



การเสพซ้ำของผู้ติดตามเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ : ความท้าทายทางการพยาบาลสำหรับผู้เชี่ยวชาญ และสารเสพติด ในยุควิถีชีวิตถัดไป

อาร์ชี เสริมสกุล¹ และ กิติกร พรมา^{2*}

¹นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

²ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

*kitikornpornma@webmail.npru.ac.th

บทคัดย่อ

การเสพซ้ำในผู้ติดตามเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่อยู่ในระหว่างรับการบำบัดรักษาทดแทนด้วยเมทาโดนเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในปัญหาทางสาธารณสุข เพราะปัญหาที่มีผู้ติดตามเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ถึงแม้จะไม่ใช่อุปสรรคที่มีขนาดใหญ่ที่สุดแต่มีผลกระทบอันตรายมากที่สุด บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ความหมายของการเสพซ้ำ สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพซ้ำของผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนที่สำคัญ ผลกระทบของการเสพซ้ำในระหว่างรับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยา ซึ่งการที่พยาบาลในยุควิถีชีวิตถัดไป (Next Normal) การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสพซ้ำของผู้ติดตามเสพติดกลุ่มโอปิออยด์นั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ที่ครอบคลุมการดูแลปัญหาการเสพซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดีต่อไป

คำสำคัญ: การเสพซ้ำ ผู้ติดตามเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ การพยาบาล

Relapse of opioid addicts: nursing challenges for drug users and substance abusers in the next normal

Archavee Sermsakul¹ and Kitikorn Pornma^{2*}

¹Scholarship students to develop to be teachers, Faculty of Nursing Nakhon Pathom Rajabhat University

²Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing,

Nakhon Pathom Rajabhat University

*kitikornpornma@webmail.npru.ac.th

Abstract

Relapse in Opioid dependence patients among Methadone Maintenance Therapy is one of the important public health problems. Although Opioid dependence is not the most numerous problem, Opioids intoxication is the most hazardous effect. This article describes the importance of Opioid cultivation, the definition of relapse, causes and factors related to opioid relapse among Methadone treated patients, the effect of recurrent relapse, harm reduction policy, and suggestion. Therefore, challenging for the psychiatric nurse to develop nursing innovation for providing Opioid-dependent patients with holistic care.

Keywords: Reuse, Opioid addicts, Nursing

1. บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาและสารเสพติดเป็นปัญหารุนแรงทางสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก จากข้อมูลรายงานยาเสพติดโลก ค.ศ. 2020 (World Drug Report 2020) ประเมินการว่ามีประชากรที่มีการใช้สารในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ประมาณ 58 ล้านคน ซึ่งสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่มีการใช้มากที่สุด คือ เฮโรอีน [1] ในส่วนของประเทศไทยนั้น ก็พบการแพร่ระบาดที่รุนแรงในเช่นเดียวกัน จากรายงานผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย [2] คาดประมาณว่าประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 มีจำนวน 3.7 ล้านคน หรือร้อยละ 7.46 ของคนไทยอายุ 12-65 ปี ซึ่งมีแนวโน้มที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับรายงานของสถาบันบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปีงบประมาณ 2562 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีสาเหตุการเจ็บป่วย จากการใช้เฮโรอีน มีมากเป็นอันดับที่ 4 มีจำนวนผู้ป่วย 77 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.24 แต่ในปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนเพิ่มมากขึ้นมากเป็นอันดับ 3 มีจำนวนผู้ป่วย 117 คน คิดเป็นร้อยละ 5.89 ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดน ในปีงบประมาณ 2562-2563 ที่มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 278 คน และ 378 คน ตามลำดับ [3]

ถึงแม้จำนวนผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์จะไม่ได้มีมากที่สุดแต่ก็มีความรุนแรงและอันตรายถึงแก่ชีวิตจากฤทธิ์ในการกดระบบหายใจอย่างเฉียบพลัน [4] แต่อย่างไรก็ตามแม้ในวิกฤติการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) สารเสพติดกลับเข้าถึงและสั่งซื้อง่ายขึ้นในช่องทางโซเชียลมีเดีย [5] และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์นั้น ก็ยังมีรูปแบบการใช้ที่อันตรายมากขึ้น เช่น มีสารสังเคราะห์ในกลุ่มเฟนทานิล (Fentanyl) เจือปนร่วมกับเฮโรอีน ที่มีความร้ายแรงและเป็นอันตราย



ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากจากการใช้ที่เกินขนาด (Over dose) ซึ่งสองในสามของผู้เสียชีวิตในอเมริกามีสาเหตุที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ [1] ในทวีปยุโรป ยังพบว่าในเข็มฉีดยาที่ทิ้งแล้วมีการปนเปื้อนสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้ร่วมกับสารที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เช่น โคเคน และแอมเฟตามีน ในแอฟริกาเหนือ แอฟริกากลาง และแอฟริกาตะวันตก ก็มีการแพร่ระบาดของ ترامาดอล (Tramadol) ที่รุนแรง ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เนื่องจากความผิดปกติที่มีสาเหตุจากการใช้ ترامาดอลในทางที่ผิดเพิ่มมากขึ้น [1] ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ ซึ่งพบว่ามีสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ในร่างกาย ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 740 ราย และในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 1,087 ราย ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น ส่วนพฤติกรรมการเสียชีวิตพบมีการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นมากขึ้น เช่น เมทแอมเฟตามีน กัญชา และสารกลุ่มประสาท รวมไปถึงเกี่ยวข้องกับในกรฆาตกรรม การฆ่าตัวตาย และอุบัติเหตุที่เพิ่มมากขึ้น [5]

สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์นั้นจะออกฤทธิ์กดสมองส่วนกลาง (Central nervous system depressant) ซึ่งออกฤทธิ์ต่อตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor) มีอยู่ 3 ชนิด คือ มิว (mu) แคปปา (kappa) และ เดลต้า (delta) ซึ่งตัวรับมิวมีผลให้เกิดภาวะเคลิ้มสุข (euphoria) การแคบลงของรูม่านตา (miosis) และการกดการหายใจ (respiratory depression) ตัวรับแคปปา มีผลต่อการระงับปวดของไขสันหลัง การแคบลงของรูม่านตา (miosis) และการกดประสาท (sedation) ตัวรับเดลต้า จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการระงับความเจ็บปวดที่ประสาทไขสันหลังและยังมีบทบาทเกี่ยวกับการแคบลงของรูม่านตา (miosis) และการลดความดัน (Hypotension) [6] ทำให้เมื่อเสติดต่อกันไปสักระยะหนึ่ง ร่างกายจะเกิดการทนยา (Tolerance) มีการปรับตัวเพื่อลดการตอบสนองต่อฤทธิ์ของสารเสพติด ทำให้ต้องเพิ่มขนาด ของสารเสพติดที่อยู่ในระดับเดิม ทำให้ได้รับยาที่เกินขนาด (Over dose) จนร่างกายทนหรือรับสภาพไม่ได้ โดยจะมีอาการง่วงนอนมากจนไม่รู้สึกรู้สีกตัว ความดันโลหิตต่ำ มีการหายใจที่ช้าลงเนื่องจากฤทธิ์ในการกดการหายใจจนทำให้เสียชีวิตจากระบบหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) [7] แม้จะหยุดเสติดหรือพยายามลดขนาดก็ต้องพบกับความทรมานจากอาการถอนพิษยา (Withdrawal Symptoms) มีน้ำมูกหรือน้ำตาไหล (Lacrimation or Rhinorrhea) ขนลุก สั่น เหงื่อออก จาม หาวบ่อย มีไข้ เบื่ออาหาร ปวดท้อง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย อารมณ์ปั่นป่วน หงุดหงิด วิตกกังวล กระสับกระส่าย อยากเสพยามากขึ้น (Craving) ปวดกล้ามเนื้อ ปวดไขข้อและกระดูก ความดันโลหิตสูง และรูม่านตาขยาย เป็นต้น ส่งผลให้เมื่อมีอาการถอนพิษยา อันเป็นอุปสรรคทำให้ผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข [7]

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์นั้น มุ่งเน้นไปที่การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) โดยลดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอันตราย การแพร่ระบาด การสูญเสียจากการใช้ยาเสพติด ที่อาจเกิดกับตัวบุคคล ชุมชนและสังคม เป็นการป้องกันอันตรายโดยการทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายลดลง ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดยาเสติดได้ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษา ที่ยึดความพร้อมของผู้ป่วยเป็นฐานเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา โดยความสมัครใจ ให้สามารถลด ละ และเลิกเสพยาเสติด [8] อีกทั้งยังสนับสนุนให้ผู้ติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการได้รับเมทาโดนทดแทน เพื่อลดอาการทางกายอย่างเพียงพอ และได้รับการดูแลทางจิตสังคม ตามมาตรฐานของคลินิกเมทาโดน แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดนนั้น ยังมีปัญหาการเสพซ้ำในอัตราที่สูง ซึ่งในประเทศจีนพบว่าในผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดน ที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่นั้นมีอัตราการเสพซ้ำมากถึง ร้อยละ 83.3 [9] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของประเทศไทย ที่มีอัตราการเสพซ้ำของผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดน สูงถึงร้อยละ 76.6 [10] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถิติประเทศไทย ที่พบว่าอัตราการเสพซ้ำของผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดน สูงถึงร้อยละ 90 [11] สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มปัญหาว่า ถึงแม้จะได้รับการดูแลทางจิตสังคมและให้เมทาโดนเพื่อลดอาการถอนพิษทางกายที่เพียงพอแล้ว แต่ปัญหาการเสพซ้ำนั้นยังรุนแรงอยู่มาก จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและแก้ไข เพราะเมื่อผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดน นั้นกลับมาเสพซ้ำจะส่งผลกระทบต่อที่ร้ายแรง อันได้แก่ กลับมามีพฤติกรรมเสพที่เป็นอันตราย [12] เช่น การกลับไปเสพติดแบบผิด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การกลับไปทำอาชีพค้าประเวณีเพื่อต้องการเงินมาเสพสารเสติด และการเปลี่ยนคู่นอนหลายคนทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น อีกทั้งยังเสียชีวิตด้วยการใช้ยาเกินขนาด การรักษาในครั้งใหม่ล้มเหลว และหลีกเลี่ยงจากการบำบัดรักษา [10, 12] จึงทำให้เห็นได้ว่าปัญหาการกลับมาเสพซ้ำของ

ผู้ติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์นั้น เป็นปัญหาสำคัญที่นับว่าเป็นความท้าทายของพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ที่จะให้การดูแลในการป้องกันการเสพยา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางจิตใจ ที่จะเผชิญปัญหา และกลับมาทำหน้าที่ทางสังคมได้ โดยไม่พึ่งพาสารเสพติด

2. ความหมายของการเสพยา

การเสพยา (Relapse) หมายถึงพฤติกรรมของผู้ติดสารเสพติดที่กลับไปเริ่มใช้สารเสพติดอีกครั้ง หลังจากมีการหยุดเสพยาหรือหลังการบำบัดรักษาในรูปแบบต่างๆ ซึ่งทำให้ไม่สามารถจัดการสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงได้ทั้งที่เป็นสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เป็นอารมณ์และความรู้สึกเชิงลบต่างๆ เช่น ความโกรธ ความกลัว ความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติด และมีอาการถอนพิษจากสารกลุ่มโอปิออยด์ เป็นต้น [13] การเสพยาที่แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ การเสพยาทางอารมณ์ การเสพยาทางความคิด และการเสพยาทางกายร่างกาย [14]

การเสพยาทางอารมณ์ (Emotional Relapse) การเสพยาในระยษนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษานั้นไม่ได้มีความคิดที่อยากจะกลับมาเสพยา ยังระลึกได้ถึงผลเสียที่เกิดขึ้นจากการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง แต่การเสพยานั้นเกิดจากที่ผู้ป่วยนั้นมีการควบคุมและจัดการทางอารมณ์ที่ยังไม่ดีพอ เช่น โกรธ เครียด เบื่อหน่าย กระทบกระชวยหรือซับซ้อนใจเมื่อสิ่งที่ตนต้องการนั้นไม่เป็นไปตามความคาดหวังนั้น แล้วไม่สามารถจัดการความทุกข์หรือซับซ้อนใจที่เกิดจากอารมณ์เหล่านั้นได้ จึงกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเพื่อหนีหรือปฏิเสธ (Denial) ความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น ซึ่งมีอาการดังนี้ 1. เก็บกดความรู้สึก 2. มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม 3. ไม่เข้าร่วมกิจกรรม 4. หรือมีการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของตนเอง 5. ให้ความสนใจกับผู้อื่นมากกว่าตนเอง (สนใจในปัญหาของผู้อื่น หรือผลกระทบของปัญหาของผู้อื่น) 6. มีพฤติกรรมการกินและการนอนหลับที่ผิดปกติ [14]

การเสพยาทางความคิด (Mental Relapse) การเสพยาในระยษนี้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกสองจิตสองใจหรือลังเลในการกลับมาใช้สารเสพติด มีทั้งความคิดที่จะกลับมาใช้และมีทั้งความคิดในการปฏิเสธการเสพยา มีความคิดที่จะต่อต้านการเสพยาที่ลดลง มีความคาดหวังหรือเล็งว่าจะใช้สารเสพติด (Drug Expectancies) แต่ในขณะที่เวลานั้นมีความรู้สึกที่อยากจะหลีกเลี่ยงออกจากความทุกข์ใจโดยพึ่งพาฤทธิ์ของยาเสพติดที่ทำให้เคลิ้มสุขที่เพิ่มมากขึ้น ในลักษณะคิดถึงการใช้ คิดว่าตนเองยังเลิกได้แต่ล้มไม่ลง เป็นต้น ซึ่งมีอาการดังนี้ 1. มีความรู้สึกอยากเสพยาเสพติด 2. มีความคิดถึงคน สถานที่และสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดจากประสบการณ์ของตนที่ผ่านมา 3. มีความคิดในการลดขนาดของความสำเร็จ (Minimizing Consequence) ของผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการเสพยาเสพติดของตนเองในอดีตที่ผ่านมา 4. มีความคิดในการต่อรองกับตนเองเพื่อให้ใช้สารเสพติดได้อีกครั้ง เช่น คิดว่าเสพยาปริมาณน้อยลงตนเองจะควบคุมสารเสพติดได้ คิดว่ากลับไปเสพนานๆครั้งคงไม่เป็นไรหรือคิดว่าจะเปลี่ยนไปเสพยาชนิดอื่นที่มีฤทธิ์เบาลง เป็นต้น 5. มีการโกหก 6. มีความคิดในการวางแผนควบคุมการใช้สารเสพติดให้ดีขึ้นกว่าอดีตที่ผ่านมา 7. มองหาโอกาสในการกลับไปเสพยา และ 8. มีการวางแผนในการจะกลับไปเสพยา [14]

การเสพยาทางกาย (Physical Relapse) การเสพยาในระยษนี้ ผู้ป่วยมีการกลับไปเสพยาหลังจากเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งในช่วงแรกจะเป็นกลับไปใช้เป็นครั้งคราว จนนำไปสู่การใช้ที่บ่อยมากขึ้น ควบคุมการใช้ไม่ได้จนกลับไปสู่การเสพยาอีกครั้ง ซึ่งจะมีอาการไม่สุขสบายทางกายในช่วงที่ไม่ได้ใช้สารเสพติดเช่น ไอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และนอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งทำให้มีการกลับไปเสพยามากขึ้นเพื่อต้องการผ่อนคลายและความสุขสบาย จนในที่สุดไม่สามารถที่จะหยุดความคิดหรือความอยากเสพยาเสพติดได้ อันเกิดจากผลของสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อสมอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อให้เกิดอาการผิดปกติต่อวงจรของสมอง [15] ดังนี้ 1. ช่วงที่ใช้เพื่อความสุข (Binge and Intoxication) ช่วงการใช้เพื่อความสุสนี้จะเกิดขึ้นในระยษแรกของการใช้สารเสพติด โดยมุ่งหวังที่จะได้รับความรู้สึกเพลิดเพลิน โดยสมองจะมีการหลั่งสารสื่อประสาทที่สำคัญ คือ โดปามีน (Dopamine) ผ่านวงจรระบบรางวัล (Reward Pathway) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเคลิ้มเคลิ้ม เพลิดเพลินและเป็นสุขจากฤทธิ์สารเสพติดนั้น ทำให้เกิดประสบการณ์และการเสริมแรงในทางบวก (Positive Reinforcement) จึงวนกลับไปเสพยาอย่างต่อเนื่อง และยัง



เรียนรู้จดจำสภาวะแวดล้อมขณะเสพ จึงมีความรู้สึกอยากเสพยาที่รุนแรงมากขึ้น เมื่อได้รับแรงกระตุ้น จากการพบสถานการณ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มเพื่อน หรืออุปกรณ์ที่ใช้เสพยา 2.ช่วงที่ใช้เพื่อหลีกเลี่ยงอาการทางลบ (Withdrawal and Negative Effect) เป็นช่วงที่มีความสุขจากการเสพยาเสพติดคงที่ (Reward Insensitization) แต่ใช้เพื่อลดอาการทางลบจากความรู้สึกอยากยาที่จะส่งผลให้รู้สึกกระวนกระวาย เกิดความคิดหมกมุ่น จนทำให้ต้องกลับไปเสพยาซ้ำๆ อีกทั้งเมื่อเสพยาซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง สมองส่วนการควบคุมอารมณ์ก็จะมีการทำงานที่บกพร่อง ส่งผลให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง จนเกิดความเครียดและอารมณ์เชิงลบขึ้นง่ายกว่าคนทั่วไป ที่ไม่เสพยาเสพติด อีกทั้งเมื่อหยุดใช้ก็มีอาการถอนยา (Withdrawal Symptoms) จึงทำให้มีพฤติกรรมเสพยาเสพติดซ้ำ จากความไม่สุขสบายที่ได้รับเมื่อมีอาการถอนยานั้นเอง 3.ช่วงหมกมุ่น (Preoccupation and Anticipation) ผลจากการเสพยามาเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้มีการทำงานของสมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortical Regions) ที่ผิดปกติ อันส่งผลกระทบต่อระบบการควบคุมความคิด (Cognitive System) ทำให้มีการตัดสินใจที่แย่ง ไม่สามารถจัดการสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ อีกทั้งความพยายามที่จะยับยั้ง ที่จะไม่เสพยาเสพติดก็จะบกพร่องลง จากการบกพร่องของการทำงานของสมองทั้งในระบบรางวัล ระบบควบคุมอารมณ์และระบบความคิด ทำให้การเสพยาจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้การป้องกันที่จะไม่เสพยาเป็นไปได้อย่างยิ่งขึ้นอีกด้วย [14, 15]

การเสพยาทางอารมณ์ที่ไม่สามารถจะจัดการความรู้สึกเชิงลบ ความคับข้องใจและความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง จะนำไปสู่ความต้องการที่จะหลบหลีกความทุกข์ที่เกิดขึ้นในจิตใจ ก่อให้เกิดความล้มเหลว มีการไขว่เขวทำให้เกิดการเสพยาทางจิตใจ มีความคิดที่วุ่นวายกับยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง จนมีการกลับไปใช้ที่บ่อยครั้งมากขึ้น จนร่างกายนั้นมีอาการขาดยาเกิดขึ้น จนก่อให้เกิดการเสพยาทางกายตามมา ดังนั้นการป้องกันการเสพยา (Relapse Prevention) จึงควรเริ่มจากการปรับเปลี่ยนที่ความเชื่อพื้นฐานทางความคิดเพื่อที่ผู้ป่วยนั้นจะได้มีความเชื่อพื้นฐานต่อการเผชิญปัญหาในชีวิตและจัดการความรู้สึกเชิงลบ [13]

3. สาเหตุและปัจจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ [9-12, 16-26] ถึงสาเหตุปัจจัยการเสพยาของผู้ติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิกเมทาโดน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาในผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้รับเมทาโดน บำบัดรักษานั้นมาจาก 2 ปัจจัย ดังนี้

3.1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

3.1.1 อายุ อายุที่ใช้สารครั้งแรก อายุที่น้อยลงในการใช้สารเสพติดครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของความผิดปกติของการใช้สารเสพติดและอัตราการกลับมาเสพยาของผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดน [10] จากการศึกษาถึงอายุที่มีการเริ่มติดสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ พบว่าทั้งในประเทศแคนาดาและอิหร่าน กลุ่มที่มีอายุที่เริ่มติดสารเสพติด (Age of onset of opioid abuse) ในกลุ่มที่เริ่มติดสารเสพติดตั้งแต่ยังอายุน้อยนั้นมีโอกาสที่จะเสพยาที่เพิ่มมากขึ้น [9-10] ซึ่งกลับกันกับกลุ่มที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งพบว่า วัยนี้จะมีวุฒิภาวะที่เติบโตกว่า มีความรับผิดชอบมากกว่าผู้เริ่มติดสารเสพติดแบบผิดที่อยู่ในวัยรุ่น จึงทำให้เกิดความตระหนักหรือสนใจในผลกระทบ ที่เกิดกับตนเองและครอบครัวจึงทำมีโอกาที่จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สูง [16]

3.1.2 การใช้สารเสพติดหลายชนิด (Poly-drug Use) จะมีความเสี่ยงสูงที่กลับมาเสพยามากกว่า ผู้ป่วยคลินิกเมทาโดนที่ใช้สารเสพติดเพียงชนิดเดียว (Non-poly Drug Use) [19] เปรียบเทียบกับผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดนที่เสพยาเฮโรอีนเพียงอย่างเดียว (Only Took Heroin) พบว่า เมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงที่มีการถูกชักชวนให้ใช้สารเสพติด ยกตัวอย่างเช่น เข้าไปในสถานที่ ที่มีคนกำลังพูดคุยกัน แล้วดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด แล้วถูกชักชวน ผู้ป่วยคลินิกเมทาโดนที่ใช้สารเสพติดหลายชนิด จะมีการตอบรับที่ง่ายกว่า ผู้ป่วยเมทาโดนที่ใช้สารเสพติดเพียงชนิดเดียว จึงมีความเสี่ยงมากกว่าถึงหกเท่า ในการกลับไปเสพยาเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใช้สารเสพติดชนิดเดียว [19] ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนมีพฤติกรรมในการใช้สารเสพติดหลายชนิดนั้น มีปัจจัยที่มีอิทธิพลมาจากการมีสมาชิกในครอบครัวติดสารเสพติด

เนื่องจากเด็กที่เติบโตมาครอบครัวติดสารเสพติด จะมีการรับรู้และทัศนคติที่มีต่อการติดสารเสพติดและมีตัวแบบทำให้เกิดการเรียนรู้ในตัวแบบที่ไม่เหมาะสม [20]

3.1.3 ประวัติการใช้สารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ โดยไม่ได้รับการรักษาด้วยยา (History of quitting substances without medication) ที่จะเพิ่มโอกาสให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดเมทาโดนนั้นมีโอกาสกลับมาเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีอาการขาดยาจึงกลับไปเสพติด [10] อีกทั้งในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดแบบฉืด จะมีอาการอยากยาที่รุนแรง และมีอาการถอนพิษยาที่รุนแรงมากเช่นกัน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยคลินิกเมทาโดนกลุ่มที่เคยใช้สารเสพติดแบบฉืดจะมีโอกาสกลับมาเสพติดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยเมทาโดนที่ไม่เคยฉืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [17]

3.1.4 ระยะเวลาที่คงอยู่ในการรักษา ผู้ป่วยเมทาโดนที่คงอยู่ในระยะการบำบัดรักษาที่มากกว่า 1 ปี จะมีอัตราการกลับไปเสพติด ต่ำกว่าผู้ป่วยเมทาโดนที่อยู่ในระบบการบำบัดรักษาน้อยกว่า 1 ปี [17] และสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้ามารับการรักษา เพราะผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์บางส่วน อาศัยในหมู่บ้านที่ห่างไกลจากคลินิกเมทาโดน เส้นทางในการเดินทางทุรกันดารและผู้ป่วยยังกลัวถูกจับกุมเมื่อเปิดเผยตนเองเมื่อเข้าสู่การรักษา [18]

3.1.5 ความบกพร่องของการทำงานของสมองส่วนหน้า เพราะสมองส่วนหน้ามีบทบาทสำคัญต่อปฏิกิริยาการยับยั้ง การควบคุมพฤติกรรมอารมณ์และการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมโดยใช้ความรู้คิด [21] ความบกพร่องทางสติปัญญานั้นจะส่งผลให้ผู้ป่วย บกพร่องในการควบคุมยับยั้ง (Loss of inhibitory control) ทำให้บกพร่องในการตัดสินใจ [22] เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติด จึงมีพฤติกรรมที่เสพติดอยู่เสมอ [23] อีกทั้งการทำงานของความรู้คิดทางสังคม (Social Cognitive Impairments) ของผู้ที่ติดสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ที่บำบัดรักษาด้วยเมทาโดน ที่มีการเสพติดนั้น จะมีการบกพร่องในการให้รางวัลทางสังคม (Social Reward Impairments) เป็นกระบวนการที่ผู้คนประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเองหรือข้อเสนอแนะจากภายนอก กระบวนการนี้ช่วยขึ้นการตัดสินใจของผู้คนและปรับพฤติกรรมต่างๆ ให้เหมาะสม เมื่อบกพร่องจะส่งผลให้การทำงานด้านความรู้ความเข้าใจทางสังคมที่ผิดปกติ ทางกรกำกับอารมณ์ การตัดสินใจ การรับรู้ความเห็นอกเห็นใจ (Cognitive empathy) การรับรู้ทางสังคมที่ผิดปกติอาจทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมแย่ลง เกิดความโดดเดี่ยวทางสังคม และเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว [24]

3.2. ปัจจัยด้านจิตสังคม

3.2.1 การรับรู้ความสามารถในตนเองระดับต่ำ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการกลับมาเสพติดสูงขึ้น เมื่อมีอาการเชิงลบหรือสถานการณ์ตึงเครียด [25] ก็จะทำให้ให้มีการควบคุมอารมณ์ที่ลดลง และมีการรับรู้ต่อความเครียดที่เพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถให้การสนับสนุนทางสังคมและการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อปัญหาของตนเองได้และกลับไปเสพติดแม้ได้รับเมทาโดนที่เพียงพอต่ออาการถอนพิษยา [26]

3.2.1 ขาดทักษะในการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดอารมณ์เชิงลบ (Negative mood state) และเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ (undesirable stressful life events) เช่น ความโกรธ ความเหงา ความเศร้า และความเบื่อหน่าย ซึ่งจะทำให้มีความเสี่ยงที่จะเสพติดสูงขึ้น [27] เหตุที่กลับมาเสพติด เพื่อหวังฤทธิ์ที่เคลิบเคลิ้มเพื่อหลบหนีความทุกข์ทางจิตใจ ซึ่งอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นนั้น ยังเป็นตัวกระตุ้นภายในที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากใช้สารเสพติด ที่รุนแรงมากขึ้น อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองจากการเสพติดได้ [17]

3.2.3 พฤติกรรมทางเพศที่มีคู่นอนหลายคน เพราะทำให้มีปัญหาทางสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรสจึงอยู่ร่วมกันได้ยาก เกิดความขัดแย้ง จึงแสวงหาบุคคลที่มีพฤติกรรมในลักษณะคล้ายกัน มีพันธะต่อกันในเชิงเศรษฐกิจ หรือความผูกพันทางสังคม เช่น ผู้ให้บริการทางเพศ เพื่อมาตอบสนองความต้องการทางเพศและมักถูกชักชวนให้กลับไปเสพติดแม้ได้รับการบำบัดรักษาที่คลินิกเมทาโดน [9,12]

3.2.4 การคบกลุ่มเพื่อนที่ติดสารเสพติด เนื่องจากมีอิทธิพลต่อตัวผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดน เพราะมักคบหาเพื่อนที่มีลักษณะยกย่อง นับถือตน จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของกลุ่ม ใช้ภาษาเดียวกัน ปฏิบัติตัวเหมือนกัน จึงกลัวที่จะถูกต่อต้านหรือกลุ่มเพื่อนแยกตัวออกห่างได้ อีกทั้งการคบเพื่อนที่ติดสารเสพติดนี้จะทำให้มีการเข้าถึงสารเสพติดที่ง่าย



ขึ้น จึงกลับมาเสพยาแม้ได้รับการบำบัดด้วยเมทาโดนซึ่งช่วยลดอาการถอนพิษทางกายที่เพียงพอ แต่ก็ยังตอบรับการถูกชักชวนหรือยั่วยุจากเพื่อนให้กลับมาเสพยา อันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะตกอยู่ในสถานการณ์ที่นำไปสู่การเสพยา [16, 17] ในทางเดียวกัน ผู้ป่วยคลินิกเมทาโดนในรายที่มีคุณภาพชีวิตทางสังคมที่ไม่ดี มีโอกาสกลับมาเสพยามากกว่า 7.35 เท่าของผู้ป่วยคลินิกเมทาโดนในรายที่มีคุณภาพชีวิตทางสังคมที่ดี [17] ซึ่งผู้ป่วยคลินิกเมทาโดนที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม อันมาจากสมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญ รวมทั้งชุมชนและองค์กรทางศาสนา ให้กำลังใจพร้อมช่วยเหลือดูแล ในการช่วยเหลือค่าเดินทางในการมารักษา การพูดคุยแนะนำ ให้คำปรึกษาในการไปบำบัดและดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งทำให้เกิดความตระหนักและตัดสินใจที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองด้วยความสมัครใจ [16]

3.2.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ ในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี เนื่องจากไม่สามารถหาค่าเงินเพื่อมารับการรักษาได้ และในรายที่มีที่อยู่อาศัยที่ห่างไกลใช้เวลาเดินทางยาวนานขึ้น จึงมีค่าเดินทางในการเข้ารับการรักษาที่สูงขึ้น จึงมีความเสี่ยงต่อการเสพยาหรือการออกจากการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนที่เพิ่มมากขึ้น [9-10,12] นอกจากนี้ผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม และรับจ้าง ซึ่งต้องรับจ้างหลายวันเพื่อให้ได้ค่าเดินทางในการเข้ามาบำบัดรักษา และต้องหยุดงานเพื่อเดินทางมารับการบำบัดรักษาในวันราชการเท่านั้นทำให้ขาดรายได้ [16-18]

4. ผลกระทบของการเสพยา

การเริ่มติดสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์นั้น ส่วนใหญ่เริ่มจากการใช้สารเสพติดที่มีความรุนแรงต่ำ เช่น บุหรี่ สุรา และกัญชา จนเมื่อระยะเวลาผ่านไปร่างกายของผู้เสพนั้นมีความทนต่อสารเสพติดมากขึ้น จึงเปลี่ยนมาใช้สารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งสาเหตุในการติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่สำคัญนั้นได้แก่ การชักชวนให้เสพยาจากบุคคลที่ใกล้ชิด การใช้เพื่อการรักษาโรคในการบรรเทาอาการปวด และการเสพยาเพื่อการผ่อนคลายความเครียด [17] จนนำมาสู่ความเสียหายที่มีผลกระทบร้ายแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

ผลกระทบทางกาย ผู้ป่วยต้องพบกับความทรมานของอาการถอนพิษยาซึ่งได้กล่าวไปข้างต้น อันเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้เลิกเสพยาไม่ได้ แม้ยากจะเลิกเสพยาสารเสพติด อีกทั้งเมื่อได้รับโอปิออยด์เกินขนาด ก็จะมีโอกาสเสียชีวิตสูงจากฤทธิ์ในการกดการหายใจ ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่สำคัญที่รุนแรงของสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ อีกทั้งการเสพยาในรูปแบบฉีดนั้นยังเป็นปัจจัยหลักของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ [6] มีผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมากกว่า 1 ล้านคนที่ติดเชื้อเอชวี และมีผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดประมาณ 5.5 ล้านคน ที่ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C) [5]

ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากการออกฤทธิ์ของสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่มีต่อสมองทำให้เกิดความผิดปกติในวงจรและระบบสมองในระบบรางวัล (Reward System) และระบบการควบคุมอารมณ์ เมื่อมีการเสพยาอย่างยาวนานจะส่งผลกระทบต่อระบบความคิด (Cognitive System) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของความคิดและอารมณ์ [27] ส่งผลให้การทำงานของสมองส่วนหน้าบกพร่อง (Executive function) [28] ทำให้มีการจัดการสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวันแย่ลงและการตัดสินใจทำสิ่งต่างๆไม่เหมาะสมได้ [15] สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าผู้ติดเฮโรอีนและเฟินทานิลที่มีการติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีความสามารถทางการรู้คิดที่บกพร่อง (Cognitive Impairment) ส่งผลให้มีความสามารถในการควบคุมตนเองที่น้อยลงและมีปัญหาทางสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้นได้ [23] และมีความสามารถในการควบคุมตัวกระตุ้นได้ต่ำ (Poor Impulse Control) [29] เมื่อมีอาการถอนพิษยาจะมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ เมื่อติดสารเสพติดยาวนานส่งผลให้มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่เป็นปัญหาหลัก คือ อาการซึมเศร้า [30] ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆตามมา ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาระหว่างกัน พฤติกรรมการเสพยาเกินขนาด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และการขายบริการทางเพศเพื่อซื้อสารเสพติดมาเสพยา [31] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเม็กซิโก ที่พบว่าผู้ติดสารเสพติดแบบฉีดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C) นั้นมีความชุกของการเจ็บป่วยโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD: Post-traumatic stress disorder) มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [32] และ

ในขณะที่เดียวกันนั้นก็พบว่าผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรคเครียดและวิตกกังวล (Anxiety and Stress-related Disorders) ที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย [30]

ผลกระทบทางด้านสังคมต่อผู้ป่วยเองก็จะทำให้เสียอนาคต โอกาสทางการศึกษา อีกทั้งการติดสารเสพติดนั้นเป็นสิ่งที่ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม และในขณะที่เดียวกันการเสพยาเสพติดแบบชนิดนั้นจะได้รับการตีตรา (Stigma) ที่รุนแรงกว่าเสพยาโดยรูปแบบอื่นไม่ว่าจะเป็นการตีตราตนเองภายในที่ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นตราบาป (Internal Stigma) ส่งผลให้ตัวผู้ป่วยเองมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลที่มากขึ้น [33] อีกทั้งยังได้รับการตีตราจากสังคมภายนอกต่อผู้ป่วย (Public Stigma) เช่น แสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ยอมรับ รู้สึกว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้อันตราย มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ว่า เป็นคนที่ขาดศีลธรรม (Moral Failings) จนเกิดการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติ (Discrimination) [34] ผลกระทบทางสังคมต่อครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวมีผู้ติดโอปิออยด์นั้น นำมาซึ่งความเสียใจ ส่งผลเสียต่อชื่อเสียงของตนเองและวงศ์ตระกูล ครอบครัวแตกแยก เป็นภาระต่อครอบครัวที่ต้องดูแลทั้งทางเศรษฐกิจและจิตใจ จนสมาชิกในครอบครัวเองนั้นป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ [35] ผลกระทบต่อสังคมก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม และความรู้แรงที่คร่าชีวิตคนในสังคม [36] ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในการสูญเสียเงินไปกับการเสพยาเสพติด สูญเสียแรงงานเนื่องจากไม่สามารถทำงานได้จากการติดสารเสพติด เสี่ยงบประมาณของประเทศชาติในการควบคุมปราบปรามหรือแม้กระทั่งการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เพิ่มมากขึ้น [37]

5. แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยา

การดูแลผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ซึ่งหมายถึง การลดปัญหา หรือภาวะเสี่ยงอันตราย หรือความสูญเสีย อันมีสาเหตุมาจากสารเสพติดที่อาจเกิดขึ้นกับตัวบุคคลชุมชน และสังคม เป็นการป้องกันอันตรายที่ลดพฤติกรรมอันตรายลงในระหว่างที่ยังไม่สามารถเลิกเสพยาเสพติด [15] เป็นแนวทางการบำบัดรักษาที่ใช้ความยืดหยุ่น โดยเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นฐาน โดยมีหลักการสำคัญในการคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน และความเข้าใจในธรรมชาติของผู้ติดสารเสพติด ซึ่งการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดนั้น มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข ที่จะช่วยป้องกันและลดผลกระทบที่มีทางสุขภาพ ด้านสิทธิมนุษยชน เป็นการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่จะเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ที่ได้รับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ตามความเหมาะสม ที่เหมาะสมกับความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย ด้านมนุษยธรรม แม้ว่าจะเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านการติดสารเสพติด แต่ก็ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันและบรรเทาทุกข์ ที่เกิดขึ้นในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง โดยปราศจากการตีตราจากการติดสารเสพติด และด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์โดยลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า และมีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ จากการใช้สารเสพติดในรูปแบบฉีด ในขณะที่เดียวกันเป้าหมายของการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ลดการใช้สารเสพติดลง และคงสภาพการไม่กลับไปเสพยาซ้ำให้นานยิ่งขึ้น และปรับเปลี่ยนตนเองที่จะกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข [4]

6. สรุปและข้อเสนอแนะ

การเสพยาในผู้ป่วยสารเสพติดโอปิออยด์นั้น เป็นปัญหาสำคัญ เพราะนอกจากการเสพยาจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของตนในสังคมแล้ว ความทุกข์ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อเกิดอาการถอนพิษยาที่รุนแรงนั้นยังเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยหวนคืนกลับไปสู่การเสพยา ซึ่งสาเหตุของการเสพยานั้น เป็นปัญหาที่ซับซ้อน เพราะนอกจากผู้ป่วยจะเกิดความบกพร่องของการทำงานของสมองทั้งในระบบความคิด การควบคุมอารมณ์และระบบรางวัล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหุนหันพลันแล่น พร่องความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ เมื่อเผชิญหน้ากับตัวกระตุ้น ทำให้มีการกลับมาเสพยาที่แก้ไขได้ยาก อันเนื่องมาจากการออกฤทธิ์ของสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์แล้วนั้น อีกทั้งปัจจัยในการเสพยายังมีส่วนสำคัญมาจากปัญหาทางจิตสังคม เช่น มีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะแก้ไขปัญหาโดยไม่พึ่งพาสารเสพติด การขาด



ทักษะในการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดอารมณ์เชิงลบ การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม การคบกลุ่มเพื่อนที่ติดสารเสพติด และปัญหาทางเศรษฐกิจ ในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ในการจัดหาค่าเดินทางและขาดรายได้เมื่อเดินทางมารับการรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ว่าปัญหาการเสพติดที่เกิดขึ้นนั้น เป็นปัญหาที่ควรได้รับการดูแลทั้งการถอนพิษยาทางกายและการดูแลทางจิตสังคมควบคู่กันอย่างเป็นองค์รวม เช่น การให้ดูแลโดยครอบครัวมีส่วนร่วม การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการใช้สารเสพติดและการควบคุมตนเอง เพื่อจะสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งควรมีนวัตกรรมทางการแพทย์ทางไกล ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อลดช่องว่างทางการรักษา ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อันเป็นอีกหนึ่งภาวะสำคัญอันเป็นอุปสรรคต่อการเข้ามารับการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งถือว่าเป็นหนึ่งในความท้าทาย ในสมรรถนะพยาบาลจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสารเสพติด ที่จะพัฒนารูปแบบการบำบัดให้ทันสมัยโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ อันเป็นสมรรถนะที่สำคัญของการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (change-agent) และในการสร้างนวัตกรรมในการดูแล (innovation) ให้ทันสมัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- [1] The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2020). World Drug Report 2020. Retrieved May 30, 2023. Available from: <https://www.unodc.org/wdr2020>.
- [2] Division of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2021). Guidelines for the treatment and rehabilitation of alcoholics/drugs/narcotics addicts. with psychiatric symptoms and psychiatric comorbidities Department of Mental Health. Nonthaburi: Deena Doo Media Plus Co., Ltd. (in Thai)
- [3] Boromarajonani National Institute for Drug Treatment and Rehabilitation. (2021). Top 10 diseases, causes of sickness in drug patients, the fiscal year 2020. Retrieved May 30, 2023. Available from: <http://www.pmnidat.go.th/thai/index>.
- [4] Boromarajonani National Institute for Drug Treatment and Rehabilitation and Thanyarak Regional Hospital. (2018). Harm reduction knowledge from drug use. Pathum Thani University. (in Thai)
- [5] Office of the Narcotics Control Board. (2020). World Narcotics Report 2020. Retrieved May 30, 2023. Available from: <https://www.oncb.go.th/PublishingImages/Lists/ONCBNews1/AllItem>.
- [6] Cernasev, A., Veve, M. P., Cory, T. J., Summers, N. A., Miller, M., Kodidela, S., & Kumar, S. (2020). Opioid Use Disorders in People Living with HIV/AIDS: A Review of Implications for Patient Outcomes, Drug Interactions, and Neurocognitive Disorders. *Pharmacy*, 8(3), 168.
- [7] Boromarajonani National Institute for Drug Treatment and Rehabilitation. (2020). *Emergency medicine for drug and substance abuse patients*. Nonthaburi: The Graphic Systems Co., Ltd. (in Thai)
- [8] Ministry of Public Health. (2017). *Guidelines for harm reduction from drugs (Harm Reduction)*. Nonthaburi: Born to Be Publishing. (in Thai)
- [9] Tang, X., Fan, C., Wang, C., Wang, W., Chen, Z., Xu, C., & Ling, L. (2022). *The Risk Assessment of Relapse among Newly-enrolled Participants in Methadone Maintenance Treatment: A Group-Lasso Based Bayesian Networks Study*.
- [10] Moradinazar, M., Farnia, V., Alikhani, M., Karyani, A. K., Rezaei, S., Rezaeian, S., Matin, B. K., & Najafi, F. (2020). Factors related to relapse in patients with substance-related disorders under methadone maintenance therapy: Decision tree analysis. *Oman Medical Journal*, 35(1).

- [11] Wannakham R, Inthakan A, Payae N. (2021). The Development of a Mindfulness Training Program to Enhance Relapse Prevention Skills. For heroin addicts. *Journal of the Department of Medical Services*, 46(4), 100-105. (in Thai)
- [12] Chen, Z., Tang, X., Xu, C., Wang, C., & Ling, L. (2023). Exploring factors jointly associated with recurrent relapse and dropout of methadone maintenance treatment clients in Guangdong, China: A retrospective cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 243.
- [13] Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (n.d.). *Relapse Prevention An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model*.
- [14] Melemis, S. M. (2015). *Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery*. *YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE*, 88(3), 325-32.
- [15] Boromarajonani National Institute for Drug Treatment and Rehabilitation Ministry of Public Health. (2021). *Psychosocial in drug and substance abuse problems for psychologists*. Chiang Mai: Tam See Publishing Co., Ltd. (in Thai)
- [16] Sirikan N, Thongthae P. (2018). *A study of the background to change Behaviors of Substance Abuse Users in Injection in Pattani Province*. *Songkhla Nakarin Journal Social Sciences and Humanities*, 24(2), 177-205. (in Thai)
- [17] Chaiyawut P, Intawong K, Boonchiang W. (2020). Self-efficacy of people who remain in long-term methadone treatment for opioid addiction. (Master's thesis). Chiang Mai University, Faculty of Public Health. (in Thai)
- [18] Mahathep P, Thananarapong J. (2018). Factors Associated with the Effectiveness of Opioid Dependence Treatment in Community Participatory Therapy, Mae Taeng District, Chiang Mai Province. *Journal Thammasat University*, 3(3), 28-38. (in Thai)
- [19] Mohmad, F., Ismail, S., & Manaf, R. A. (2022). Prediction of Relapse Among Individuals Undergoing Methadone Maintenance Therapy in Johor Bahru Health District. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 18(4), 163–172.
- [20] Kiiru, R. N., Waithima, C. W., Affiliation, P. K. M., Kiiru, R. N., Peterson, & Mwangi, K. (2022). *FACTORS INFLUENCING POLYDRUG USE AMONG METHADONE-ASSISTED THERAPY PATIENTS IN SELECTED CLINICS IN NAIROBI, KENYA*. 67.
- [21] Nakajima, K., Osada, T., Ogawa, A., Tanaka, M., Oka, S., Kamagata, K., Aoki, S., Oshima, Y., Tanaka, S., & Konishi, S. (2022). A causal role of the anterior prefrontal-putamen circuit for response inhibition revealed by transcranial ultrasound stimulation in humans. *Cell Reports*, 40(7).
- [22] Chang, T. G., Yen, T. T., Hsu, W. Y., & Chang, S. M. (2022). Frontal Lobe Functions, Demoralization, Depression and Craving as Prognostic Factors and Positive Outcomes of Patients with Heroin Use Disorder Receiving 6 Months of Methadone Maintenance Treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6).
- [23] Tamargo, J. A., Campa, A., Martinez, S. S., Li, T., Sherman, K. E., Zarini, G., Meade, C. S., Mandler, R. N., & Baum, M. K. (2021). Cognitive Impairment among People Who Use Heroin and Fentanyl:



- Findings from the Miami Adult Studies on HIV (MASH) Cohort. *Journal of Psychoactive Drugs*, 53(3), 215–223.
- [24] Yang, L., Zhang, Y., Zhang, J., Li, N., & Chen, Z. (2022). Altered neural processing of social reward in male heroin abstainers. *International Journal of Psychophysiology*, 176, 142–148.
- [25] Sureshkumar, K., Dalal, P., Kailash, S., & Rudhran, V. (2021). Relapse in opioid dependence: Role of psychosocial factors. *Indian Journal of Psychiatry*, 63(4), 372–376.
- [26] Badie, A., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., & Pasha, R. (2021). Association of Quit Addiction Self-Efficacy, Social Support, and Perceived Stress Through the Mediation of Self-Control among Addicts Treated with Methadone. *Journal of Human, Environment, and Health Promotion*, 7(2), 76–82.
- [27] Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. In *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773.
- [28] Lyvers, M., & Yakimoff, M. (2003). Neuropsychological Correlates of opioid dependence and withdrawal. *Addictive Behaviors*, 28(3), 605–611.
- [29] Kumar, N., Oles, W., Howell, B. A., Janmohamed, K., Lee, S. T., Funaro, M. C., O'Connor, P. G., & Alexander, M. (n.d.). *The role of social network support in treatment outcomes for medication for opioid use disorder: a systematic review*.
- [30] Rosoff, D. B., Smith, G. D., & Lohoff, F. W. (2021). Prescription Opioid Use and Risk for Major Depressive Disorder and Anxiety and Stress-Related Disorders: A Multivariable Mendelian Randomization Analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 151–160.
- [31] Williams, S. C., Davey-Rothwell, M. A., Tobin, K. E., & Latkin, C. A. (2017). People who inject drugs and have mood disorders - a brief assessment of health risk behaviors. *Substance Use & Misuse*, 52(9), 1-18.
- [32] Gupta, A., Shebl, F. M., Tong, Y., Wagner, K., Bassett, I. V., Page, K., & Winstanley, E. L. (2022). Association of co-occurring mental health problems with hepatitis C status among young people who inject drugs in rural New Mexico, 2016–2018. *Addiction Science and Clinical Practice*, 17(1).
- [33] Akdağ, E. M., Kotan, V. O., Kose, S., Tıkr, B., Aydemir, M. Ç., Okay, İ. T., Göka, E., & Özkaya, G. (2018). The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression, and anxiety levels in opioid use disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 394–401.
- [34] Tsai, A. C., Kiang, M. V., Barnett, M. L., Beletsky, L., Keyes, K. M., McGinty, E. E., Smith, L. R., Strathdee, S. A., Wakeman, S. E., & Venkataramani, A. S. (2019). Stigma as a fundamental hindrance to the United States opioid overdose crisis response. *PLoS Medicine*, 16(11).
- [35] Mishra, S., Pant, S., & Kar, S. (2022). Title: Significant Co-dependency, anxiety, depression, and Family burden among the caregivers of patients with opioid dependence syndrome: an observational study. *Global Psychiatry Archives*, 5(2), 90–104.
- [36] Budget Office, C. (n.d.). *The Opioid Crisis and Recent Federal Policy Responses*. Retrieved May 30, 2023. Available from: www.cbo.gov/publication/58221.
- [37] Thailand long-term methadone service standardization committee. (2015). *Service standards*.



Long-term methadone in Thailand. Bangkok: Chulalongkorn University Printing Press. (in Thai)