICD-10 คือ F39 และ F06.3 เป็นอันดับรองลงมา สำหรับกลุ่ม

อาการร่วมทางจิตเวชที่พบในผู้เสพติดฝิ่นกระท่อม มีอาการทางด้านอารมณ์มากที่สุด คือหงุดหงิด ร้อยละ 72.4 ส่วนการนอนไม่หลับ และอาการเบื่ออาหาร เป็นอาการที่พบได้บ่อยรองลงมา ร้อยละ 57.8 และ 40.5 ตามลำดับ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของสมฤดี ที่พบอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 31.4 และความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 20¹² และการศึกษาของอมรรัตน์ พบอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 59.1 เป็นอาการถอนฝิ่นกระท่อมอันดับสอง และเป็นอุปสรรคต่อการเลิกกระท่อม และส่งผลให้กลับไปเสพติด โดยส่วนหนึ่งของสาเหตุการนอนไม่หลับอาจเป็นผลจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ลักษณะการปวดเหมือนเข็มทิ่มที่พบมากที่สุดของการถอนฝิ่นกระท่อมเช่นกัน¹¹ จากการศึกษาข้างต้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดทั้งในระบบสมัครใจและบังคับบำบัดคิดเป็นร้อยละ 38.4 และ 35.8 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่วันที่มารับการประเมินครั้งแรกมีระยะห่างจากการใช้ครั้งสุดท้ายนานกว่า 2 สัปดาห์ จึงทำให้ไม่พบอาการถอนกระท่อมที่รุนแรงจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการประเมิน ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของสาวิตรีและคณะ พบว่าอาการถอนฝิ่นกระท่อมจะเกิดขึ้นนานประมาณ 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน และในรายที่มีการใช้กระท่อมเป็นระยะเวลานาน และปริมาณมาก อาจต้องใช้เวลานานถึง 3 ปี จึงจะสามารถเลิกกระท่อมได้สำเร็จ¹⁵

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ ข้อมูลส่วนบุคคลกับอาการร่วมทางจิตเวชทั้ง 7 อาการ พบเพศมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางจิตและอาการกลัว โดยพบสัดส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่งผลให้มีแนวโน้มพบอาการในเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ เบื่ออาหารและอาการหวาดระแวง ซึ่งพบมากในกลุ่มอายุ 12-18 ปี สอดคล้องกับระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับอาการหูแว่ว และอาการกลัว โดยพบมากที่สุดในระดับชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นช่วงของวัยรุ่น เป็นวัยอยากรู้อยากลอง ติดเพื่อน และปัญหาเรื่องการตัดสินใจ สถานภาพโสดมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางจิต อาการกลัว และอาการนอนไม่หลับ

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเสพติดฝิ่นกระท่อมกับอาการร่วมทางจิตเวช 7 อาการ พบว่า ความถี่ของการเสพติดฝิ่นกระท่อมสัมพันธ์กับอาการร่วมทางจิตเวชทั้ง 7 อาการ ระยะเวลาของการเสพติดมีผลต่ออาการร่วมทางจิตเวชเกือบทุกอาการ ยกเว้นหูแว่ว ประวัติเคยใช้สารอื่นร่วมสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ และกลุ่มอาการทางจิตทั้ง 3 อาการ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของวิธีการใช้และประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตเวชในครอบครัวกับอาการร่วมทางจิตเวช โดยผลของการศึกษานี้ต่างจากผลการศึกษาของ Leong Bin Abdullah MFI และคณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเสพติดฝิ่นกระท่อมกับอาการทางจิต โดยศึกษาปัจจัยเรื่องของระยะเวลาที่ใช้ ความถี่ของการใช้ แต่พบข้อมูลที่สอดคล้องกันเรื่องวิธีการใช้ฝิ่นกระท่อมไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต⁹ ผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างสนับสนุนกรอบแนวคิดงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเรื่อง ความถี่ ระยะเวลา และปริมาณการใช้ มีผลต่อการเกิดอาการทางจิตและผลทางด้านอารมณ์ในกลุ่มผู้เสพติดฝิ่น ตามผลการศึกษาของ Theresa H และคณะ¹⁶ และจากการศึกษาของ Bramness JG เรื่องแบบแผนการใช้เมทแอมเฟตามีนมีผลต่อการเกิดอาการทางจิตเช่นกัน¹⁷ ตลอดจนผลการศึกษาในประเทศไทยของมานพ และคณะ ในปี 2562 พบปัจจัยด้านพฤติกรรมเสพติดที่นำไปสู่อาการทางจิตเวช สัมพันธ์กับระยะเวลาการเสพติด ปริมาณการเสพติดครั้ง และความถี่ของการเสพติด¹⁸

เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาหาทิศทางความสัมพันธ์โดยใช้ค่า Contingency พบว่า อาการภาพหลอน หวาดระแวง หงุดหงิด กลัว และนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเสพมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานพและคณะ เรื่องอาการทางจิตสัมพันธ์กับระยะเวลาการเสพสารเสพติดชนิดต่างๆ¹⁸ ส่วนอาการเบื่ออาหารมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการเสพมากกว่าระยะเวลา โดยการศึกษาในมาเลเซียพบว่า อาการนอนกระต้อมมีอาการทางด้านร่างกาย เช่น ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ น้ำมูก น้ำตาไหล อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และอาการทางด้านอารมณ์ เช่น กระสับกระส่าย ตึงเครียด โกรธและเศร้า ความรุนแรงของอาการดังกล่าวสัมพันธ์กับระยะเวลาและปริมาณในการใช้พืชกระท่อม^{10,19}

ข้อจำกัดในการศึกษา เนื่องจากการศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนจึงมีข้อมูลจำกัด ส่งผลให้มีการขาดหายไปของข้อมูลบางประการ อาทิ การไม่ระบุรหัสโรคร่วมทางจิตเวช และประเด็นเรื่องของปริมาณการใช้ เนื่องจากข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายของหน่วยการวัดปริมาณ และไม่สามารถเปรียบเทียบค่าของปริมาณที่มีความแตกต่างกันได้ จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาเครื่องมือการวัดปริมาณให้ใช้มาตรวัดเดียวกัน อาจส่งผลให้เห็นทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการใช้พืชกระท่อมและอาการร่วมทางจิตเวช ได้ชัดเจนมากขึ้น

สรุป

พบการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช คือ กลุ่มโรคจิตจากการใช้สารเสพติดมากที่สุด ร้อยละ 33.6 และอาการร่วมทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด และอาการนอนไม่หลับ ระยะเวลาและความถี่ในการเสพพืชกระท่อมมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการร่วมทางจิตเวชทั้งอาการทางจิต อาการทางด้านอารมณ์ และอาการอื่นๆ แต่ในทางกลับกันมีการนำพืชกระท่อมไปใช้ประโยชน์ในด้านอื่นๆ จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักถึงข้อดี ข้อจำกัด และติดตามผลกระทบด้านสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแบบสอบถามหรือเครื่องมือที่ใช้วัดปริมาณการเสพพืชกระท่อมที่มีหน่วยวัดเดียวกัน และเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวกับอาการทางจิตเวช อาจเห็นความสัมพันธ์ในรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ของการเกิดอาการร่วมทางจิตเวชแบบผู้ป่วยในที่เสพพืชกระท่อมอย่างเดียว โดยการศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยและพัฒนา ที่ให้คำปรึกษาเรื่องสถิติ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. สาวิตรี อึ้งฉัตรกรชัย, ดาริกา ไสงาม, จุไรทิพย์ หวังสินทวีกุล, เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์, ดาร์เนีย เจ๊ะหะ, สุพัตรา ลิ้มสุวรรณโชติและคณะ. การวิจัยพืชกระท่อม: ผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม [Research on Kratom: effects to health and societies] [อินเทอร์เน็ต]. สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. [สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ม.ค. 2564] จาก: <https://rdo.psu.ac.th/th/index.php/recommend/1255-2018-11-19-07-11-49>
2. Zurina H, Mustapha M, Visweswaran N, Nurul H.M, Farah W.S, Rajakumar V, et al. From Kratom to mitragynine and its derivatives: Physiological and behavioural effects related to use, abuse, and addiction. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37(2):138-51.
3. Veltri C, Grundmann O. Current perspectives on the impact of Kratom use. *Subst Abuse Rehabil.* 2019 Jul 1;10:23-31. doi: 10.2147/SAR.S164261. PMID: 31308789; PMCID: PMC6612999.
4. Swogger MT, Walsh Z. Kratom use and mental health: A systematic review. *J Alcohol Drug Depend.* 2018 Feb 1;183:134-40. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.10.012. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29248691.
5. รวมกฎหมายยาเสพติดให้โทษ ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับเพิ่มเติมครั้งที่ 2) [อินเทอร์เน็ต]. กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2557. [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ก.พ. 2564] ที่มา: https://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/EBook/law_RE_ys2522_2.pdf
6. Fluyau D, Revadigar N. Biochemical Benefits, Diagnosis, and Clinical Risks Evaluation of Kratom. *Front Psychiatry.* 2017 Apr 24;8:62. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00062. PMID: 28484399; PMCID: PMC5402527.
7. Nelsen JL, Lapoint J, Hodgman MJ, Aldous KM. Seizure and coma following Kratom (*Mitragynina speciosa* Korth) exposure. *J. Med. Toxicol.* 2010;6(4):424-6.
8. Hassan Z, Muzaimi M, Navaratnam V, Yusoff NH, Suhaimi FW, Vadivelu R, et al. From Kratom to mitragynine and its derivatives: physiological and behavioural effects related to use, abuse, and addiction. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013 Feb;37(2):138-51. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.11.012. Epub 2012 Dec 1. PMID: 23206666.
9. Leong Bin Abdullah MFI, Singh D, Swogger MT, Rahim AA, Vicknasingam B. The prevalence of psychotic symptoms in kratom (*Mitragyna speciosa* Korth.) Users in Malaysia. *Asian J Psychiatr.* 2019 Jun;43:197-201. doi: 10.1016/j.ajp.2019.07.008. Epub 2019 Jul 5. PMID: 31302592.

10. Singh D, Müller CP, Vicknasingam BK. Kratom (*Mitragyna speciosa*) dependence, withdrawal symptoms and craving in regular users. *J Alcohol Drug Depend.* 2014 Jun 1;139:132-7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.03.017. Epub 2014 Mar 22. PMID: 24698080.
11. อมรรัตน์ บางพิเชษฐ์. อาการถอนกระท่อมที่ทำให้ทุกข์ทรมานของผู้เสพติดกระท่อม ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2563;20(1):30-42
12. สมฤดี เอี่ยมฉนวน. ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจและ พฤติกรรมของผู้ใช้ใบกระท่อมที่เข้ารับการรักษา ในสถานบำบัดรักษาสารเสพติด [Physical, psychological and behavior outcomes of Kratom users at a substance abuse treatment center] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560
13. สาวิตรี อึ้งฉัตรกรชัย, สมสมร ชิตตระกูล, ดาริกา ไสงาม. สังเคราะห์สถานการณ์พืชกระท่อม การใช้พืชกระท่อมในทางที่ผิด. ใน: เอกสารวิชาการ พืชกระท่อม: การใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ชุมชน และงานวิจัยเกี่ยวกับพืชกระท่อมเพื่อกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่: บริษัท ทรีโอ แอดเวอร์ไทซิง แอนด์ মিเดีย จำกัด; 2562. เข้าถึงได้จาก: https://nctc.oncb.go.th/download/article/article_20190828133916.pdf
14. จิตรลดา อาริย์สันติชัย, อุษณีย์ พึ่งปานและทีมวิจัย. การสังเคราะห์ผลงานวิชาการและวิจัยเกี่ยวกับ พืชกระท่อมเพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนนโยบายพืชเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์วิจัยยาเสพติด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มิ.ย.2564] จาก: https://nctc.oncb.go.th/manage/researchMgt/import/researchFull/20201026_131038Kratom%2063.pdf
15. สาวิตรี อึ้งฉัตรกรชัย, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, ไพศาล ลัมสฤติย์, นิวัติ แก้วประดับ, สมสมร ชิตตระกูล, จุไรทิพย์ หวังสินทวีกุลและคณะ. บทสรุปของพืชกระท่อม [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ก.พ.2564] จาก: <https://cads.in.th/cads/media/upload/1594881548-Kratom%20Final.pdf>
16. Theresa H, Stanley Z, Anne L, Thomas R, Peter B, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet.* 2007;370:319-28
17. Bramness JG, Rognli EB. Psychosis induced by amphetamines. *Curr Opin Psychiatry.* 2016; 29(4):236-41 doi: 10.1097/YCO.0000000000000254. PMID: 27175554.
18. มานพ คณะโต, พูนรัตน์ ลียติกุล, สารัช บุญไตรย์, รังสิยา วงศ์อุปปา, ขนิษฐา สุณาคราช. โมเดล พยากรณ์อาการทางจิตเวชในผู้เสพติดโดยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง [อินเทอร์เน็ต] เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มิ.ย.2564] จาก:

https://nctc.oncb.go.th/manage/researchMgt/import/researchFull/20210209_1425250NCB%201.pdf

19. Singh D, Narayanan S, Vicknasingam BK, Prozialeck WC, Ramanathan S, Zainal H, et al. Severity of Pain and Sleep Problems during Kratom (*Mitragyna speciosa* Korth.) Cessation among Regular Kratom Users. *J Psychoactive Drugs*. 2018 Jul-Aug;50(3):266-74. doi: 10.1080/02791072.2018.1443234. Epub 2018 Mar 20. PMID: 29558272.

Region 11 Med Online first