

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเหงาของผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจาก การเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน

ปรัชญา หาญพัฒนภูมิ, พ.บ., สันติชัย ฉ่ำจิตชื่น, พ.บ.

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับ ประเภท และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเหงาของผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยในโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัด UCLA loneliness scale ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเหงาโดยสถิติ multiple ordinal logistic regression

ผล : ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชายจำนวน 184 คน อายุเฉลี่ย 32.0 ปี โดยส่วนใหญ่เสพยาเสพติดตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป (ร้อยละ 38.0) โดยยาบ้าและกัญชามีการใช้อย่างแพร่หลายที่สุด (ร้อยละ 59.8 และ 44.6 ตามลำดับ) ผลการศึกษาพบว่าความชุกของความเหงาในผู้ป่วยมีร้อยละ 95.7 โดยความเหงารวมทั้งทางอารมณ์และทางสังคมส่วนใหญ่พบอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.8, 63.0 และ 59.8 ตามลำดับ) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหงาพบว่า ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดน้อยกว่า 6 ปีมีความเหงาน้อยกว่าผู้ที่เสพยาเสพติดนานกว่า 15 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.02$)

สรุป : ผู้ป่วยสารเสพติดที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในพบความเหงาในผู้ป่วยเกือบทุกราย โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดน้อยกว่า 6 ปีมีความเหงาน้อยกว่าผู้ที่เสพยาเสพติดนานกว่า 15 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ความเหงา ผู้ป่วยใน สารเสพติด

ติดต่อผู้นิพนธ์ : pratchaya.win@gmail.com

*วันรับ 19 กุมภาพันธ์ 2568; วันแก้ไข 4 มีนาคม 2568; วันตอบรับ 9 มีนาคม 2568

Original article

Loneliness among inpatient with mental and behavior disorders due to psychoactive substance use

Pratchaya Harnpattanaphum, M.D, Santichai Chamchitchun, M.D.

Srithanya Hospital, Department of mental Health

Abstract

Objective: To study the levels and types of loneliness, as well as the factors associated with loneliness among inpatients with psychiatric and behavioral disorders due to psychoactive substance use at Srithanya Hospital.

Methods: The study is a cross-sectional descriptive study conducted with a sample of inpatients with psychiatric and behavioral disorders due to psychoactive substance use, who were treated as inpatients. Patients responded to a general information questionnaire and the Thai version of UCLA loneliness scale. Factors associated with loneliness levels were analyzed using multiple ordinal logistic regression.

Results: The study included 184 male patients with an average age of 32.0 years. Most of the patients had used two or more types of substances (38.0%), with methamphetamine and cannabis being the most commonly used drugs (59.8% and 44.6%, respectively). The study found that 95.7% of the patients experienced loneliness, with the majority reporting moderate levels of loneliness in both emotional and social aspects (66.8%, 63.0%, and 59.8%, respectively). The analysis revealed that patients who had used substances for less than 6 years experienced less loneliness compared to those who had used substances for more than 15 years, with a statistically significant difference ($p=.02$).

Conclusion: Substance use disorder patients undergoing treatment in Srithanya hospital reported experiencing loneliness in nearly all cases, with the majority experiencing moderate levels of loneliness. Patients who had used substances for less than 6 years experienced less loneliness compared to those who had used substances for more than 15 years, with a statistically significant difference.

Key words: Inpatients, Loneliness, Substance Use

Corresponding author: pratchaya.win@gmail.com

*Received: February 19, 2025; Revised: March 4, 2025; Accepted: March 9, 2025

บทนำ

ความเหงาเป็นประสบการณ์สากลที่ส่งผลกระทบต่อผู้คนในทุกช่วงวัยและทุกสถานะทางสังคม¹ เป็นภาวะอารมณ์เชิงลบที่ซับซ้อน เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองขาดความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีความหมาย หรือคุณภาพของความสัมพันธ์ที่มีอยู่ไม่ตรงกับความต้องการ² ความเหงาไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเชิงอัตวิสัยของแต่ละบุคคล ความเหงาส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและ³ โดยสัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง และยังส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และเพิ่มระดับฮอร์โมนความเครียด นอกจากนี้ ความเหงายังสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ และอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การพยายามฆ่าตัวตาย และการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด⁴

โรคความผิดปกติของการใช้สารเสพติด หมายถึง รูปแบบการใช้สารเสพติดที่ทำให้เกิดการบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (DSM-5-tr)⁵ โดยสารเสพติดออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ใช้ ผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดมักมีปัญหาในการควบคุมการใช้สาร มีความอยากสารอย่างรุนแรง ละเลยภาระหน้าที่ และยังคงใช้สารต่อไปแม้จะประสบปัญหาจากการใช้สาร เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงิน หรือปัญหาทางกฎหมาย และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลอย่างการเริ่มใช้สารเสพติดในวัยรุ่นและปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและความเครียด ปัจจัยด้านครอบครัวที่รวมถึงการถ่ายทอดพฤติกรรมและปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก โดยเฉพาะการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมและความรุนแรงในครอบครัว⁶ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความไม่เสมอภาคทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม⁷ รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพและพันธุกรรมที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการพัฒนาโรค⁸

การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดมีหลากหลายรูปแบบ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด ผ่านวิธีการต่างๆ เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT)⁹ การสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)¹⁰ และการยอมรับและมุ่งมั่น (ACT)¹¹ รวมถึงการบำบัดแบบกลุ่มและครอบครัวที่ช่วยสร้างความเชื่อมโยงทางสังคม ดังเช่นโปรแกรม 'Groups for Belonging' ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดความเหงาและเพิ่มความผูกพันในกลุ่มคนที่กำลังติดสารเสพติด¹² แม้จะพบข้อจำกัดด้านการเข้าร่วมและการคงอยู่ในโปรแกรม แต่ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดต่อไป

แม้จะมีการพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาการใช้สารเสพติดในประเทศไทยยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่สังคมต้องเผชิญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบัน โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่ง

เป็นสถาบันบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชชั้นนำของประเทศ ยังพบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเข้ารับการรักษากันเป็นจำนวนมากทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาและทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในกลุ่มประชากรไทยอย่างละเอียด

จากการศึกษาในอดีตพบว่า ความเหงาและความผิดปกติของการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กัน^{13,14} โดยความเหงาอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการใช้สารเสพติด เนื่องจากบุคคลที่รู้สึกเหงาอาจหันไปใช้สารเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกเชิงลบ บรรเทาความทุกข์ หรือเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด ในทางกลับกันภาวะผิดปกติของการใช้สารเสพติดก็ส่งผลให้เกิดความเหงาได้เช่นกัน เนื่องจากการใช้สารเสพติดในระยะยาวส่งผลกระทบต่อสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ และมีปัญหาในการเข้าสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่แย่ลง การสูญเสียเพื่อน และการแยกตัวออกจากสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเหงาและการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากทั่วโลก การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความผิดปกติของการใช้สารเสพติดในโรงพยาบาลศรีธัญญา จะช่วยให้เราเข้าใจถึงระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหงาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการบำบัดที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต ลดโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ STY.CO.A001/2567 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติด (F10-F19) ตาม ICD-10 และกำลังเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี สามารถอ่านเขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ดี โดยมีอาการทางจิตสงบ (BPRS < 36) หากผู้เข้าร่วมมีอาการทางจิตกำเริบ มีภาวะพิษเฉียบพลัน (intoxication) หรือภาวะถอน (withdrawal) ตามรหัส F1x.0, F1x.3 และ F1x.4 จะถูกคัดออกจากการวิจัย โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบวัดความรู้สึกว่าเหงา UCLA 20 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Revised UCLA Loneliness Scale-Thai version) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นภายใน (Cronbach's alpha) อยู่ระหว่าง 0.80-0.88¹⁵ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป N4studies¹⁶ จากการศึกษาเรื่องความเหงาในผู้ป่วยสารเสพติด พบว่าความชุกของความเหงาในผู้ป่วยสารเสพติดอยู่ที่ร้อยละ 69.7 ของ

ประชากรในการศึกษา¹⁴ และกำหนดความคลาดเคลื่อน (margin of error) ที่ร้อยละ 10 ทำให้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ 165 คน เพื่อรองรับข้อผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 184 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการเก็บข้อมูลเริ่มต้นจากการคัดกรองและขอคำยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรและอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาตามหลักจริยธรรมในการวิจัย หลังจากนั้นจะเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากแฟ้มเวชระเบียน และให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้สึกว่าเหว่ UCLA 20 ข้อด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อคน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างถูกต้องและสมบูรณ์ ผลที่ได้จะถูกนำไปจัดจำแนกประเภทของความเหงาตามการศึกษาก่อนหน้า¹⁷

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบของร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของความเหงากับปัจจัยส่วนบุคคลเช่น ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ รายได้ โรคประจำตัว บุคคลที่อาศัยด้วยและปัจจัยการใช้สารเสพติดด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรแบบการถดถอยเชิงอันดับ (multiple ordinal logistic regression)

ผล

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเป็นเพศชายจำนวน 184 คน อายุเฉลี่ย 32.0 ปี (SD=8.5) สถานภาพโสด (ร้อยละ 83.7) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 56.5) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 52.2) มีรายได้โดยเฉลี่ย 9,673.7 บาทต่อเดือน ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.7) และอาศัยอยู่กับครอบครัว หรือญาติ (ร้อยละ 70.7) ข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีผลกับระดับความเหงาดังตารางที่ 1

อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้สารเสพติดคือ 18.0 ปี (SD=6.33) โดยกลุ่มที่เริ่มใช้สารเสพติดในช่วงอายุ 15-20 ปี มีจำนวนสูงสุด (ร้อยละ 30.9) ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดเฉลี่ยคือ 11.5 ปี (SD=6.73) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดมากกว่า 2 ชนิด (ร้อยละ 38.0) ยาบ้าเป็นสารเสพติดที่ใช้มากที่สุด (ร้อยละ 59.8) รองลงมาคือกัญชา (ร้อยละ 44.6) และแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 35.9) สารเสพติดที่ใช้น้อยที่สุดคือสารอนุพันธ์ฝิ่น (ร้อยละ 0.6) ดังตารางที่ 1 และรูปที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากรและข้อมูลการเสพยาเสพติด

		ระดับความเหงา จำนวน (ร้อยละ)				χ^2	p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	mild	moderate	moderately high		
เพศ	ชาย	184 (100.0)	9 (4.9)	123 (66.8)	52 (28.3)	-	-
	หญิง	0 (0.0)	-	-	-		
อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย (SD)	32.0 (8.5)					
	18-24 ปี	34 (18.5)	4 (2.2)	21 (11.5)	9 (4.9)	1.7	0.63
	25-30 ปี	60 (32.6)	1 (0.5)	40 (22.0)	19 (10.4)		
	31-39 ปี	45 (24.5)	1 (0.5)	30 (16.5)	14 (7.7)		
	> 39 ปี	43 (23.4)	3 (1.6)	31 (17.0)	9 (4.9)		
สถานภาพ	โสด	154 (83.7)	9 (4.9)	103 (56.3)	42 (23.0)	0.4	0.93
	สมรส	18 (9.7)	0 (0.0)	13 (7.1)	5 (2.7)		
	หย่าร้าง	8 (4.3)	0 (0.0)	5 (2.7)	3 (1.6)		
	หม้าย	3 (1.6)	0 (0.0)	2 (1.1)	1 (0.5)		
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	8 (4.3)	1 (0.5)	6 (3.3)	1 (0.5)	2.0	0.56
	ประถมศึกษา	42 (22.8)	3 (1.6)	28 (15.2)	11 (6.0)		
	มัธยมศึกษา	104 (56.5)	4 (2.2)	67 (36.4)	33 (17.9)		
	สูงกว่ามัธยมศึกษา	30 (16.3)	1 (0.5)	22 (12.0)	7 (3.8)		
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบ	37 (20.1)	1 (0.6)	23 (12.8)	13 (7.2)	1.1	0.57
	รับจ้าง	93 (50.5)	4 (2.2)	65 (36.1)	24 (13.3)		
	งานประจำ (อื่นๆ)	50 (27.2)	4 (2.2)	32 (17.8)	14 (7.8)		
รายได้ต่อเดือน (บาท)	ค่าเฉลี่ย (SD)	9,673.7 (8,270.73)					
	ไม่มีรายได้	42 (22.8)	1 (0.6)	26 (15.4)	15 (8.9)	1.3	0.74
	< 8,000	18 (9.8)	1 (0.6)	12 (7.1)	5 (3.0)		
	8,000-12,000	69 (37.5)	3 (1.8)	48 (28.4)	18 (10.7)		
	>12,000	40 (21.7)	2 (1.2)	27 (16.0)	11 (6.5)		
โรคประจำตัว	มี	40 (21.7%)	2 (1.1)	33 (17.9)	5 (2.7)	6.3	.01
	ไม่มี	144 (78.3%)	7 (3.8)	90 (48.9)	47 (25.5)		

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากรและข้อมูลการเสพยาเสพติด (ต่อ)

		ระดับความเหมา จำนวน (ร้อยละ)				χ^2	p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	mild	moderate	moderately high		
บุคคลที่อาศัยอยู่คนเดียว	อาศัยด้วย	17 (9.2)	1 (0.6)	9 (5.1)	7 (4.0)	4.8	0.19
	คู่สมรส	24 (13.0)	0 (0.0)	21 (11.9)	3 (1.7)		
	ครอบครัว ญาติ	130 (70.7)	8 (4.5)	84 (47.5)	38 (21.5)		
เพื่อน	เพื่อน	6 (3.3)	0 (0.0)	5 (2.8)	1 (0.6)	3.2	.07
	สูบบุหรี่	134 (72.8)	8 (4.3)	93 (50.5)	33 (17.9)		
	ไม่สูบบุหรี่	50 (27.2)	1 (0.5)	30 (16.3)	19 (10.3)		
อายุที่เริ่ม (ปี)		ค่าเฉลี่ย (SD) 18.0 (6.33)				3.8	0.71
<14 ปี		49 (28.0)	3 (1.7)	33 (18.9)	13 (7.4)		
14-15 ปี		39 (22.3)	2 (1.1)	29 (16.6)	8 (4.6)		
15-20 ปี		54 (30.9)	2 (1.1)	32 (18.3)	20 (11.4)		
>20 ปี		33 (18.9)	2 (1.1)	23 (13.1)	8 (4.6)		
ระยะเวลา (ปี)		ค่าเฉลี่ย (SD) 11.5 (6.73)				3.2	0.53
<6 ปี		44 (28.4)	4 (2.6)	30 (19.4)	10 (6.5)		
6-10 ปี		36 (23.2)	1 (0.6)	21 (13.5)	14 (9.0)		
10-15 ปี		41 (26.5)	2 (1.3)	26 (16.8)	13 (8.4)		
> 15 ปี		34 (21.9)	1 (0.6)	21 (13.5)	12 (7.7)		
จำนวนชนิด						3.2	0.53
1 ชนิด		46 (25.0)	3 (1.6)	26 (14.1)	17 (9.2)		
2 ชนิด		68 (37.0)	3 (1.6)	49 (26.6)	16 (8.7)		
>2 ชนิดขึ้นไป		70 (38.0)	3 (1.6)	48 (26.1)	19 (10.3)		

การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวระหว่างข้อมูลการใช้สารเสพติดและระดับความเหงาพบว่า การใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ สารอนุปันธุ์ ยาบ้า สารระเหย และสารหลอนประสาทไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความเหงาโดยรวม ยกเว้นการใช้สารระเหยมีความสัมพันธ์กับระดับความเหงาทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p=.04$) ในขณะที่จำนวนสารเสพติดที่ใช้มีความสัมพันธ์กับระดับความเหงาทางสังคม ($p=.04$) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับระดับความเหงาทางอารมณ์หรือสังคม (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงลำดับหลายตัวแปร (multiple ordinal logistic regression) ระหว่างระดับความเหงาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่มีค่า $p<0.2$ พบว่ามีเพียงระยะเวลาการเสพยาเสพติดน้อยกว่า 6 ปีที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความเหงาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=3.67, p=.02$) เมื่อเทียบกับการเสพยามากกว่า 15 ปี ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีแนวโน้มบางประการที่น่าสนใจ ได้แก่ การใช้กัญชาที่มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับความเหงาทั้งในภาพรวม ($OR=1.99, p=.07$) และความเหงาทางสังคม ($OR=1.94, p=.06$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ระหว่างการใช้สารเสพติดและระดับความเหงา

UCLA loneliness scale							
	จำนวน (คน)	Emotional loneliness		Social loneliness		Total loneliness	
		ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value	ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value	ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value
แอลกอฮอล์			0.12		0.53		0.68
ใช้	66	15.7 (2.55)		25.1 (3.64)		45.4 (5.60)	
สารอนุพันธ์ฝิ่น			0.59		0.64		0.49
ใช้	3	17.0 (3.61)		26.0 (2.65)		48.3 (6.03)	
ยาบ้า			0.98		0.80		0.90
ใช้	110	16.2 (2.64)		24.9 (4.35)		45.8 (6.61)	
กัญชา			0.37		0.17		0.19
ใช้	82	16.4 (2.59)		25.3 (4.19)		46.4 (6.27)	
สารระเหย			.04		0.70		0.48
ใช้	6	14.0 (3.10)		25.5 (4.32)		43.8 (6.59)	
สารหลอนประสาท			0.89		0.58		0.56
ใช้	11	16.3 (2.10)		24.8 (4.30)		46.8 (5.04)	
อายุที่เริ่ม			0.98		0.89		0.89
<14 ปี	49	16.2 (2.46)	0.55	24.5 (4.15)		45.2 (6.55)	
14-15 ปี	39	16.2 (2.40)	0.62	24.6 (4.71)		45.3 (6.69)	
15-20 ปี	54	16.3 (3.03)		25.0 (4.22)		46.2 (6.95)	
>20 ปี	33	16.1 (2.56)		25.1 (4.52)		45.7 (6.32)	
ระยะเวลา			0.27		.07		.07
<6 ปี	44	15.8 (2.50)		23.8 (4.35)		44.0 (6.79)	
6-10 ปี	36	17.0 (2.87)		26.3 (4.59)		47.92 (7.10)	
10-15 ปี	41	16.0 (2.61)		25.1 (3.95)		46.17 (6.12)	
> 15 ปี	34	16.3 (3.12)		25.6 (4.19)		46.62 (6.82)	
จำนวน			0.74		.04		0.20
1 ชนิด	46	16.4 (2.52)		24.8 (4.84)		45.8 (7.22)	
2 ชนิด	68	16.0 (2.73)		23.9 (4.44)		44.6 (6.69)	
> 2 ชนิด	70	16.2 (2.70)		25.8 (3.49)		46.6 (5.66)	

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ตัวแปรแบบการถดถอยเชิงอันดับหลายตัวแปร (multiple ordinal logistic regression)
ระหว่างระดับความเหงาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	B (95%CI)	SE	Wald	df	p-value
UCLA loneliness scale					
ใช้กัญชา	-0.69 (-1.42, 0.05)	0.37	3.39	1	.07
ไม่ใช้กัญชา	0 ^a			0	
จำนวนสารที่เสพ					
1 ชนิด	0.85 (-0.08, 1.78)	0.47	3.22	1	.07
2 ชนิด	-0.02 (-0.82, 0.79)	0.41	0.00	1	0.96
> 2 ชนิด	0 ^a			0	
ระยะเวลาที่เสพ					
< 6 ปี	-1.30 (-2.36, -0.23)	0.54	5.712	1	.02
6-10 ปี	-0.13 (-1.12, 0.85)	0.50	0.07	1	0.79
10-15 ปี	-0.38 (-1.34, 0.57)	0.49	0.62	1	0.43
> 15 ปี	0 ^a			0	
ความเหงาทางอารมณ์					
ใช้แอลกอฮอล์	0.55 (-0.10, 1.20)	0.33	2.79	1	0.10
ไม่ใช้แอลกอฮอล์	0 ^a			0	
ใช้สารระเหย	1.03 (-0.90, 2.96)	0.99	1.10	1	0.30
ไม่ใช้สารระเหย	0 ^a			0	
ความเหงาทางสังคม					
เสพกัญชา	-0.66 (-1.35, 0.04)	0.35	3.45	1	.06
ไม่เสพกัญชา	0 ^a			0	
จำนวนสารที่เสพ					
1 ชนิด	-0.04 (-0.91, 0.83)	0.45	0.01	1	0.93
2 ชนิด	-0.38 (-1.13, 0.39)	0.39	0.94	1	0.33
> 2 ชนิด	0 ^a			0	
ระยะเวลาที่เสพ					
< 6 ปี	-0.81 (-1.79, 0.17)	0.50	2.60	1	0.11
6-10 ปี	0.64 (-0.32, 1.59)	0.49	1.71	1	0.19
10-15 ปี	0.00 (-0.91, 0.91)	0.47	0.00	1	1.00
> 15 ปี	0 ^a			0	

B = Coefficient; 95% CI = 95% Confident Interval, SE = Standard error

0^a = กลุ่มอ้างอิง (reference category)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาระดับและประเภทของความเหงาในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพเศรษฐกิจและสังคมกับความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยรายได้ที่ต่ำอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเห็นความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติในการฟื้นฟูสภาพจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความเหงาในระดับปานกลางถึงระดับค่อนข้างสูง ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดและระดับความเหงาพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ที่ใช้และไม่ได้ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะแอลกอฮอล์ บุหรี่ สารอนุปันธิน และแอมเฟตามีน อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ใช้กัญชามีระดับความเหงาต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดเล็กน้อย แม้ว่าจะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า ระยะเวลาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระดับความเหงามากกว่าประเภทหรือจำนวนสารที่ใช้ โดยผู้ที่ใช้สารเสพติดน้อยกว่า 6 ปีมีระดับความเหงาต่ำกว่าผู้ที่ใช้มากกว่า 15 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) ผลการศึกษานี้อาจเกิดจากการที่ผู้เสพสารเสพติดระยะยาวมักประสบปัญหาการขาดการสนับสนุนจากสังคมและมีผลกระทบทางจิตใจ เช่น การแยกตัวจากสังคมและการพัฒนาความสัมพันธ์ที่เสียหาย ในขณะที่ผู้ที่เสพสารเสพติดระยะสั้นอาจยังคงรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมและมีผลกระทบทางจิตใจที่น้อยกว่าการใช้สารเสพติดระยะยาวที่มักนำไปสู่การถอยห่างจากความสัมพันธ์ทางสังคมและการสะสมของผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ผลการศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุว่าผู้ใช้สารเสพติดมีความเหงาสูงกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ¹⁷ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าความเหงาในผู้ติดสารเสพติดครอบคลุมทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นความเหงาทางครอบครัว สังคม อารมณ์ และความสัมพันธ์ใกล้ชิด ซึ่งความเหงาในแต่ละมิติเหล่านี้อาจมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ¹⁸

สรุป

ผู้ป่วยสารเสพติดที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญาพบความเหงาในผู้ป่วยเกือบทุกราย โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดน้อยกว่า 6 ปีมีระดับความเหงาต่ำกว่าผู้ที่ใช้สารเสพติดนานกว่า 15 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเหงาในกลุ่มผู้ป่วยนี้ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น อายุ การศึกษา หรือสถานภาพสมรส

ข้อจำกัดในการศึกษา

- กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ทำให้ไม่สามารถขยายผลไปสู่ผู้ป่วยเพศหญิงได้
- การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประเมินตนเองอาจมีอคติในการตอบ
- ปัจจัยรบกวน เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล อาจส่งผลต่อระดับความเหงา

กิตติกรรมประกาศ

ทุนสนับสนุนวิจัยจากมูลนิธิโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด นนทบุรี ปีการศึกษา 2566

ความรู้เดิม : งานวิจัยก่อนหน้านี้ได้ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความเหงาในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด รวมถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่อาจเกี่ยวข้อง

ความรู้ใหม่ : การศึกษานี้พบแนวโน้มใหม่เกี่ยวกับความชุกของความเหงาในกลุ่มผู้ป่วย และสามารถจำแนกประเภทของความเหงาในผู้ป่วยที่มีภาวะการใช้สารเสพติดได้ชัดเจนขึ้น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางบำบัดที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟู และช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหงามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Cacioppo JT, Patrick W. Loneliness: Human nature and the need for social connection. New York: W W Norton & Co; 2008.
2. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. In: Peplau LA, Perlman D, editors. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: John Wiley & Sons; 1982;24(3):1–18.
3. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Ann Behav Med 2010;40(2):218–227.
4. Mihalopoulos C, Le LKD, Chatterton ML, Bucholc J, Holt-Lunstad J, Lim MH, et al. The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2020;55(7):823–836.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., text rev. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2022.
6. Guyer H, Ringeisen H, Dever J, Liao D, Peytchev A, Carr C, et al. Mental and substance use disorders prevalence study: background and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2024;33(1).
7. Lui CK, Sterling SA, Chi FW, Lu Y, Campbell CI. Socioeconomic differences in adolescent substance abuse treatment participation and long-term outcomes. *Addict Behav* 2017;68(3):45–51.
8. Blum K, Bowirrat A, Baron D, et al. Biotechnical development of genetic addiction risk score (GARS) and selective evidence for inclusion of polymorphic allelic risk in substance use disorder (SUD). *J Syst Integr Neurosci* 2020;6(2):76-85.
9. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. In: *Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 33. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2010;8(4):511–525.
10. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(2011):CD008063.
11. Osaji J, Ojimba C, Ahmed S. The Use of Acceptance and Commitment Therapy in Substance Use Disorders: A Review of Literature. *J Clin Med Res* 2020;12(5):629–633.
12. Ingram I, Kelly PJ, Haslam C, O’Neil OJ, Deane FP, Baker AL, et al. Reducing loneliness among people with substance use disorders: Feasibility of ‘Groups for Belonging.’ *Drug Alcohol Rev* 2020;39(5):495–504.
13. Best D, Gow J, Taylor A, Knox A, White W. Recovery from heroin or alcohol dependence: A qualitative account of the recovery experience in Glasgow. *J Drug Issues* 2011;41(3):359–378.
14. Ingram I, Kelly PJ, Deane FP, Baker AL, Goh MCW, Raftery DK, et al. Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. *Drug Alcohol Rev* 2020;39(5):447–483.
15. Wongpakaran T, Wongpakaran N. UCLA Loneliness Scale: Thai version. Unpublished manuscript. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2020.

16. Ngamjarus C. n4Studies: Sample Size Calculation for an Epidemiological Study on a Smart Device. Siriraj Med J [internet]. 2016 Jun. 9 [cited 2025 Mar. 8];68(3):160-67. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj/article/view/58342>
17. Maes M, Qualter P, Lodder GMA, Mund M. How (Not) to Measure Loneliness: A Review of the Eight Most Commonly Used Scales. Int J Environ Res Public Health 2022;19(8):145-68
18. Hosseinbor M, Yassini Ardekani SM, Bakhshani S, Bakhshani S. Emotional and Social Loneliness in Individuals With and Without Substance Dependence Disorder. Int J High Risk Behav Addict 2014;3(3):39-52