

ประสิทธิผลและความปลอดภัยในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี

ธีระ ศรีโยธี, พ.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - กรกฎาคม 2568 ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 50 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ค่า CVI= 1 Visual Analog Scale วัดความอยากยา =0.86 ลักษณะอาการผู้ป่วย $\alpha = 0.88$ และความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย $\alpha = 0.94$ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานคือ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการบำบัดและการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) บริการระยะแรกรับ 2) กระบวนการรักษาร่วมกับบำบัดฟื้นฟูด้วยยาการุณยโอสถ 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การติดตามดูแลป้องกันการเสพยาซ้ำ 5) การวางแผนจำหน่าย หลังทดลองระดับความรู้สึkyอยากยาของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 64.0 เป็นร้อยละ 84.0 ค่าเฉลี่ยความรู้สึkyอยากยาโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.452, p = 0.001$) ใช้ยารักษาทางการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 100.0 ใช้ร่วมกับสมาธิบำบัดเพื่อลดอาการก้าวร้าว ร้อยละ 50.0 การจำหน่ายเมื่อครบกำหนดรักษา ร้อยละ 90.0 ผู้ป่วยมีความอยากยาลดลง จาก 5.32 ± 1.39 เป็น 4.84 ± 1.41 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.452, p = 0.001$) และความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.693, p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการบำบัดและการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทยนี้ สามารถใช้ลดอาการก้าวร้าว ช่วยให้นอนหลับ ควรนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและช่วยให้ความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด การแพทย์แผนไทย

* โรงพยาบาลห้วยเก็ง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness and safety of treating to addiction patients using Thai traditional medicine Huai Keng Hospital Udon Thani Province

Theera Sriyothee, MD.*

Abstract

This quasi-experimental study aims to study effectiveness and safety of treating to addiction patients using Thai traditional medicine Huai Keng Hospital Udon Thani Province. Between October 2024 and July 2025, the sample consisted of 50 drug addicts. Research instruments were questionnaires, including general information and self-help ability of the patients, CVI = 1, Visual Analog Scale measures drug craving = 0.86, patient symptom characteristics alpha = 0.88 and patient daily activity ability alpha = 0.94. Data analysis was performed using descriptive statistics and inferential statistics was paired t-test.

The results: program of drug addiction treatment and rehabilitation using Thai traditional medicine at Huai Keng Hospital, Udon Thani Province, consists of 5 steps: 1) initial admission service 2) treatment process with rehabilitation therapy using Karun Osot medicine 3) rehabilitation 4) follow-up care to prevent drug addiction relapse 5) discharge planning. After the experiment, the patients' drug craving level decreased from 64.0% to 84.0%. The overall mean drug craving level decreased significantly ($t= 3.452$, $p=0.001$). Use of Thai traditional medicine 100.0%, combined with meditation therapy to reduce aggression 50.0%, and distribution when treatment period complete 90.0%. Patients had reduction in cravings for drugs symptoms from 5.32 ± 1.39 to 4.84 ± 1.41 . The mean overall psychiatric symptoms were significantly reduced ($t= 3.452$, $p=0.001$) and overall ability of patients to perform daily activities was significantly increased ($t= -4.693$, $p<0.001$).

Suggestions: This Thai traditional medicine drug addiction treatment and rehabilitation program used to reduce aggression, help sleep, should be used safely with patients and help improve daily activities.

Keywords: Addiction Patients Rehabilitation Therapy, Thai traditional Medicine

* Huai Kaeng Hospital, Kumphawapi District, Udon Thani Province

บทนำ

ในประเทศไทย สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ ยาเสพติดแบบแยกตามประเภทของตัวยา 3 อันดับที่พบมากที่สุด ได้แก่ เมทแอมเฟตามีน (สารเสพติด) จำนวน 129,686 คน ยาไอซ์ จำนวน 17,762 คน และกัญชา จำนวน 1,051 คน ตามลำดับ สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดียาเสพติดแบบแยกตามประเภทคดี 3 อันดับที่พบมากที่สุด ได้แก่ รวมทุกประเภทยาเสพติดเพื่อจำหน่าย จำนวน 149,214 คน ครอบครองเพื่อจำหน่าย จำนวน 119,464 คน และรวมเสพติดทุกประเภท จำนวน 22,364 คน ตามลำดับ¹ สำหรับสถิติของผู้ป่วยสารเสพติด จากรายงานกระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษา ทั้งหมด 120,915 คน ยาเสพติดหลักที่ใช้ ได้แก่ สารเสพติด จำนวน 96,248 คน ยาไอซ์ จำนวน 7,089 คน เฮโรอีน จำนวน 6,325 คน กัญชา จำนวน 4,520 คน ผีน 2,803 คน และยาเสพติดอื่นๆ จำนวน 3,930 คน การจำแนกผู้ป่วย พบว่า มีผู้ใช้ จำนวน 8,359 คน ผู้เสพ จำนวน 76,061 คน และผู้ติดยา จำนวน 36,459 คน การเข้ารับการรักษา ได้แก่ ระบบสมัครใจ จำนวน 86,255 คน ระบบบังคับ จำนวน 1,638 คน ระบบต้องโทษ จำนวน 23,871 คน²

ยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน จะออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดความเครียด ความดันโลหิตสูง และเสพติดได้ง่าย³ ประเทศไทยในปัจจุบันการบำบัดมีทั้งแบบใช้ยาแผนปัจจุบันและการใช้ยาแผนไทยและสมุนไพรในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดยาเสพติด จากข้อมูลสถิติการรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติด ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคได้ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บำบัด รักษา ฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด โดยการใช้แพทย์แผนไทยมีตำรับยาอดยาบ้าที่ช่วยลดอาการถอนยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่กว่า ร้อยละ 90 ติดยาเสพติดประเภทยากลุ่มแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า สำหรับกระบวนการรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ยาแผนไทยและสมุนไพรในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย ตำรับยาการุณย์โอสถ ที่ใช้ในกรณีผู้ติดยาเสพติด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยตำรับยาดังกล่าว มีประสิทธิผลตอบสนองในการรักษาเป็นที่น่าพอใจ⁴

จากสถิติผู้ป่วยที่ใช้บริการโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี พบว่ามีผู้ป่วยที่ใช้บริการทางการแพทย์แผนไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 323 คน, 322 คน และ 658 คน ตามลำดับ ผู้รับบริการแพทย์แผนไทยด้วยกระบวนการบำบัดยาเสพติด มีจำนวน 11 คน (ร้อยละ 3.41) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 2.48) และจำนวน 31 คน (ร้อยละ 4.71) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับผู้ป่วยสะสมถึงปี พ.ศ. 2567 มีจำนวน 50 คน ซึ่งกระบวนการบำบัดยาเสพติด เป็นกระบวนการที่ใช้เวลา ความพยายาม และองค์ความรู้ทางการแพทย์เฉพาะทางที่เข้มข้น เฉกเช่นเดียวกับการรักษาโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต และมะเร็ง ผู้ที่เคยผ่านกระบวนการรักษาโรคเรื้อรังดังที่กล่าวมาแล้ว จะเข้าใจดีว่าการทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์และผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญและสร้างความแตกต่างในกระบวนการรักษาได้มาก⁵ ทั้งนี้ ไม่ใช่เรื่องง่ายนักที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจการละทิ้งชีวิตประจำวันทั้งหมดและมุ่งหน้าเข้าสู่สถานบำบัดเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดยาเสพติดหรือการบำบัดสุขภาพจิต นอกจากนี้หลังจากที่ผู้เข้ารับการรักษาตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการบำบัด ยังต้องใช้เวลากว่าที่ผู้ป่วยเหล่านั้นจะเปิดใจและให้ความไว้วางใจกับทีมงานบำบัดซึ่งเป็นคนแปลกหน้า การเข้าสู่กระบวนการบำบัดยาเสพติดโดยรวมแล้วก็คือกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการรักษาได้หันมาใส่ใจสุขภาพในองค์รวม โดยมีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางคอยให้คำชี้แนะตลอดเส้นทาง ในระหว่างที่อยู่ในกระบวนการบำบัดนั้น ผู้เข้ารับการรักษาสามารถเป็นตัวของตัวเองได้ และไม่ต้องกังวลว่าจะถูกตัดสิน และไม่ต้องสร้างทำเป็นว่าสบายดี ทั้งที่ในใจนั้นเป็นทุกข์ เมื่อเริ่มต้นเข้าสู่กระบวนการบำบัด ทีมผู้ให้บริการจะเริ่มทำการประเมินสุขภาพทางกายและด้านจิตใจอย่างครอบคลุม เมื่อจบโปรแกรมการบำบัดแล้ว จะมีกลไกดูแลและคอยติดตามผลเป็นระยะ ดังนั้นกลไกการดูแลที่ครอบคลุมของโรงพยาบาลที่ให้การบำบัด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประคับประคองให้ผู้เข้ารับการรักษาสามารถใช้ชีวิตโดยปราศจากสารเสพติดได้ในระยะยาว ด้วย

เหตุผลเหล่านี้ จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ

1. ลักษณะอาการผู้ป่วย ประกอบด้วย อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งด้านกาย/ใจ อาการเหนื่อยหอบ และนอนไม่หลับ
2. โปรแกรมการบำบัดและการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) บริการระยะแรกรับ 2) กระบวนการรักษาร่วมกับบำบัดฟื้นฟูด้วยยาสมุนไพร 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การติดตามดูแล ป้องกันการเสพยาซ้ำ 5) การวางแผนจำหน่าย

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้สึกรอยกายและความสามารถในการกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ศึกษาในโรงพยาบาลห้วยเก็ง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567-กรกฎาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย จำนวน 50 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁶ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

Z_{α} = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

Z_{β} = กำหนดค่า Power of Test เท่ากับ 90 มีค่าเท่ากับ 1.28

σ_d^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม

μ_d = ผลต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ การวิจัยนี้อ้างอิงความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Peterson et al.⁷ ศึกษาการติดตามรายงานอาการผู้ป่วยติดยาเสพติด

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ติดเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ที่สมัครใจบำบัด อายุ 18-50 ปี ไม่มีการเจ็บป่วยร้ายแรงทางกายหรือทางจิตและที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้รับบริการแพทย์แผนไทยในกระบวนการบำบัดยาเสพติด ที่มีการเสพติดนอกเหนือจากเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) มีการเจ็บป่วยร้ายแรงทางกายหรือทางจิตที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการบำบัดทางการแพทย์แผนไทย จนครบ

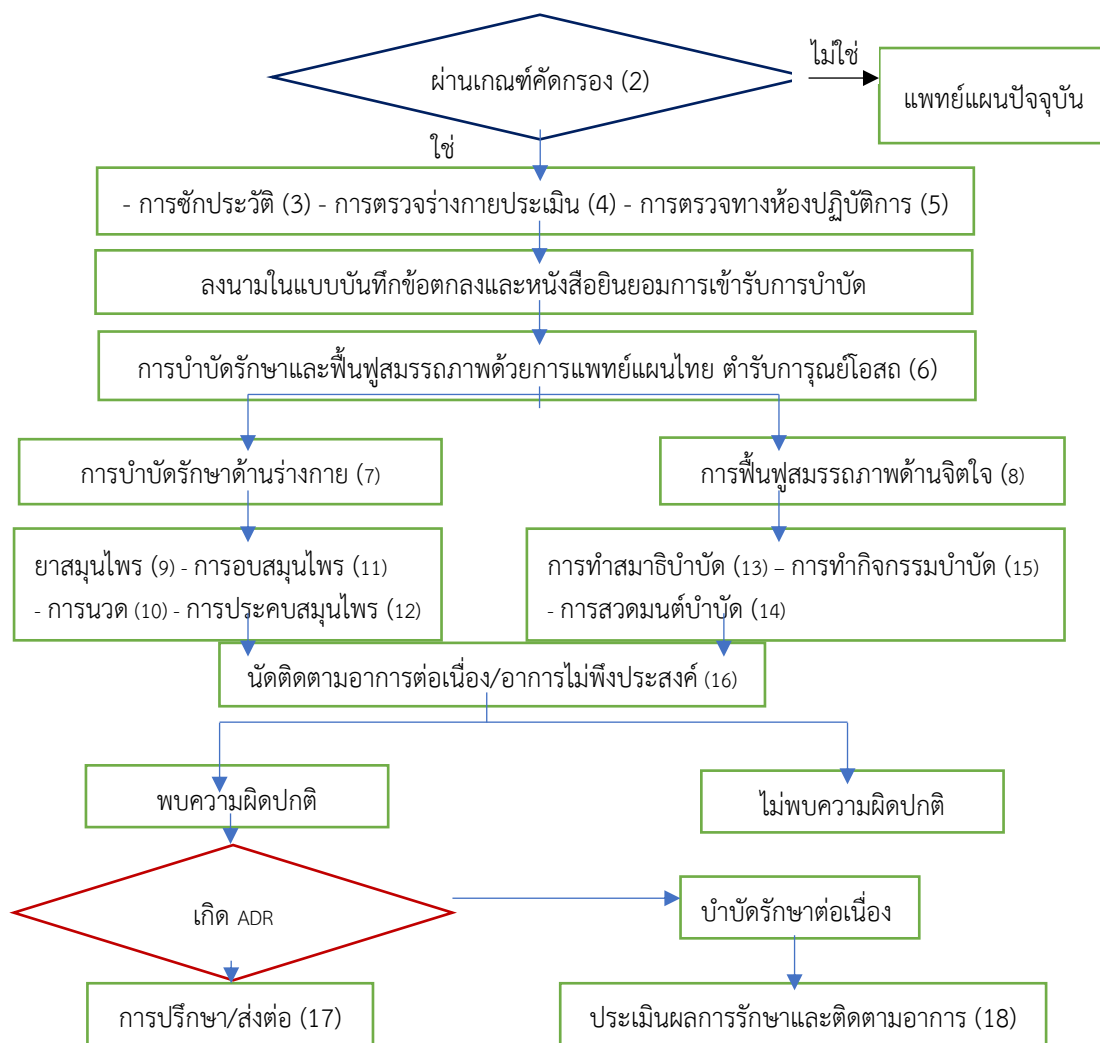
โครงสร้าง ตำรับยาอดยาบ้า ซึ่งผลิตโดยกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร⁸

สมุนไพรหลัก ประกอบด้วย รากบัวหลวง, หล้าหนวดแมว, บอระเพ็ด, รากชะเอมเทศ, เหง้าขิงแห้ง, ใบกระเพราแดง, รากตองแตก, เถาวัลย์เปรียง **สรรพคุณรวม:** ใช้ลดอาการอยากยาโดยเฉพาะยาบ้า, ถอนพิษยาเสพติด, ลดความเครียด, บำรุงหัวใจ, ปรับสมดุลธาตุ, ช่วยให้นอนหลับ

กลไกการออกฤทธิ์: ลดระดับคอร์ติซอลและอะดรีนาลีนในเลือด ต้านการอักเสบและต้านอนุมูลอิสระ ปรับการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ขับสารพิษผ่านทางปัสสาวะและเหงื่อ การปรับยา: ช่วงแรก (ถอนยา) เพิ่มสมุนไพรฤทธิ์เย็นและขับปัสสาวะ และช่วงฟื้นฟู เพิ่มสมุนไพรบำรุงธาตุและเลือด

การให้ยา: วิธีใช้ ต้มสมุนไพรดื่มวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และค่อยๆ ปรับลดขนาดยาลงทุกกระยะ 1-2 วัน การติดตามผล: วันที่ 0, 7, 14 และติดตามต่อ 1 เดือน

ตำรับยาการุณย์โอสถ ผลิตโดย กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร มีสรรพคุณใช้ลดอาการอยากยาในผู้ป่วยเสพติดยา โดยเฉพาะยาบ้า วิธีใช้ ให้เตรียมยา 1 เม็ด ละลายในน้ำ 150 – 250 มิลลิลิตร รับประทาน วันละ 1-2 ครั้ง หรือตามที่แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์สั่ง เพื่อควบคุมอาการอยากยา โดยขนาดที่ได้รับต่อวันไม่ควรเกิน 5 เม็ด/วัน รับประทานต่อเนื่อง 14 วัน และค่อยๆปรับลดขนาดยาลงทุกกระยะ 1-2 วัน และติดตาม 1 เดือน



ภาพที่ 1 Flow chart แนวทางเวชปฏิบัติการบำบัดยาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

จากภาพที่ 1 กระบวนการบำบัด 18 ขั้นตอน ดังนี้ 1) คลินิกบำบัดยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย ประเมินผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์คัดกรองเข้ารับรักษา โดยการซักประวัติ ให้การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยยา 3) ตรวจร่างกายการวินิจฉัยความผิดปกติในผู้ป่วยโรคร่วมทางจิต 4) การตรวจร่างกายประเมิน ความผิดปกติทางกาย

5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6) ลงนามในแบบบันทึกข้อตกลงและหนังสือยินยอมการเข้ารับการบำบัด 7) การบำบัดรักษาด้วยร่างกายด้วยตำรับการุณย์โอสถ 8) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ 9) จัดกิจกรรมโปรแกรมบำบัดด้วยยาสมุนไพร 10) การนวด 11) การอบสมุนไพร 12) การประคบสมุนไพร 13) การทำสมาธิบำบัด 14) สมาธิบำบัด 15) การทำกิจกรรมบำบัด อากาศทางกาย 16) ขั้นตอนการติดตามดูแล (After-Care) โดยการติดตามดูแลผู้เลิกยา 17) การส่งต่อ 18) อธิบายสถานที่ส่งต่อหรือวันนัดมาพบแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่เสพยาเสพติด ชนิดยาเสพติด ชนิดยาเสพติด จำนวนครั้งของการบำบัดรักษา จำนวนครั้งใน 6 เดือนที่ผ่านมาเคยกลับไปเสพยาซ้ำ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 ผลตรวจรักษา (โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก) ได้แก่ น้ำหนักตัว/ส่วนสูง อาการเรื้อรัง การวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ยารักษาทางการแพทย์แผนไทย ได้รับกิจกรรมการบำบัดทางแพทย์แผนไทย ชนิดของการจำหน่าย สรุปรายวันนอน สรุปรักษา

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้สึกลอยกาย Visual Analog Scale ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก the subjective effects measures ของ Peterson et al.⁷

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถกิจวัตรประจำวันผู้ใช้สารเสพติด⁹ จำนวน 54 ข้อ การให้คะแนนประเมิน 0 =ไม่ทำเลย 1 =ต้องคอยกระตุ้น 2 =ทำได้บางครั้ง และต้องแนะนำ 3 =ทำได้เองตามความเหมาะสม 4 =ทำเองได้ทั้งหมด และ 5=สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

คะแนนรวม 270 คะแนน กำหนดระดับเกณฑ์คะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	คะแนน	ความหมายระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวัน
1	1-90	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือรบกวนความสงบผู้อื่น
2	91-180	ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง
3	181-270	ช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ สามารถรับจ้างทำงานได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทีมผู้ช่วยวิจัย แจกวัสดุประสงค์ รายละเอียดของโครงการและการเก็บข้อมูลเป็นความลับตามหลักจริยธรรมของการทำวิจัยในมนุษย์ โดยขอให้แจ้งยืนยันความยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งให้ผู้ดูแล (ถ้ามีหรือกรณีลงนามไม่ได้) ลงนามในการเข้าร่วมการวิจัยแทนผู้ป่วย

2. กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรงจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล 5 นาที โดยไม่กำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม

3. เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ในวันแรกกับผู้ป่วย (pretest) และก่อนจำหน่าย (posttest)

4. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มอาสาสมัครมาให้คะแนน บันทึกข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะอาการผู้ป่วย และ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย แสดงค่า ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่าง

ระหว่างแรกรับและก่อนจำหน่าย สำหรับวิเคราะห์ความรู้สึกลอยกายและความสามารถกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 1268 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองของ Kemmis และ McTaggar¹⁰ วงจร PDCA คือ วางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) สังเกตการปฏิบัติ (Check) และการประเมินผล (action) ผลการพัฒนาได้คู่มือการจัดกิจกรรมโปรแกรมการบำบัด 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) บริการระยะแรกรับ 2) กระบวนการรักษาบำบัดฟื้นฟูด้วยยาการุณยโอสถ 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การติดตาม 5) การวางแผนจำหน่าย

2. ผลการดูแลรักษาผู้ป่วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 อายุต่ำกว่า 50 ปี ร้อยละ 74.0 (mean= 42.06, SD= 10.37, min= 19, max= 63) ระยะเวลาที่เสพยาเสพติด 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.0 (mean= 6.20, SD= 2.48, min= 2, max= 11) การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน คือ Opioids ร้อยละ 46.0 ยารักษาทางการแพทย์แผนไทย คือ น้ำมันกัญชา ร้อยละ 100.0 กิจกรรมบำบัดแพทย์แผนไทยมากที่สุด คือ สมุนไพรบำบัด ลดอาการก้าวร้าว ร้อยละ 50.0 ชนิดของการจำหน่าย คือ ครบกำหนดรักษา ร้อยละ 90.0 จำนวนวันนอน 1 วัน ร้อยละ 30.0 ค่าใช้จ่ายในการรักษา 1,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 18.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=50)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	35	70.0
	หญิง	15	30.0
อายุ (mean= 42.06, SD= 10.37, min= 19, max= 63)			
	ต่ำกว่า 50 ปี	37	74.0
	50-59 ปี	11	22.0
	60 ปีขึ้นไป	2	4.0
ระยะเวลาที่เสพยาเสพติด (mean= 6.20, SD= 2.48, min= 2, max= 11)			
	ต่ำกว่า 5 ปี	12	24.0
	5 ปีขึ้นไป	38	76.0
การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน			
	ไม่มี	8	16.0
	Opioids	23	46.0
	อื่นๆ	19	37.2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=50) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ยารักษาทางการแพทย์แผนไทย		
น้ำมันกัญชา	50	100.0
กิจกรรมบำบัดแพทย์แผนไทย		
สมาธิบำบัด ลดอาการก้าวร้าว	25	50.0
โปรแกรมบำบัดทางจิต ปรับความคิด อารมณ์ พฤติกรรม	15	30.0
สมาธิบำบัด นวด ประคบ	10	20.0
ชนิดของการจำหน่าย		
ครบกำหนด	45	90.0
เปลี่ยนรูปแบบการรักษา	5	10.0
จำนวนวันนอน		
ไม่มี	24	48.0
1 วัน	15	30.0
2 วัน	11	22.0
ค่าใช้จ่ายในการรักษา		
ไม่มี	35	70.0
ต่ำกว่า 1,000 บาท	6	12.0
1,000 บาทขึ้นไป	9	18.0

2.2 กิจกรรมบำบัดแพทย์แผนไทย มากที่สุด คือ สมาธิบำบัด ร้อยละ 50.0 ครบกำหนดรักษา ร้อยละ 90.0 จำนวนวันนอน 1 วัน ร้อยละ 30.0 ค่าใช้จ่ายในการรักษา 1,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 18.0 ความรู้สึกอยากยา Visual Analog Scale (VAS) หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากยาลดลงมากที่สุด คือ ความรู้สึกพูดไม่ออก (tongue-tied) จาก 6.50 ± 1.44 เป็น 3.08 ± 1.51 รองลงมา คือ ความรู้สึกถูกกระตุ้น (stimulated) จาก 8.44 ± 2.05 เป็น 4.06 ± 1.30 และมีความรู้สึกอยากยาลดลงน้อยที่สุด คือ ความรู้สึกหิว (hungry) จาก 9.36 ± 2.32 เป็น 5.12 ± 1.23 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้สึกอยากยาของผู้ป่วย ระหว่างแรกรับและก่อนจำหน่าย (n=50)

ความรู้สึกอยากยา	แรกรับ	ก่อนจำหน่าย
	Mean±S.D.	Mean±S.D.
1. ความรู้สึกพูดไม่ออก (tongue-tied)	6.50±1.44	3.08±1.51
2. ความรู้สึกถูกกระตุ้น (stimulated)	8.44±2.05	4.06±1.30
3. ความรู้สึกกังวล (anxious)	7.44±1.03	5.06±1.30
4. ความรู้สึกมีอารมณ์พุ่งสูง (high)	9.32±2.39	4.84±1.41
5. ความรู้สึกหวาดระแวง (paranoid)	7.62±1.14	5.04±1.27
6. ความรู้สึกแย่ (bad)	8.80±2.05	5.42±1.43
7. ความรู้สึกกระสับกระส่าย (restless)	8.64±2.29	4.24±1.42
8. ความรู้สึกอยากเสพสาร (craving)	9.54±2.24	4.18±1.20
9. ความรู้สึกหิว (hungry)	9.36±2.32	5.12±1.23

2.3 ผลการวิเคราะห์ด้านความปลอดภัย พบว่า มีความปลอดภัยสูงผู้ป่วยได้รับยาแผนไทยตำรับยา การุณย์โอสถ ทั้งหมด 50 คน ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยา คิดเป็นร้อยละ 100.0 ก่อนจำหน่ายทำให้ ความรู้สึกอยากยาลดลง เพิ่มจากร้อยละ 64.0 เป็นไม่รู้สึกอยากยา ร้อยละ 84.0 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้สึกอยากยาของผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังทดลอง (n=50)

ระดับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงความเสี่ยง	แรกจับ		ก่อนจำหน่าย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่รู้สึกอยากยา (9.0-27.0 คะแนน)	0	0.0	8	16.0
ความรู้สึกอยากยาหรือลืมใช้ยาตามแพทย์สั่ง (27.01-54.0 คะแนน)	32	64.0	42	84.0
รู้สึกอยากยา หยุดหรือลืมใช้ยาทุกวันและไม่ตรงตาม แพทย์สั่ง (54.01-90.0 คะแนน)	18	36.0	0	0.0

ค่าเฉลี่ยความรู้สึกอยากยาของผู้ป่วย พบว่า หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกอยากยาของผู้ป่วย โดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.452, p = 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความรู้สึกอยากยาของผู้ป่วยโดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง (N=50)

ความรู้สึกอยากยาของผู้ป่วย	คะแนนเต็ม	Mean±S.D.	95%: CI	t	p-value
ก่อนทดลอง	90 คะแนน	75.66±2.47	3.23-12.24	3.452	0.001*
หลังทดลอง	90 คะแนน	41.04±2.30			

* $p < .05$, Paired t-test

3. ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน พบว่า ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีความสามารถในกิจวัตร ประจำวันเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การดูโทรทัศน์ จาก 4.34 ± 0.84 เป็น 4.69 ± 0.78 รองลงมาคือ การเปิด-ปิด ประตูหน้าต่าง จาก 4.04 ± 1.12 เป็น 4.63 ± 0.04 และมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ การเข้าร่วมกิจกรรมกีฬา จาก 2.24 ± 0.84 เป็น 3.24 ± 0.73 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระหว่างแรกจับและก่อนจำหน่าย (n=50)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย	แรกจับ	ก่อนจำหน่าย
	Mean±S.D.	Mean±S.D.
ทักษะการดูแลตนเอง		
1. การรักษาความสะอาดของผมและหนังศีรษะ	2.62±0.63	2.74±0.63
2. การแปรงฟัน	4.00±0.67	4.10±0.61
3. การอาบน้ำ	3.50±0.70	3.60±0.72
4. การตัดเล็บมือ เล็บเท้า โกนหนวด เครา	3.36±0.63	3.42±0.64
5. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	4.00±0.75	4.06±0.71
6. การรับประทานยา	2.66±0.62	2.74±0.63
7. การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	4.00±0.63	4.10±0.61
8. การแต่งกาย	3.48±0.70	3.60±0.72
9. การนอนหลับพักผ่อน	3.34±0.62	3.42±0.64

ตารางที่ 5 ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระหว่างแรกรับและก่อนจำหน่าย (n=50) (ต่อ)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย	แรกรับ	ก่อนจำหน่าย
	Mean±S.D.	Mean±S.D.
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน		
1. การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย	3.98±0.76	4.06±0.71
2. การจัดเก็บและทำความสะอาดเครื่องนอน	3.98±1.09	4.28±0.83
3. การดูแลความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม เครื่องสุขภัณฑ์	4.22±1.01	4.44±0.73
4. การซักเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม	4.16±0.99	4.50±0.50
5. การเปิด-ปิดไฟฟ้า	4.26±0.96	4.58±0.49
6. การเปิด-ปิดน้ำประปา	3.86±1.24	4.50±0.50
7. การเปิด-ปิดประตูหน้าต่าง	4.04±1.12	4.63±0.04
8. การประกอบอาหารรับประทาน	4.04±1.12	4.36±0.72
9. การจัดเก็บเครื่องใช้ภายในบ้าน	3.86±1.19	4.44±0.73
ทักษะทางสังคม		
1. การสนใจสิ่งแวดล้อม	4.16±1.05	4.52±0.50
2. การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	4.34±0.84	4.58±0.49
3. ความไว้วางใจผู้อื่น	4.04±1.02	4.32±0.79
4. ความสามารถในการสื่อสาร	4.26±0.82	4.44±0.73
5. การรู้จักขอบคุณและขอโทษ	4.22±0.88	4.50±0.50
6. การรู้จักขอยืมของใช้จากผู้อื่น	4.26±0.96	4.58±0.49
7. การรู้จักให้และรับ	4.18±0.94	4.50±0.50
8. การควบคุมอารมณ์	4.30±0.90	4.58±0.49
9. การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น	4.36±0.72	4.50±0.50
ทักษะการทำงาน		
1. ความรับผิดชอบในการทำงาน	4.38±0.69	4.58±0.49
2. ช่วงความสนใจในการทำงาน	4.12±1.06	4.28±0.83
3. ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น	4.20±0.96	4.44±0.73
4. การปฏิบัติตามขั้นตอนของการทำงาน	4.30±0.90	4.50±0.50
5. การดูแลเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์	4.30±0.90	4.58±0.49
6. การให้ความร่วมมือในการทำงาน	4.16±1.05	4.50±0.50
7. ความละเอียดของงาน	4.34±0.84	4.58±0.49
8. ความสามารถในการเรียนรู้งานใหม่ ๆ	4.16±1.01	4.36±0.72
9. ความต้องการหางานทำ	4.20±0.96	4.44±0.73
ทักษะการพักผ่อน		
1. การพูดคุยเพื่อผ่อนคลาย	4.30±0.90	4.52±0.50
2. การเข้าร่วมกิจกรรมดนตรี	4.26±0.96	4.58±0.49
3. การเข้าร่วมเกมกิจกรรมต่าง ๆ	4.12±0.87	4.32±0.79
4. การเข้าร่วมกิจกรรมกีฬา	2.24±0.84	3.24±0.73
5. การอ่านหนังสือ	4.26±0.72	4.50±0.50
6. การดูโทรทัศน์	4.34±0.84	4.69±0.78
7. การฟังวิทยุ	4.28±0.70	4.50±0.50
8. การดูแลสิ่งแวดล้อม	4.34±0.84	4.58±0.49
9. การเข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์	4.42±0.64	4.50±0.50

ตารางที่ 5 ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระหว่างแรกรับและก่อนจำหน่าย (ต่อ)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย	แรกรับ	ก่อนจำหน่าย
	Mean±S.D.	Mean±S.D.
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน		
1. ความสามารถในการเดินทาง	3.84±0.86	4.58±0.49
2. การใช้พาหนะได้ถูกต้องและปลอดภัย	3.80±0.85	4.00±0.85
3. การใช้ถนนอย่างปลอดภัย	3.94±0.86	4.14±0.83
4. การรู้จักเลือกซื้อสินค้า	3.82±1.04	3.98±0.86
5. การรู้จักใช้จ่ายเงินในการซื้อสินค้า	3.66±1.11	4.14±0.83
6. การรู้จักขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น	3.62±1.19	4.06±0.86
7. การรู้จักใช้แหล่งอำนวยความสะดวกในชุมชน	3.86±1.05	4.14±0.83
8. รู้จักบทบาทและหน้าที่ของตนเอง	3.62±1.19	3.94±0.84
9. รู้จักสิทธิของตนเอง	3.60±1.17	4.14±0.78

ระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่า ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 66.0 เป็นร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระหว่างแรกรับและก่อนจำหน่าย (n=50)

ระดับกิจวัตรประจำวัน	แรกรับ		ก่อนจำหน่าย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
270 คะแนน				
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (1-90 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (91-180 คะแนน)	17	34.0	0	0.0
ช่วยเหลือตนเองได้ (181-270 คะแนน)	33	66.0	50	100.0

ค่าเฉลี่ยความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย พบว่า ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.693, p < 0.001$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโดยรวม แรกรับและก่อนจำหน่าย (n=50)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน 270 คะแนน	Mean±S.D.	95%: CI	t	p-value
แรกรับ	200.90±46.66	16.79-41.96	-4.693	0.000*
ก่อนจำหน่าย	230.28±24.40			

*p < .05, Paired t-test

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ผลการพัฒนาได้คู่มือการจัดกิจกรรม โปรแกรมการบำบัดและการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) บริการระยะแรกรับ 2) กระบวนการรักษาร่วมกับบำบัดฟื้นฟูด้วยยาการุณย์ไอสด 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การติดตามดูแล ป้องกันการเสพยาซ้ำ 5) การวางแผนจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้ตำรับยาการุณย์ไอสดแผนไทย มีความปลอดภัยโดยไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง¹¹ การศึกษาที่พบว่า กัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์โดดเด่นในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้กัญชาทางการแพทย์บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง¹² และการศึกษาประสิทธิผลของตำรับยาการุณย์ไอสดต่อคุณภาพ

การนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่พบว่า การใช้ตำรับยาการุณย์โอสถมีผลทำให้คุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสามารถหลับดีขึ้น¹³

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากยาลดลงมากที่สุด คือ ความรู้สึกพูดไม่ออก (tongue-tied) รองลงมา คือ ความรู้สึกถูกกระตุ้น (stimulated) และมีความรู้สึกอยากยาลดลงน้อยที่สุด คือ ความรู้สึกหิว (hungry) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความรู้สึกอยากยาของผู้ป่วย พบว่า หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกอยากยาของผู้ป่วยโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดและการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การบำบัดและการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย ศึกษานี้บอกได้ว่า สมารถบำบัดสามารถลดอาการก้าวร้าวได้และการใช้กัญชาทางการแพทย์มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ยาสมุนไพรมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการนอนยาโอปิออยด์ได้ เช่น อาการท้องผูก ท้องเสีย ปวดกระดูก เหงื่อออก และนอนไม่หลับ ได้เทียบเท่ากับเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบันทั่วไป เช่น บูพริโนอร์ฟิน โคลนิติน และเมทาโดน ดังนั้นผู้ป่วยยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนสามารถใช้สมุนไพรรักษาได้ดีมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ¹⁴ และการศึกษา ผู้ป่วยยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในผู้ใหญ่เพื่อบรรเทาอาการปวดและช่วยให้นอนหลับที่พบว่า ช่วยให้นอนหลับเพิ่มขึ้น ร้อยละ 84¹⁵

ข้อสรุป โปรแกรมการบำบัดและการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ สามารถใช้รักษาอาการป่วย ได้แก่ ลดอาการปวด ลดอาการก้าวร้าว ช่วยให้นอนหลับ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตำรับยาการุณย์โอสถแสดงให้เห็นว่าทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านผู้ให้บริการ การจัดกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดและการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย โดยใช้สมารถบำบัดสามารถลดอาการก้าวร้าวได้และการใช้การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ควรนำไปใช้อย่างต่อเนื่องซึ่งอาจขยายผลใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในปริมาณที่เหมาะสมได้อย่างปลอดภัย

2. ด้านผู้รับบริการ การใช้โปรแกรมการบำบัดและการฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทยสำหรับอาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ แต่ยังจำเป็นต้องติดตามผลการใช้ให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้นเพื่อให้มีหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนนโยบายทางการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรเพิ่มการศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยศึกษาวิจัยที่สามารถออกแบบการเก็บข้อมูล การนัดหมาย ระยะเวลาการใช้ยาและรายการยาที่ใช้เพื่อให้ลดปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีการรบกวนผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Pinit Winnawan. Psychiatric diseases, mental health problems that Thai people should not overlook. [Internet]. 2021. [Cited 2024 February 2]. Available from: <https://www.healthpromcornwall.org>
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc>
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 94 ง (ลงวันที่ 11 เมษายน 2562).
4. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดที่ใช้ตำรับยาการุณยโอสถและตำรับยาทำให้อดฝิ่นเม็ด (ยาอดยาบ้า) ในระบบบริการ [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gcc.go.th>
5. โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี. ผลงานบริการงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://huaikoenghospital.moph.go.th>
6. Wayne WD. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
7. Peterson ML, Clark CT, Lynch CJ, Cooper JT, Gelfman N, Blumenstein J, et al. Preliminary assessment of the subjective effects of electronic-cigarettes in young-adult low-dose electronic-cigarette users: Effects of nicotine dose and e-liquid flavor. *Journal of American College Health* 2023;71(6):1887-96.
8. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. รายงานตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ฉบับ พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์; 2564.
9. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วิกทอเรียอิมเมจ; 2560.
10. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988.
11. สมชาย ธนะสิทธิชัย, ชุตินา สิมะสาธิตกุล, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, วรัญญา ครองแก้ว, บุปผาชาติ ขุนอินทร์, รัชดาภา สีดาดาช และคณะ. ความปลอดภัยและประสิทธิผลของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เกรดยาตัวแรกของประเทศไทย ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วารสารกรมการแพทย์* 2563; 45(3):116-22.
12. Krishnan S, Hizam SM, Norefendie F, Hashim DS, Mazlan N. Medical Cannabis: In Medicine Perspective for Human. *IJAMSS* 2017; 3(1): 1-6.
13. กัญญาภัค ศีลารักษ์. ประสิทธิภาพของตำรับยาการุณยโอสถสูตรต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระรอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 2565;16(3):1097-1108.

14. Nematollahi MH, Ahmadianmoghadam MA, Mehrabani M, Moghadari M, Azam AG, Mehrbani M. Herbal therapy in opioid withdrawal syndrome: A systematic review of randomized clinical trials. *Addict Health* 2022;14(2):152-63.
15. Bachhuber M, Arnsten JH, Wurm G. Use of Cannabis to Relieve Pain and Promote Sleep by Customers at an Adult Use Dispensary. *J. Psychoactive Drugs* 2019:1-6.