



ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการ
ด้านการแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้
Success of Treatment and Rehabilitation of Drug Addicts by Using
Integrated Thai Traditional Medicine in the South of Thailand

ณัฐติญา นกแก้ว
Nattiya Nokkaew

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Science in Health System Management
Prince of Songkla University

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการ
ด้านการแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้
Success of Treatment and Rehabilitation of Drug Addicts by Using
Integrated Thai Traditional Medicine in the South of Thailand

ณัฐติญา นกแก้ว
Nattiya Nokkaew

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Science in Health System Management
Prince of Songkla University
2561
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการ
ด้านการแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้
ผู้เขียน ญัฐติญา นกแก้ว
สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ดร.ชอพียะห์ นิมะ)

(รองศาสตราจารย์ ดร.สนั่น ศุภธีรสกุล)

.....กรรมการ

(ดร.ชอพียะห์ นิมะ)

.....กรรมการ

(นายแพทย์อมร รอดคล้าย)

.....กรรมการ

(ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
สำหรับการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ดร.ชอพิยะห์ นิมะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(นางสาวณัฐติญา นกแก้ว)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวณัฐติญา นกแก้ว)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการ
 ด้านการแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้
 ผู้เขียน ญัฐติญา นกแก้ว
 สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ
 ปีการศึกษา 2560

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยวิธีการบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย หลังจำหน่ายไป 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และ อธิบายปัจจัยที่อิทธิพลต่อผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ของสถานบำบัดยาเสพติดเอกชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ เก็บข้อมูลในผู้บำบัด ผู้ที่ผ่านการบำบัด และญาติ รวมทั้งสิ้น 687 คน โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบความสัมพันธ์ไคสแควร์ สถิติการถดถอยโลจิสติกส์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า อัตราการไม่กลับไปเสพซ้ำ และเลิกไม่ได้ หลังจำหน่ายตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 61.93 และ ร้อยละ 38.07 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง ร้อยละ 95.47 รับผิดชอบตนเองโดยการประกอบอาชีพและมีรายได้ ร้อยละ 93.65 สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ร้อยละ 86.10 ผลการประเมินพฤติกรรมตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ส่วนใหญ่มีการยอมรับตนเองและมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง ร้อยละ 99.70 และ ร้อยละ 93.35 ตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งเสริมไม่ให้เกิดกลับไปเสพยาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีรายได้ของผู้บำบัด ($p=0.001$) และรายได้ของครอบครัว ($p=0.001$) โดยมีรูปแบบการบำบัดรักษาแบบบูรณาการ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่างก็มีบทบาทร่วมที่สำคัญต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษา

สรุปและข้อเสนอแนะ รายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำ จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมอาชีพทั้งผู้ผ่านการบำบัดและครอบครัว เพื่อให้มีเศรษฐกิจที่ดีและการเพิ่มคุณค่าให้ตัวเอง

Thesis Title Success of Treatment and Rehabilitation of Drug Addicts by Using Integrated Thai Traditional Medicine in the South of Thailand.
Author Nattiya Nokkaew
Major Program Health System Management
Academic Year 2017

Abstract

This study was a mixed method study design based on quantitative and qualitative study aiming to (1) investigate drug rehabilitation success rates due to integrated Thai traditional medicine for follow-up at 3, 6, and 12 months after discharge; (2) describe the factors influencing success of its treatment from non-official drug rehabilitation center in Southern Thailand. The data was totally collected in 687 persons consisting of drug therapists, post-rehab persons and their families by using questionnaire and face-to-face interview during April-December 2016. The data were then analyzed by descriptive statistics, chi-square, binary logistic regression and content analysis.

The results showed non-relapse and relapse rate at 3-12 months after discharge were 61.93% and 38.07%, respectively. Mostly 95.47% demonstrated healthy in physical and mental wellbeing, 95.47% earnings management, and 93.65% being good relationship with others. The assessment of the behavioral change based on transtheoretical model were 99.70 % self-acceptance and 93.35% behavioral change, respectively. Factors significantly influenced for non-relapse rate were income ($p=0.001$) and family income ($p=0.001$). In addition, the integrated rehabilitation model and family participation were critical role in this succession.

Conclusion and suggestion: A significant factor for non-relapse was income which need to promote both post-rehab persons and their families to earn their living well and improving their feelings of self-worth.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.ซอพิยะห์ นิมะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่เป็นผู้ชี้แนะแนวทางการศึกษาและจัดทำวิทยานิพนธ์ อีกทั้งเป็นผู้ให้กำลังใจและช่วยเหลือตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรุฒิ และสถาบันการจัดการระบบสุขภาพที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนในการจัดทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งเอื้ออำนวยความสะดวกที่ห้องพัก และความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีต่างๆ

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.सनัน สุภธีรสกุล นายแพทย์อมร รอดคล้าย และดร.นพ.นพพร ตันติรังสี ที่ให้ความคิดเห็น คำแนะนำเพื่อให้งานวิทยานิพนธ์สมบูรณ์และถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณเพื่อนๆ พี่ๆ และน้องๆ ที่เรียนปริญญาโทสาขาการจัดการระบบสุขภาพทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณ คุณแม่เอี่ยมพร นกแก้ว และคุณพ่อกุศล ดำชนะ และครอบครัวที่ได้ให้กำลังใจ สนับสนุนและช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ หัวข้อแก้ไขปัญหาชุมชน ปี 2559

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยประเภททุนบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2560

สุดท้ายนี้คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบแต่บุพการี ครอบครัวญาติพี่น้อง คณาจารย์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ณัฐติญา นกแก้ว

สารบัญ

บทคัดย่อ.....	(5)
Abstract.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
สารบัญตาราง.....	(10)
สารบัญภาพ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	7
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	8
1.5 ประโยชน์ของการวิจัย.....	9
1.6 นิยามศัพท์.....	9
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
2.1 สถานการณ์ยาเสพติด ผลกระทบ และกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติด.....	11
2.2 รูปแบบการบำบัด.....	15
2.3 ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	21
2.4 กลไกการติดสารเสพติด.....	24
2.5 บทบาทของการแพทย์แผนไทยกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด.....	26
2.6 สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
3.1 รูปแบบวิธีวิจัย.....	60
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
3.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง.....	62
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
3.5 การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ.....	66
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
3.7 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	68

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	69
บทที่ 4 ผลการวิจัย	71
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	91
5.1 อภิปรายผล	92
5.2 สรุปผลการวิจัย	97
5.3 ข้อเสนอแนะ	99
บรรณานุกรม.....	102
ภาคผนวก.....	114
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	115
ภาคผนวก ข หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	115
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู	
สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด.....	119
แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดยาเสพติด	
.....	124
แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากร/เจ้าหน้าที่ ผู้มีส่วน	
รับผิดชอบให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด	128
แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	134
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	135
ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรมสนทนากลุ่ม	137
ประวัติผู้เขียน.....	139

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมของผู้ผ่านการบำบัดตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษาที่สถานบำบัด.....	29
ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ผ่านการบำบัด (N= 331).....	73
ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัด (N=331).....	74
ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ทำการบำบัด (N=25).....	76
ตารางที่ 5 แสดงความคิดเห็นด้านสมรรถนะบุคลากรด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (N=25).....	77
ตารางที่ 6 แสดงผลสำเร็จรายด้านจากผลของการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย (N=331).....	79
ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยทำนายต่อการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด (N=331).....	81
ตารางที่ 8 แสดงปัจจัยทำนายต่อการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด สอบถามจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัด (N=331).....	82
ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่บำบัด (N=12).....	84
ตารางที่ 10 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก (N=5).....	89

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
ภาพที่ 2 ข้อมูลสถิติจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดซ้ำ ที่มา: จากสถานบำบัดมูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ (พร้อม ทONGคำ).....	28

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก (World drug report) ประจำปี 2015 ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบประชากรใช้สารเสพติดประมาณ 246 ล้านคน ซึ่งมากกว่าร้อยละ 5 ของผู้มีอายุตั้งแต่ 15-64 ปีทั่วโลก จากประชากร 27 ล้านคน มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เนื่องจากพบประชากรประมาณ 1.65 ล้านคนอาศัยอยู่กับผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้พบผู้ชายมีการใช้สารเสพติดมากกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะกัญชา โคเคนและยาบ้า สำหรับผู้หญิงส่วนใหญ่จะใช้สารกลุ่ม opioids และ tranquilizers (UNODC 2015) ซึ่งมีความสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ยาเสพติดระดับโลก (World drug report) ประจำปี 2014 มีการผลิตฝิ่นและการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น ในประเทศอัฟกานิสถาน และในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ นอกจากนี้พบการผลิตและการใช้เฮโรอีนเป็นจำนวนมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่วนพื้นที่อื่นๆ ทั่วโลกมีการแพร่ระบาดคองที่ (UNODC 2014) โดยชนิดสารเสพติดที่มีการใช้แพร่ระบาดทั่วโลก ได้แก่ แอลกอฮอล์ ยาสูบ กัญชา สารระเหย โคเคน เป็นต้น (Global Drug Survey 2015) พบจำนวนประชากรที่ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมายประมาณ 243 ล้านคน หรือร้อยละ 5 ของประชากรโลก มีอายุระหว่าง 15-64 ปี และพบผู้ใช้ยาเสพติดที่มีปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาด้านอาชญากรรม ประมาณ 27 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก ซึ่งในแต่ละปีมีสัดส่วนของผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกที่เข้าถึงการบำบัดรักษาเพียง 1 ใน 6 คน และในปี พ.ศ.2555 มีการเสียชีวิตจากยาเสพติดประมาณ 200,000 ราย จากสถานการณ์ปัญหาด้านยาเสพติด UNODC ให้ความสำคัญกับการควบคุมยาเสพติดเพื่อให้ได้ผลที่ยั่งยืน โดยการร่วมมือกันในระดับสากล เน้นการป้องกัน บำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและการบูรณาการทางสังคม (UNODC 2014)

ในประเทศไทยมีการรายงานสถานการณ์ปัญหายาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาที่มีอย่างต่อเนื่อง ทั้งในปีงบประมาณ 2557 และสถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาปี 2558-2560 ทั้งการแพร่ระบาด การผลิต การค้า การลักลอบนำเข้าและส่งออกยาเสพติด ได้แก่ (1) ด้านการแพร่ระบาด พบพื้นที่ที่มีสัดส่วนคดียาเสพติดและการแพร่ระบาดเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ พื้นที่ทางภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนภาคอื่นๆ มีปริมาณลดลง โดยกลุ่มนักค้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สำหรับการแก้ปัญหาด้านการแพร่ระบาดพบว่าสามารถดำเนินงานนำผู้เสพเข้ารับการบำบัดได้เพียงร้อยละ 31.9 ซึ่งไม่ถึงครึ่งของเป้าหมายที่วางไว้ และพบสัดส่วนการนำผู้เข้ารับบำบัดเข้าสู่ระบบสมัคร

ใจได้เพียงร้อยละ 19.1 เมื่อเทียบกับระบบบังคับบำบัดมีผู้เข้าบำบัดถึงร้อยละ 74.5 และระบบต้องโทษร้อยละ 6.4 จึงมีการเร่งรัดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดตามการนำผู้บำบัดเข้าสู่ระบบสมัครใจมากขึ้น (2) ด้านการผลิต พบพื้นที่ปลูกฝิ่นลดลง แต่ยังคงมีชนิดของยาเสพติดที่มีการปลูกอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กัญชาพบมากในพื้นที่ภาคเหนือ และกระท่อมพบมากในพื้นที่ภาคใต้ทุกจังหวัด (3) ด้านการค้า ปัจจุบันพบว่า มีการค้ายาเสพติดในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น ซึ่งตัวอย่างจากการรายงานสถานการณ์เฝ้าระวังยาเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตอนบน) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมของนักค้ายาเสพติดในการติดต่อซื้อขายยาเสพติด ผ่านทางโทรศัพท์หรือโซเชียลเน็ตเวิร์ค เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 4 และคณะ 2557) ทั้งนี้ชนิดของยาเสพติดที่มีการซื้อขายทางโซเชียลเน็ตเวิร์คที่สามารถพบได้ ได้แก่ โคเคน เฮโรอีน และกัญชา เป็นต้น (Thumbsup Media Co.,Ltd 2016) และ (4) ด้านการลักลอบนำเข้าและส่งออกยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยแหล่งผลิตส่วนใหญ่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน (ข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ 2557) นอกจากสถานการณ์ปัญหายาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาแล้ว หากศึกษาลักษณะโดยรวมของผู้ใช้สารเสพติด สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้เสพ เป็นกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดแบบครั้งคราว 2) ผู้ติด เป็นกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเป็นประจำและต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และ 3) ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง เป็นกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 3 ปี ไม่สามารถเลิกยาได้ (พรณี วาทีสุนทร และ กฤติกา เฉิดโฉม 2552) ทั้งนี้การเสพยาเสพติดของผู้ใช้สารเสพติดมี 2 ประเภท ได้แก่ การเสพติดยาทางด้านร่างกาย เกิดจากการปรับตัวของร่างกาย เมื่อได้รับสารเสพติด ไม่สามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติหากขาดสารเสพติด จึงจำเป็นต้องได้รับสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง และการเสพติดยาทางด้านจิตใจ เป็นการเสพติดที่เกิดจากการเรียนรู้และมีการปฏิบัติจนเคยชิน ทำให้เกิดแรงผลักดันทางจิตใจที่อยากจะใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับความพึงพอใจจากการเสพยา จึงสังเกตได้ว่าจากปัญหาความรุนแรงของยาเสพติด มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น แต่ในขณะเดียวกันการเข้าสู่กระบวนการบำบัดของผู้ติดยาเสพติดกลับมีแนวโน้มที่ลดลง รวมถึงอาการติดยาเสพติดทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ใช้สารเสพติด ส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ที่สำคัญ 5 ด้าน คือ ด้านบุคคล ด้านครอบครัว ชุมชนและสังคม ด้านการบริหารจัดการภาครัฐ ด้านเศรษฐกิจและการคลังของประเทศ และด้านความมั่นคงและชื่อเสียงของประเทศ โดยพบว่า (1) ด้านบุคคล ผู้ติดยาเสพติดมีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ความผิดปกติของอัตราการเต้นหัวใจ ปัญหาทางเดินหายใจ อาการปวดท้อง อาเจียน สุขภาพทรุดโทรม ชูบผอม อ่อนเพลีย ความจำเสื่อม อาการซึมเศร้า วิดกกังวล อารมณ์แปรปรวน หลอน สับสน หวาดระแวง อาการหงุดหงิด วิดกกังวล และนอนไม่หลับ เป็นต้น (2) ด้านครอบครัว ชุมชนและสังคม พบว่า ผู้ติดยาเสพติดขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัว เกิดปัญหาหย่าร้าง การไม่ยอมรับจากสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลต่อบุตรร่วมด้วย (3) ด้านการบริหารจัดการภาครัฐ คติยาเสพติดที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลต่อ

กระบวนการแก้ปัญหา ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และเป็นภาระต่องานด้านกระบวนการยุติธรรมทั้งระบบ (4) ด้านเศรษฐกิจและการคลังของประเทศ ภาครัฐและเอกชนต้องสูญเสียทรัพยากรในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา รวมทั้งกระทบต่อทรัพยากรมนุษย์ ชาติความเจริญของประเทศ และ (5) ด้านความมั่นคงและชื่อเสียงของประเทศ ทำให้นักลงทุนหรือนักท่องเที่ยวไม่กล้าเข้ามาในประเทศไทย (ศษ มาวรรณ ดีประเสริฐ 2557) ทั้งนี้หากผู้ใช้สารเสพติดได้รับการบำบัดและหยุดใช้สารเสพติดจะทำให้ อากาที่เกิดขึ้นกลับเป็นปกติ สามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงยาเสพติด และลดผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

จากปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด การมีจำนวนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น และผลกระทบจากการใช้สารเสพติด จึงได้มีการกระบวนการแก้ไขปัญหาผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบสมัครใจ 2) ระบบบังคับบำบัด และ 3) ระบบต้องโทษ โดยพบว่าจากการศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจมีดังนี้ รูปแบบการบำบัดรักษาระบบสมัครใจ ใช้โปรแกรมมาตรฐานการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (จิต สังคมบำบัด) คิดเป็นร้อยละ 70.89 ค่าเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 13.92 และคลินิกให้คำปรึกษาในสถานบำบัด คิดเป็นร้อยละ 6.33 สำหรับระบบบังคับบำบัด เป็นผู้ป่วยตามกฎหมาย พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. 2545 แบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด จะได้รับการบำบัดในโปรแกรมของสำนักงานคุมประพฤติคิดเป็นร้อยละ 60.96 หลังการจำหน่ายในระบบสมัครใจสามารถหยุดเสพยาได้ทั้งหมดและมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 52.53 และ 46.84 ระบบบังคับบำบัดหยุดเสพได้ทั้งหมดและดีขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 61.19 และ 38.58 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมทั้ง 2 ระบบแล้ว ส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งประเด็นสำคัญของวิธีนี้ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้ารับการบำบัด สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดและญาติร่วมกันรับรู้ถึงวิธีการช่วยให้หยุดยาเสพติด และส่งเสริมไม่ให้เกิดกลับไปเสพซ้ำได้ (พรณี วาทีสุนทร และ กฤติกา เฉิดโฉม 2552) ทั้งนี้ระบบสมัครใจเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม 2554, 40; มานพ คณะโต 2557) นับว่าเป็นระบบที่ส่งเสริมและขยายโอกาสให้กับผู้ติดยาเสพติด ที่ไม่กระทำผิดอย่างอื่น และมีความต้องการเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจได้รับการบำบัด เพื่อกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ เนื่องจากการศึกษาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เป็นการดำเนินงานเพื่อแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติด จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดได้มีการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน (กลุ่มงานบริการวิชาการ 3 สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร 2558) โดยพบว่ารูปแบบการบำบัดที่มีการใช้ในปัจจุบันมีจำนวน 3 รูปแบบหลักคือ 1) การบำบัดรักษาทางร่างกาย แบ่งเป็น 2 วิธีหลัก คือ 1.1) เภสัชบำบัด แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การ

บำบัดแบบแผนปัจจุบัน เช่น การให้ยาต้านฤทธิ์ยาเสพติด การใช้ยาทดแทนและการรักษาให้คงสภาพ การติดยา และการบำบัดแบบแพทย์แผนไทย 1.2) วิธีการอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การฝังเข็ม และการหักดิบ 2) การบำบัดรักษาทางจิตใจ มี 7 วิธี ได้แก่ วิธีการจิตบำบัด วิธีการทาง ศาสนา วิธีการอาชีวบำบัด วิธีการชุมชนบำบัด วิธีการจิตสังคมบำบัด วิธีการบำบัดฟื้นฟูเข้มข้นทาง สายใหม่ (FAST Model) และวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบจิราสา และ 3) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบค่ายบำบัด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม 2554, 36; มานพ คณะโต 2557) ซึ่งจากการศึกษาการ ดำเนินการแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของหน่วยงานภาครัฐ ยังคงมีปัญหาในด้านการควบคุมผู้ต้องขัง การคัดกรองผู้ต้องขัง ความพร้อมในการแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในแต่ละเรือนจำมีความแตกต่างกัน ภาระงานของหน่วยงานมีปริมาณมาก เจ้าหน้าที่ที่ไม่มีความเชี่ยวชาญในการแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด รวมถึงการใช้ระยะเวลาในการประสานงานและสร้างเครือข่าย นอกจากนี้มาตรฐานของโปรแกรมที่ใช้ ในการบำบัดของแต่ละหน่วยงานไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด และ ทองใหญ่ อัยยะวารกุล 2558) โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการบำบัดให้ได้ผลดี ต้องเริ่มจากตัวผู้รับการ บำบัดสมัครใจและมีความตั้งใจเข้ารับการบำบัด สถานบำบัดน่าเชื่อถือ บุคลากรให้กำลังใจ การได้รับ โอกาสจากคนรอบข้าง การมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบำบัด (ปิยวรรณ ทัศนัญชลี 2554, 37) นอกจากนี้ปัจจุบันมีการส่งเสริมแนวทางการแก้ปัญหายุทธศาสตร์การป้องกัน กลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด พ.ศ. 2558 - 2562 มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตให้กับ เด็กและเยาวชน ส่งเสริมการทำความดีและพัฒนาจิตใจ ให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหาชีวิต โดย การปลูกฝังการนำหลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนา มาปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวัน ไม่ตกเป็นทาสของ ยาเสพติดหรืออบายมุขอื่นๆ เช่น ส่งเสริมกิจกรรมบรรพชาสามเณรภาคฤดูร้อน และกิจกรรมค่ายสา สนธรรมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด (พจนีย์ สาริพันธ์ 2558, 2-7) ซึ่งจากการศึกษาผลของกระบวนการ กลุ่ม การฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่มีการฝึก ร่วมกับการใช้หลักศาสนาอิสลามต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตของผู้เสพยาเสพติด ที่รับการบำบัดรักษา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี พบว่า กลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการฝึก ทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตร่วมกับการใช้หลักศาสนาอิสลาม มีสุขภาพทางด้านจิตใจดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพียงอย่างเดียว (เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ 2551) และจากการศึกษาความคิดเห็นของผู้ติดยาเสพติด และครอบครัวที่มีต่อการนำศาสนา มาเสริม การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างทุก กลุ่มต่อการนำศาสนา มาเสริมการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก โดยให้ ความคิดเห็นมากที่สุดด้านการนำหลักการทางศาสนา มาดูแลผู้ติดยาเสพติด ต้องเน้นการปฏิบัติ การ ให้และเสริมความรู้ในหลักการทางศาสนาแก่ผู้ติดยาเสพติด ผู้นำศาสนาในชุมชนและผู้นำชุมชน

จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดยาเสพติด ซึ่งหากเปรียบเทียบกับ การบำบัดรักษาในสถานบำบัด ภาครัฐที่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันล้วน พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดยังขาดการฟื้นฟูทางด้าน การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การปลูกฝังคำสอนจากศาสนาที่เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ และการปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดมีอิสระในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้คนปกติใน ระหว่างที่เข้ารับการบำบัดรักษา ดังนั้นการดำเนินการแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ศาสนาและ ระเบียบวินัยจึงเป็นทางเลือกและช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีจิตใจที่เข้มแข็ง ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและเลิกใช้สารเสพติดได้ (เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ 2551; ปิยวรรณ ทศนาญชลี 2554, 37; มานพ คณะโต 2557) นอกจากนี้หากผู้ติดยาเสพติดได้รับการปฏิบัติตัวตามหลักศาสนาและปฏิบัติ ด้วยความสมัครใจ จะทำให้เกิดความสุขสงบในจิตใจ เป็นการหลั่งสารเอ็นโดรฟินในร่างกายทำให้เกิด ความสุขอย่างแท้จริง โดยไม่ต้องใช้สารเสพติดเพื่อช่วยให้เกิดความสุข และสถานที่ทางศาสนายังเป็น ศูนย์รวมของผู้คนที่ใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ รวมถึงเป็นสถานที่ให้การศึกษา ตลอดจนเป็นแหล่ง รวมศิลปกรรมประเภทต่างๆ (ธรรมรัตน์ แววศรี 2555) นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งถ่ายทอดภูมิปัญญา บำบัดรักษาโรคและความเจ็บป่วยต่างๆ ให้กับผู้คนในชุมชน โดยเน้นศาสตร์ทางด้าน การแพทย์แผน ไทย (สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย (สมพท.) 2558)

การแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์การดูแลสุขภาพ มีรากฐานมาจากพระพุทธศาสนา และการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย โดยสมัยพุทธกาลมีพระสงฆ์ทำหน้าที่ในการให้การรักษาผู้ที่ เจ็บป่วย โดยใช้ความรู้ทางด้านแพทย์แผนไทยที่มีการถ่ายทอดสืบต่อกันมา (สมาพันธ์แพทย์แผนไทย แห่งประเทศไทย (สมพท.) 2558) การนำความรู้ภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ด้วยระบบสมัครใจ เป็นการฟื้นฟูสุขภาพด้านร่างกาย ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีร่างกายแข็งแรง ขึ้น ผิวพรรณดีขึ้น การขับถ่ายดีขึ้น จิตใจและอารมณ์ดีขึ้น การรับประทานอาหารดีขึ้น ไม่อยากยา และการนอนหลับดีขึ้น สำหรับการฟื้นฟูสุขภาพทางด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ ด้วยรูปแบบทาง ศาสนา เช่น การสวดมนต์ ฟังธรรม อบรม การท่องบทกลอนสอนใจ การสอนให้ระลึกถึงพระคุณพ่อแม่ การปฏิบัติตัวในสังคม การดำรงชีวิต ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีจิตใจ ที่สงบ สบาย เข้มแข็งและมีเจตคติที่ดีมากขึ้น (ถนอมศรี อินทนนท์ และไหมไทย ศรีแก้ว 2549) ดังนั้นแสดงให้เห็นได้ว่า ทั้งการแพทย์แผนไทยและศาสนาจึงมีบทบาทสำคัญในกระบวนการแก้ไข ป้องกันการติดยาเสพติด และการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้สถานบำบัดที่มีรูปแบบ การบำบัดทั้งกระบวนการแพทย์แผนไทย และวิธีการทางศาสนา ได้แก่ สถานบำบัดยาเสพติดวัดไม้ เสียบ อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช และสถานพักฟื้นถ้ากระบอก อ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี สำหรับ รูปแบบการบำบัดยาเสพติดที่ใช้การบูรณาการด้านแพทย์แผนไทยในภาคใต้ เช่น วัดไม้เสียบ เป็น สถานบำบัดยาเสพติดที่เปิดรับการบำบัดรักษา เมื่อ พ.ศ. 2536 โดยได้จัดตั้งเป็นสถานบำบัดรักษาผู้ที่มีอาการจิตประสาทและติดยาเสพติด พ.ศ. 2544 ได้จัดตั้งเป็นสถานบำบัดยาเสพติด มูลนิธิพระครู

ประดิษฐ์รกรการ (พร้อม ทองดำ) ให้การบำบัดรักษา 3 ลักษณะคือ 1) การควบคุมความประพฤติด้วยกฎระเบียบข้อบังคับ 2) การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยสมุนไพร และ 3) การฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ (ถนอมศรี อินทนนท์ และไหมไทย ศรีแก้ว 2549) ซึ่งสถานบำบัดยาเสพติดได้มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง มีผู้เข้ารับการบำบัดที่มีภูมิลำเนาส่วนใหญ่ในภาคใต้ (พ.ศ. 2536-2559) มาจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 5,665 คน จากการศึกษาด้านเภสัชวิทยาของสมุนไพรที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษาพบว่า สรรพคุณของสมุนไพรที่ใช้ในการบำบัด ตำรับยาถอนพิษ เช่น รางจืด (*Thumbergia laurifolia* Lindl.) ใบและราก มีสรรพคุณล้างพิษ จากรายงานวิจัยการศึกษาประสิทธิผลของชารางจืด ต่อการขับสารแอมเฟตามีนออกจากร่างกายพบว่าค่าเฉลี่ยของปริมาณแอมเฟตามีนในปัสสาวะลดลง และมีผลต่อการลดอาการถอนพิษยาได้เป็นอย่างดี (นายิกา เทพขุน และคณะ 2557) สมุนไพรที่ใช้ในตำรับยาต้ม (ยาบำรุง) เช่น โกงฐน้ำเต้า (*Rheum officinale* Bill.) มีสรรพคุณเป็นยาระบาย (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และวิเชียร จีรวงศ์ 2556) จากการศึกษาทางเภสัชวิทยา พบว่า โกงฐน้ำเต้า มีฤทธิ์แก้ปวดและต้านการอักเสบ โดยทำการศึกษาทดลองในหนู สามารถช่วยเพิ่มการรักษาบาดแผลบริเวณผิวหนังได้ เนื่องจากมีสาร emodin ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของ anthraquinone ที่ได้จากโกงฐน้ำเต้า สมุนไพรที่ใช้ในการอบตัว เช่น ตะไคร้หอม (*Lemon Grass* Lapine) มีสรรพคุณช่วยให้ทางเดินหายใจโล่งขึ้น และมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย จากตัวอย่างข้างต้นเห็นได้ว่า สมุนไพรที่นำมาใช้ มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่สามารถนำมาบำบัดรักษาอาการผู้ติดยาเสพติดได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การส่งเสริมผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย ตำรับยาไทย หรือกระบวนการรักษาด้วยภูมิปัญญาไทย นับว่าเป็นสิ่งที่ดีและมีคุณค่า เนื่องจาก พบว่า กระแสสากลทั้งในยุคปัจจุบันและแนวโน้มอนาคต มีความต้องการที่จะกลับสู่ธรรมชาติ (Back to Nature) แต่สมุนไพรไทยยังเป็นที่รู้จักในวงแคบของระดับสากล โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับ จีน อินเดีย และเกาหลี การพัฒนาสมุนไพรจึงควรเน้นเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน การอุตสาหกรรม ทั้งในรูปแบบยา อาหาร เป็นต้น (วิชัย โชควิวัฒน์ 2556, 219-226) และการนำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลของรัฐ สามารถกระทำได้ทั้ง 3 รูปแบบ ได้แก่ ทั้งนี้การควบคุมความประพฤติด้วยกฎระเบียบข้อบังคับ หน่วยงานภาครัฐสามารถกำหนดหรือให้ทำกิจกรรมที่เป็นภาคบังคับ เช่น กำหนดกิจกรรมการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูเป็นตารางกิจกรรม โดยกำหนดเวลากิจกรรมที่แน่นอนในระหว่างที่เข้ารับการบำบัด เพื่อให้เกิดระเบียบวินัย และให้ผลการบำบัดรักษาที่ดีขึ้น การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยสมุนไพรโดยให้รับประทานยาสมุนไพรที่ทางโรงพยาบาลเตรียมไว้ให้ และการฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ โดยการให้ฟังธรรมจากแผ่นซีดีซึ่งสามารถปฏิบัติได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน นอกจากนี้อาจจะแนะนำผู้เข้ารับการบำบัด ญาติหรือผู้ปกครองพาผู้เข้ารับการบำบัดไปฟังธรรม หรือร่วมกิจกรรมที่วัดเพื่อเป็นการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ ทั้งนี้ควรมีการกำหนดเป็นตารางกิจกรรมที่ชัดเจนโดยทางเจ้าหน้าที่ของ

โรงพยาบาลสามารถจัดกิจกรรมและให้การบำบัดรักษาเป็นไปตามแผนที่วางไว้ในกิจกรรม ย่อมฝึกให้ ผู้เข้ารับการบำบัดมีระเบียบวินัยในการปฏิบัติ ร่างกายและจิตใจของผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูไปพร้อมๆ กันก็สามารถทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทาง ที่ดีได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อศึกษาผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยที่มีสถานที่ที่ได้จัดกิจกรรมการบำบัดรักษาแล้ว

ดังนั้น การแพทย์แผนไทยจึงมีบทบาทสำคัญ ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา เสพติด แต่จากข้อเสนอแนะในการศึกษาการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ภูมิปัญญาไทย พบว่าเป็น การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้รักษาได้ง่ายกว่าผู้ที่ติดเรื้อรัง และต้องใช้เวลา ประมาณ 3 เดือนขึ้นไป จึงจะมีผลทางด้านจิตสำนึกมากขึ้น (ถนอมศรี อินทนนท์ และ ไหมไทย ศรีแก้ว 2549) ซึ่งจากการศึกษากระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำ ปัจจัยสำคัญคือผู้เข้ารับ การบำบัดต้องมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มุ่งมั่นต่อการเลิกยา และมีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบำบัด (ปิยวรรณ ทศนาญชลี 2554) นอกจากนี้การให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูมีความสำคัญต่อผู้เข้ารับการ บำบัด และการติดตามดูแลที่เกิดขึ้นยังทำให้ทราบว่าหลังจากผู้เข้ารับการบำบัดกลับไปใช้ชีวิตในสังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติโดยไม่หวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหรือไม่ (คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) 2557)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสถานบำบัดยาเสพติด ที่วัดไม้เสียบ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ ดำเนินการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดการติดตามผลการบำบัด ภายหลังจากการบำบัดรักษา แบบครบกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาของวัด 45 วัน ดังนั้นการศึกษานี้ จึงมี เป้าหมายเพื่อศึกษาผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและเพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยด้าน บุคคลของผู้ที่ผ่านการบำบัด ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมที่มีผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ใช้การบูรณาการด้านการแพทย์ แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนด

1.2 คำถามการวิจัย

1. ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์ แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่าย เป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีเป็นอย่างไร
2. อิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล (ผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด) ปัจจัยด้านการ บำบัดรักษา ยาเสพติด และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อผลสำเร็จของ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

2. เพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล (ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษายาเสพติด และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1. **ขอบเขตด้านการศึกษา** การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลสำเร็จและอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ที่วัดไม้เสียบ (มูลนิธิพระครูประดิษฐวรการ (พร้อม ทองดำ) อ.ชะอวด จ. นครศรีธรรมราช

2. **ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ (1) ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบครบกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาของวัด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี (2) พ่อแม่/ผู้ปกครอง/ญาติสนิทหรือคนใกล้ชิดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด และ (3) เจ้าหน้าที่สถานบำบัด

3. **ขอบเขตด้านเวลา** เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559

4. **ขอบเขตด้านพื้นที่:** (1) พื้นที่ที่ตั้งของสถานบำบัด: วัดไม้เสียบ อ.ชะอวด จ. นครศรีธรรมราช

(2) พื้นที่ศึกษาตามภูมิลำเนาของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดที่พักอาศัยอยู่ในภาคใต้

1.5 ประโยชน์ของการวิจัย

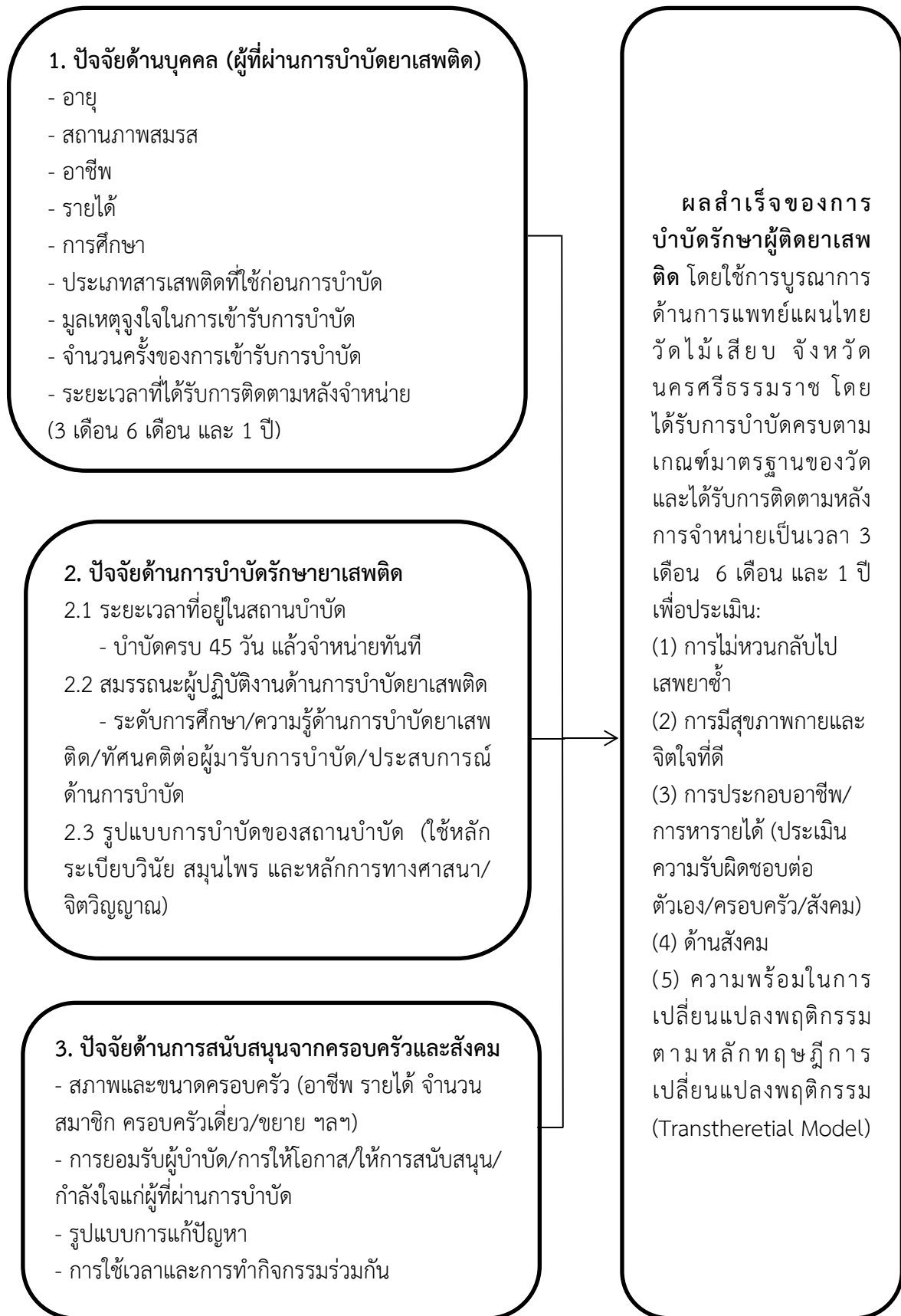
1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานและพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทยแก่ สถานบำบัดยาเสพติด และ หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด
2. ใช้ประกอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาและสนับสนุนกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย

1.6 นิยามศัพท์

ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การแพทย์แผนไทย หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามรูปแบบวิธีการบำบัดรักษาของวัดไม้เสียบจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการบำบัดรักษาเหมือนกันทุกขั้นตอน จนครบกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาของวัดจำนวน 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ทั้งนี้ รูปแบบการบำบัดประกอบด้วย 1) การควบคุมความประพฤติด้วยกฎระเบียบข้อบังคับ 2) การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยสมุนไพร 3) การฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ เพื่อประเมินในด้าน (1) การไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำ (2) สุขภาพกายและจิตใจ (3) การประกอบอาชีพ/การหารายได้ (ประเมินความรับผิดชอบต่อตัวเอง/ครอบครัว/สังคม) (4) สังคมและ (5) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และอธิบายอิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล (ผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนด 45 วันและได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และเพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล (ผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษายาเสพติด และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย โดยผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษา ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์ยาเสพติด ผลกระทบ และกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติด
- 2.2 รูปแบบการบำบัด
- 2.3 ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of Change)
- 2.4 กลไกการติดสารเสพติดและประเภทของการเสพติด
- 2.5 บทบาทการแพทย์แผนไทยด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด
- 2.6 สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

2.1 สถานการณ์ยาเสพติด ผลกระทบ และกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติด

รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก (World drug report) ประจำปี 2015 ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบประชากรใช้สารเสพติดประมาณ 246 ล้านคน ซึ่งมากกว่าร้อยละ 5 ของผู้มีอายุตั้งแต่ 15-64 ปีทั่วโลก จากประชากร 27 ล้านคน มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด เนื่องจากพบประมาณประชากรประมาณ 1.65 ล้านคนอาศัยอยู่กับผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้พบผู้ชายมีการใช้สารเสพติดมากกว่าผู้หญิงโดยเฉพาะกัญชา โคเคนและยาบ้า สำหรับผู้หญิงส่วนใหญ่จะใช้สารกลุ่ม opioids และ tranquillizers (UNODC 2015) ซึ่งพบสารเสพติดที่มีการใช้แพร่ระบาดทั่วโลก ได้แก่ แอลกอฮอล์ ยาสูบ กัญชา สารระเหย โคเคน เป็นต้น (Global Drug Survey 2015)

รายงานสถานการณ์ยาเสพติดระดับโลก (World drug report) ประจำปี 2014 มีการผลิตฝิ่นและมีการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น ในประเทศอัฟกานิสถาน และในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ นอกจากนี้พบการผลิตและการใช้เฮโรอีนเป็นจำนวนมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่วนพื้นที่อื่นๆ ทั่วโลกการแพร่ระบาดคงที่ (UNODC 2014)

รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก (World drug report) ประจำปี 2013 ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) มีการรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติด ภายใต้คำขวัญ "Make health your new high in life, not drugs" (รักสุขภาพ รักชีวิต ไม่พึ่งพายาเสพติด) เนื่องจากพบการปลูกฝิ่นที่เพิ่มขึ้น โดยพื้นที่ที่มีการปลูกเป็นอันดับหนึ่งของโลก คิดเป็นร้อยละ 74 ได้แก่ ประเทศอัฟกานิสถาน รองลงมาเป็นอันดับที่สอง คิดเป็นร้อยละ 23 ได้แก่ ประเทศพม่า นอกจากนี้พบการผลิตเมตแอมเฟตามีน (ยาบ้า) มากที่สุดในทวีปเอเชีย อีกทั้งมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของชนิดสารที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมระหว่างประเทศ โดยเฉพาะสารประเภทกระตุ้นประสาท (ATS) พบมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ ประเทศบรูไน จีน ฮองกง อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม (สำนักเลขาธิการ สำนักงาน ป.ป.ส. 2556)

ประชากรที่ใช้อยาเสพติดผิดกฎหมาย ประมาณ 243 ล้านคน หรือร้อยละ 5 ของประชากรโลก มีอายุระหว่าง 15-64 ปี และพบผู้ใช้อยาเสพติดที่มีปัญหา ประมาณ 27 ล้านคน หรือร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก ซึ่งในแต่ละปีมีสัดส่วนของผู้ใช้อยาเสพติดทั่วโลกที่เข้าถึงการบำบัดรักษาเพียง 1 ใน 6 คน และในปี พ.ศ.2555 มีการเสียชีวิตจากยาเสพติดประมาณ 200,000 ราย จากสถานการณ์ปัญหาด้านยาเสพติด UNODC ให้ความสำคัญกับการควบคุมยาเสพติดเพื่อให้ได้ผลที่ยั่งยืน โดยการร่วมมือกันในระดับสากล เน้นการป้องกัน บำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและการบูรณาการทางสังคม (UNODC 2014)

สำหรับประเทศไทย มีรายงานสถานการณ์ปัญหายาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาที่มืออย่างต่อเนื่อง ทั้งในปีงบประมาณ 2557 และสถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาปี 2558-2560 ทั้งการแพร่ระบาด การผลิต การค้า การลักลอบนำเข้าและส่งออกยาเสพติด ดังนี้

ด้านการแพร่ระบาด พบพื้นที่ที่มีสัดส่วนคดียาเสพติดและการแพร่ระบาดเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ พื้นที่ทางภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนภาคอื่นๆ มีปริมาณลดลง โดยกลุ่มนักค้าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สำหรับการแก้ปัญหาด้านการแพร่ระบาด พบว่า การดำเนินการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยการนำผู้เสพ/ผู้ติดเข้ารับการบำบัดรักษาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงจาก 132,447 คน ในปี 2553 เป็น 186,747 คน ในปี 2554 และ ตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา ได้มีการจัดทำแผนพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดขึ้นเป็นวาระแห่งชาติ ส่งผลให้มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มสูงขึ้นมากถึง 420,209 คน ในปี 2555 และ 416,873 คน ในปี 2556 สำหรับปี 2557 สามารถนำผู้เสพเข้า

รับการบำบัดรักษาจำนวน 303,501 คน คิดเป็นร้อยละ 101.2 ของเป้าหมายที่ต้องการลดจำนวนผู้เสพยาทั่วประเทศจำนวน 300,000 คน จึงสรุปได้ว่า สามารถดำเนินงานนำผู้เสพเข้ารับการบำบัดได้เพียงร้อยละ 31.9 ซึ่งไม่ถึงครึ่งของเป้าหมายที่วางไว้ และพบสัดส่วนการนำผู้เข้ารับบำบัดเข้าสู่ระบบสมัครใจได้เพียงร้อยละ 19.1 เมื่อเทียบกับระบบบังคับบำบัดมีผู้เข้ารับบำบัดถึงร้อยละ 74.5 และระบบต้องโทษร้อยละ 6.4 จึงมีการเร่งรัดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดตามการนำผู้บำบัดเข้าสู่ระบบสมัครใจมากขึ้น

ด้านการผลิต พบพื้นที่ปลูกฝิ่นลดลง โดยพบว่า จากที่มีการปลูกจำนวน 5,266 ไร่ ในปี 2545/2546 เหลือเพียง 744.09 ไร่ ในปี 2547/2548 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยไม่เกิน 1,900 ไร่ ในปัจจุบัน โดยในปี 2555/2556 พบการลักลอบปลูกฝิ่นทั่วประเทศรวม 1,659.02 ไร่ ใน 9 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ (1,300.20 ไร่) ตาก (246.20 ไร่) แม่ฮ่องสอน (56.33 ไร่) กำแพงเพชร (40.52 ไร่) น่าน (8.51 ไร่) เชียงราย (5.96 ไร่) ลำปาง (0.73 ไร่) เลย (0.32 ไร่) และ เพชรบูรณ์ (0.25 ไร่) ซึ่งได้มีการดำเนินการตัดทำลายไร่ฝิ่นจำนวน 1,651.04 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 99.52 ของพื้นที่ปลูกฝิ่นทั้งหมด แต่ยังคงมีชนิดของยาเสพติดที่มีการปลูกอย่างต่อเนื่องได้แก่ กัญชาพบมากในพื้นที่ภาคเหนือ และกระท่อมพบมากในพื้นที่ภาคใต้ทุกจังหวัด ทั้งนี้พื้นที่ปลูกพืชกระท่อม เริ่มมีการสำรวจครั้งแรกในปี 2550/2551 พบพื้นที่ปลูกพืชกระท่อมในภาคใต้มีการปลูกทุกจังหวัด แต่เป็นการปลูกกระจายตามบ้านในชุมชนเกือบทุกชุมชน ไม่สามารถระบุจำนวนที่แน่ชัดได้เนื่องจากพืชกระท่อมจะไม่ปลูกเต็มพื้นที่เหมือนฝิ่น ส่วนมากจะปลูกเป็นต้น แต่ที่สำรวจพบเป็นการปลูกเป็นแปลงเห็นได้ชัด ในปี 2550/2551 มีพื้นที่ปลูกทั้งสิ้น 155.75 ไร่ ปี 2551/2552 มีพื้นที่ปลูก 151 ไร่ ปี 2552/2553 มีพื้นที่ปลูก 152.5 ไร่ ปี 2553/2554 มีพื้นที่ปลูก 150 ไร่ ปี 2554/2555 มีพื้นที่ปลูก 150 ไร่ และล่าสุดปี 2555/2556 มีพื้นที่ปลูก 153.5 ไร่ โดยพื้นที่ที่พบมีการปลูกมากได้แก่ จ.สตูล

ด้านการค้า สถานการณ์การค้ายาเสพติดยังคงรุนแรงอยู่และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากเดิมในปี 2547 มีการจับกุมผู้ต้องหาคดีค้ายาเสพติดได้ 20,528 คน ในปี 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 62,979 คน และปริมาณของกลางยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2557 สามารถยึดยาบ้าได้ทั้งหมด 98.6 ล้านเม็ด สำหรับยาไอซ์สามารถยึดยาไอซ์ได้ทั้งหมด 772.4 กก. จากปี 2547 สามารถยึดได้ 39.0 กก. กัญชาแห้ง จากเดิมปี 2547-2550 เฉลี่ยประมาณ 10 ตัน เพิ่มขึ้นเป็น 20 ตัน ในช่วงปี 2551-2555 และสามารถยึดได้ 30.1 ตัน ในปี 2557 และกระท่อมสามารถยึดจับได้ 34,553.9 กก. จากเดิม 31,730.9 กก.

ด้านการลักลอบนำเข้าและส่งออกยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยแหล่งผลิตส่วนใหญ่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน (ข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ 2557) ได้แก่ ประเทศเมียนมาร์ สปป.ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย ทั้งนี้ชนิดยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าส่วนใหญ่ ได้แก่ ยาบ้า ไอซ์ และเฮโรอีน โดยนำเข้าจากประเทศเมียนมาร์ ผ่านทางชายแดน

ภาคเหนือด้าน จ.เชียงราย และ จ.เชียงใหม่ สำหรับกัญชา แหล่งผลิตที่สำคัญอยู่ใน สปป.ลาว ส่วนใหญ่ลักลอบนำเข้าทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผ่านทาง จ.นครพนม จ.บึงกาฬ จ.หนองคาย และจ.อุบลราชธานี ส่วน โคนก ลักลอบนำเข้าทางท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ท่าอากาศยานดอนเมืองท่าอากาศยานนานาชาติสมุย จ.สุราษฎร์ธานี และท่าอากาศยานนานาชาติภูเก็ต

นอกจากนี้พบว่า สัดส่วนผู้ที่เข้ารับการบำบัดเมื่อแยกตามอายุของผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี รองลงมาช่วงอายุ 15-19 ปี, 25-29 ปี, 30-34 ปี, 35-39 ปี และ มากกว่า 39 ปี ตามลำดับ

สำหรับพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาเสพติดมี 27 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สมุทรปราการ สระบุรี ชลบุรี ระยอง กาญจนบุรี นครปฐม นครราชสีมา อุบลราชธานีร้อยเอ็ด ขอนแก่น นครพนม บึงกาฬ เลย หนองคาย อุดรธานี นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ปัตตานี สงขลา เชียงราย เชียงใหม่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ (ข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ 2557)

ผลกระทบ

จากปัญหาความรุนแรง แนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น และการเข้าสู่กระบวนการบำบัดของผู้ติดยาเสพติดที่ลดลงส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ที่สำคัญ 5 ด้าน คือ 1) ด้านบุคคล 2) ด้านครอบครัว ชุมชนและสังคม 3) ด้านการบริหารจัดการภาครัฐ 4) ด้านเศรษฐกิจและการคลังของประเทศ และ 5) ด้านความมั่นคงและชื่อเสียงของประเทศ มีรายละเอียด ดังนี้

1) ด้านบุคคล ผู้ติดยาเสพติดมีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ทางด้านร่างกายมีสุขภาพทรุดโทรม ชูบผอม อ่อนเพลีย ทางด้านจิตและประสาท เช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ผอมเหลือง ความจำเสื่อม ความคิดช้า (ทัชมาวารณ ดิประเสริฐ 2557) และพบว่าผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มีความอดทนน้อย ระวัง และหาความสุขนอกเหนือจากการใช้สารเสพติดไม่ได้ ผู้ติดยาเสพติดรายใดที่ผ่านการรักษามาหลายครั้ง และเลิก แต่ไม่นานก็กลับไปใช้อีกครั้ง ทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ความหวังในการเลิกได้ หรือหายลดน้อยลง ทั้งนี้หากแบ่งผลกระทบจากการเสพยาเสพติดต่อผู้เสพ สามารถแบ่งได้ 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นสรีรวิทยา (Physiological Stage) มีผลต่อร่างกาย เช่น สุขภาพทรุดโทรม น้ำหนักลด อาการเสียนยา 2) ขั้นจิตวิทยาและการรับรู้ (Psychological / Cognitive Stage) เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมที่มีผลมาจากความคิด อารมณ์และความรู้สึกของผู้เสพ ทั้งนี้มีลักษณะที่ต่างจากบุคคลปกติ เช่น การสับสน การขาดความอดทนอดกลั้น และ 3) ขั้นพฤติกรรม (Behavioral Stage) มีการแสดงพฤติกรรมในลักษณะการพูดท่าทาง น้ำเสียง เป็นต้น (มานพ คณะโต 2557)

2) ด้านครอบครัว ชุมชนและสังคม พบว่า ผู้ติดยาเสพติดขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีปัญหาทางการเงิน เกิดความลำบากและปัญหาหย่าร้าง การทะเลาะวิวาท นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวร่วมด้วย การไม่ยอมรับจากสังคม และอาจมีปัญหาทางด้านอาชญากรรม เช่น การปล้นรวางทรัพย์เกิดขึ้น

3) ด้านการบริหารจัดการภาครัฐ คติยาเสพติดที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลกระทบต่อกระบวนการแก้ปัญหา ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และเป็นภาระต่องานด้านกระบวนการยุติธรรมทั้งระบบ ด้านเศรษฐกิจและการคลังของประเทศ ภาครัฐและเอกชนต้องสูญเสียทรัพยากรในการป้องกันและแก้ไข ปัญหา รวมทั้งกระทบต่อทรัพยากรมนุษย์

4) ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ใช้ยาเป็นประจำเพราะขาดยาไม่ได้ ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุให้มีค่าใช้จ่ายในการซื้อยาเพิ่ม และยาบางชนิดมีราคาสูง ผู้ติดยาเสพติดไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนปกติทั่วไป หากเป็นลูกจ้าง ทำงานขององค์กรหรือหน่วยงานอาจเกิดภาวะการขาดงานส่งผลกระทบต่อองค์กรดังนั้นการเสพยา หรือติดยาเสพติดจึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งของตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติร่วมด้วย

5) ด้านความมั่นคงของชาติ ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประเทศชาติเป็นอย่างมากทั้งการสูญเสียทรัพยากรบุคคล แรงงาน ปัญหาครอบครัว ชุมชน สังคม คติจากผู้ติดยาเสพติด และมีผลต่อการพัฒนาประเทศ ความมั่นคงของประเทศ การร่วมลงทุนของชาวต่างชาติ (๗๕ ฆมาวรรณ ดีประเสริฐ 2557)

2.2 รูปแบบการบำบัด

กระบวนการแก้ไขปัญหผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย มี 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบสมัครใจ 2) ระบบบังคับบำบัด และ 3) ระบบต้องโทษ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ระบบสมัครใจ (Voluntary System) เป็นระบบที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน นับว่าเป็นระบบที่ส่งเสริมและขยายโอกาสให้กับผู้ติดยาเสพติดที่ไม่กระทำผิดอย่างอื่น และมีความต้องการเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจได้รับการบำบัดเพื่อกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ จากสถานการณ์การเข้ารับบำบัดปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัด 131,951 คน (ร้อยละ 43.4)

2) ระบบบังคับบำบัด (Compulsory System) เป็นระบบที่ใช้กฎหมายบังคับผู้ติดยาเสพติดให้เข้ารับการบำบัดในสถานที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ กรณีผู้เข้ารับการบำบัดมีผลการบำบัดเป็นที่น่าพอใจ คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะปล่อยตัวผู้นั้นไป โดยถือว่าพ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมคุมประพฤติ กระทรวง

ยุติธรรม จากสถานการณ์การเข้ารับบำบัดปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัด 148,289 คน (ร้อยละ 48.8)

3) ระบบต้องโทษ (Corectional System) เป็นระบบที่ผู้เข้ารับการบำบัดเป็นผู้ที่กระทำผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขัง เข้ารับการบำบัดรักษาได้ภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน และกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม จากสถานการณ์การเข้ารับบำบัดปี 2557 พบว่า มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัด 23,261 คน (ร้อยละ 7.7) (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม 2554, 40; มานพ คณะโต 2557; ข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ 2557)

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ (กลุ่มพัฒนาระบบงานยาเสพติด สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2552) พบว่ารูปแบบการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจ ใช้โปรแกรมมาตรฐานการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (จิต สังคมบำบัด) คิดเป็นร้อยละ 70.89 ค่าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 13.92 และคลินิกให้คำปรึกษาในสถานบำบัด คิดเป็นร้อยละ 6.33 สำหรับระบบบังคับบำบัด เป็นผู้ป่วยตามกฎหมาย พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพพ.ศ. 2545 แบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด จะได้รับการบำบัดในโปรแกรมของสำนักงานคุมประพฤติคิดเป็นร้อยละ 60.96 หลังการจำหน่ายในระบบสมัครใจ สามารถหยุดเสพยาได้ทั้งหมดและมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 52.53 และ 46.84 ระบบบังคับบำบัดหยุดเสพยาได้ทั้งหมดและดีขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 61.19 และ 38.58 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมทั้ง 2 ระบบแล้ว ส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งประเด็นสำคัญของวิธีนี้ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันรับรู้ถึงวิธีการช่วยให้หยุดยาเสพติด และส่งเสริมให้ไม่กลับไปเสพยาซ้ำได้ (พรธณี วาทีสุนทร และ กฤติกา เฉิดโฉม 2552)

สำหรับรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย มี 3 รูปแบบหลักคือ 1) การบำบัดรักษาทางร่างกาย 2) การบำบัดรักษาทางจิตใจ และ 3) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบค่ายบำบัด มีรายละเอียด ดังนี้

1) การบำบัดรักษาทางร่างกาย แบ่งเป็น 2 วิธีหลัก คือ

1.1) เภสัชบำบัด แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ การบำบัดแบบแผนปัจจุบันและการบำบัดแบบแพทย์แผนไทย สำหรับการบำบัดแบบแผนปัจจุบันสามารถแบ่งได้เป็น 3 วิธี คือ การให้ยาต้านฤทธิ์ยาเสพติด การใช้ยาทดแทนและการรักษาให้คงสภาพการติดยา ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

การให้ยาต้านฤทธิ์ยาเสพติด (Narocotics Antagonists) พบว่าหลังได้รับยาต้านฤทธิ์สารเสพติด เมื่อได้รับยาเสพติดก็ไม่เกิดผลใดๆ ซึ่งหากเป็นอยู่นานความพอใจหรือความต้องการ

ใช้ยาจะหายไป เช่น การให้ยานาลเทรกโซน (Naltrexone) เป็นยาต้านฤทธิ์ยาเสพติดออกฤทธิ์ขัดขวางที่บริเวณศูนย์สมองที่รับฤทธิ์ของยาพวกอนุพันธ์ของฝิ่น (Opiate Receptor) และเป็นยาที่เหมาะสมที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนเพราะใช้ง่ายสะดวกและออกฤทธิ์นาน ข้อควรระวังสำหรับวิธีนี้คือ ต้องมีการให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกใช้ยาเสพติด เพราะหากใช้เฮโรอีนร่วมกับการรักษาในวิธีนี้อาจอันตรายถึงชีวิตได้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม 2554, 36; มานพ คณะโต 2557)

การใช้ยาทดแทน ทดแทน เพื่อถอนพิษยาเสพติด ส่งผลให้ผู้เสพไม่มีความต้องการยา ซึ่งแตกต่างกันแล้วแต่ชนิดสารเสพติดที่ผู้ติดยาเสพติดใช้ เช่น ผู้ติดยาเสพติดประเภทฝิ่น ให้ยาทดแทนคือทิงเจอร์โอเปียม ผู้ติดยาเสพติดประเภทมอร์ฟีน เฮโรอีน ให้ยาทดแทนคือเมธาโดน และผู้ป่วยติดยาเสพติดประเภทสารกระตุ้นประสาท เช่น กัญชา สารระเหย เหล้า บุหรี่ ให้การบำบัดด้วยยาตามอาการและรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

การรักษาให้คงสภาพการติดยา (Drug Maintenance Therapy) เป็นการให้สารเสพติดแก่ผู้ติดยาเสพติดภายใต้การควบคุมของแพทย์ เช่นการให้เมธาโดนระยะยาว เพื่อให้ผู้ติดเฮโรอีนอย่างหนักเปลี่ยนมาติดเมธาโดน ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมาย

สำหรับการบำบัดแบบแพทย์แผนไทย โดยการใช้ภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทย เช่น การรับประทานยาสมุนไพรเพื่อถอนพิษและบำรุงร่างกาย การอบสมุนไพร (ไหมไทย ศรีแก้ว และถนอมศรี อินทนนท์ 2549) นอกจากนี้มีการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมลดการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (นันทิยาภรณ์ มะละศิลป์ และ สุนิสา ปรีชาวงศ์ 2557) เป็นต้น

1.2) วิธีอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ข้อดี คือ ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ ลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายจากสาเหตุการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายจิตใจ

2) การบำบัดรักษาทางจิตใจ มี 7 วิธี ได้แก่ วิธีการจิตบำบัด วิธีการทางศาสนา วิธีการอาชีวบำบัด วิธีการชุมชนบำบัด วิธีการจิตสังคมบำบัด วิธีการบำบัดฟื้นฟูเข้มขันทางสายใหม่ (FAST Model) และวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบจิราสา

สำหรับการบำบัดด้วยวิธีการทางศาสนา พบว่า ศาสนาพุทธ มีวัดเป็นศูนย์กลางทางด้านศาสนา โดยใช้หลักคำสอนในการขัดเกลาจิตใจผู้เข้ารับการบำบัด หลักการปฏิบัติคือ การทำวัตรเช้า-เย็น การสวดมนต์ การฝึกสมาธิ วิปัสสนากรรมฐาน อบรมธรรมะ เป็นต้น และมีการใช้ยาสมุนไพรให้ผู้เข้ารับการบำบัดดื่มหรืออบสมุนไพร เป็นการบำบัดทางร่างกายร่วมด้วย (ไหมไทย ศรีแก้ว และถนอมศรี อินทนนท์ 2549; มานพ คณะโต 2557) ปัจจุบันได้มีหน่วยงานสนับสนุนเข้าร่วมกิจกรรมจัดโครงการกับวัด ได้แก่ สำนักงาน ป.ป.ส. ได้จัดทำโครงการด้านการบำบัดฟื้นฟู 2 โครงการ

คือ โครงการศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งสำนักงาน ป.ป.ส. ได้ประสานงานกับกรมการแพทย์ และกรมการศาสนา ร่วมกันจัดทำข้อตกลง 3 ฝ่าย เพื่อให้วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์ และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เป็นระบบและครบวงจร นอกจากนี้มีโครงการบ้านเปลี่ยนวิถี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กและเยาวชนที่ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจิตใจ ซึ่งเน้นการฝึกอาชีพด้านเกษตร ใช้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเมื่อศึกษางานวิจัยด้านความคิดเห็นของผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวต่อการนำศาสนามาเสริมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มต่อการนำศาสนามาเสริมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก โดยให้ความคิดเห็นมากที่สุดด้านการนำหลักการทางศาสนา มาดูแลผู้ติดยาเสพติด ต้องเน้นการปฏิบัติ การให้และเสริมความรู้ในหลักการทางศาสนาแก่ผู้ติดยาเสพติด ผู้นำศาสนาในชุมชนและผู้นำชุมชนจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดยาเสพติด (สิรินญา ปุติ 2550)

สำหรับศาสนาอิสลาม ใช้หลักการทางศาสนาในการรักษาจิตใจ ร่วมกับการรักษาอาการทางร่างกายโดยให้ยาทดแทน ให้การฟื้นฟูความสำนึกทางจริยธรรมและศีลธรรม ด้วยการบรรยายธรรม และปฏิบัติธรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการละหมาดวันละ 5 เวลา การศึกษาคัมภีร์ การปฏิบัติศาสนกิจอย่างเคร่งครัด เป็นต้น ซึ่งบางแห่งนำหลักชุมชนบำบัดมาใช้ร่วมด้วย ศูนย์บำบัดที่ให้ความช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมุสลิม ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดทางภาคใต้ และจังหวัดฉะเชิงเทรา จากศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มการฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่มีการฝึกร่วมกับ การใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตของผู้เสพยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี พบว่า ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดที่นับถือศาสนาอิสลาม หรืออาจสรุปได้ว่า การส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มที่ใช้หลักศาสนาร่วมกับการฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอาจมีผลทำให้ระดับสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มที่ใช้หลักศาสนาแต่ไม่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้เนื่องจากจุดเน้นของกิจกรรมได้แก่ การให้สมาชิกกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ด้านการดูแลตนเองด้านจิตใจ ระหว่างสมาชิกกลุ่ม และผู้นำกลุ่ม มีการให้ความรู้เพิ่มเติม ทำให้เกิดการเรียนรู้ทัศนคติ แรงจูงใจ กำลังใจในการแก้ปัญหา (เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ 2551)

สำหรับศาสนาคริสต์ เน้นการให้การรักษาทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ใช้การถือนั่นในองค์พระศาสดาแห่งคริสต์ศาสนา มีความศรัทธาในพระเจ้า โดยการอธิษฐานเดี่ยว การอธิษฐานร่วมกัน การอ่านพระคัมภีร์ การเฝ้าเดี่ยว การนมัสการร่วมกัน เป็นต้น ปัจจุบันมีศูนย์

ให้บริการหลายแห่งในประเทศไทย โดยเฉพาะภาคเหนือ จะให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มชาวเขาชนเผ่าต่างๆ ที่นับถือศาสนาคริสต์

3) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบค่ายบำบัด เช่น ค่ายบำบัดตามแนวทางทหาร (มานพ คณะโต 2557)

จากการศึกษาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เป็นการดำเนินงานเพื่อแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติด จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดได้มีการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน (สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. 2547) โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการบำบัดให้ได้ผลดี ต้องเริ่มจากตัวผู้เข้ารับการบำบัดสมัครใจ และมีความตั้งใจเข้ารับการบำบัด สถานบำบัดน่าเชื่อถือ บุคลากรให้กำลังใจ การได้รับโอกาสจากคนรอบข้าง การมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบำบัด (ปิยวรรณ ทศนาญชลี 2554, 37)

การศึกษาระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจ ของเยาวชนไทย โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเยาวชนไทยที่ติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษา 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ในสถานบำบัดที่ให้การบำบัดรักษา และ 3) กลุ่มผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งในและนอกสถานบำบัด พบว่า วิธีการเข้าสู่การบำบัดด้วยความสมัครใจของเยาวชน คือ การตัดสินใจเข้าหาพ่อแม่ การเข้าสู่ศาสนาโดยการบวช การกลัวที่จะขาดโอกาส ความก้าวหน้า การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี สิ่งสำคัญที่ทำให้เยาวชนเลิกใช้ยาบ้าและเข้ารับการบำบัดรักษา คือ เยาวชนได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง บุคคลที่ใช้ชีวิตในสังคมร่วมกัน เนื่องจากทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เยาวชนสมัครใจเลิกยาและเข้าสู่การบำบัดครบกระบวนการ และไม่หวนกลับไปซ้ำ (สธัญ ภูคอง, สุธาสิณี บุญญาพิทักษ์ และ ดรุณี ภูขาว 2557)

นอกจากนี้จากการศึกษาแนวทางการพัฒนาพฤตินิสัยผู้กระทำผิดของประเทศไทย โดยผลการวิจัยได้นำเสนอปัญหาที่กรมราชทัณฑ์และกรมคุมประพฤติเผชิญกับการพัฒนาพฤตินิสัยผู้กระทำผิด พบว่ากรมราชทัณฑ์มีปัญหาด้านการควบคุมผู้ต้องขังเป็นอย่างมาก โดยสัดส่วนผู้ต้องขังต่อผู้คุมของเรือนจำในประเทศไทยอยู่ต่ำกว่ามาตรฐาน เนื่องจากมีจำนวนผู้ต้องขังเกินการรองรับของแต่ละเรือนจำ และส่งผลให้การคัดกรองผู้ต้องขังไม่มีประสิทธิภาพตามที่กำหนดไว้ จึงเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมเชิงลบระหว่างผู้ต้องขังได้ นอกจากนี้การดำเนินการแก้ไขพัฒนาพฤตินิสัยขึ้นกับการกำหนดในแต่ละเรือนจำ เนื่องจากแต่ละเรือนจำมีความพร้อมที่แตกต่างกัน สำหรับ กรม คุ ม ประ พ ฤ ติ เนื่องจากภาระงานหลักของกรมคุมประพฤติ เป็นการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 56 ต่อมาภาระงานเพิ่มในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แต่เนื่องจากภาระงานที่ค่อนข้างมากและการมีปริมาณคดีเข้ามามากโดยเฉพาะคดียาเสพติดที่กำหนดรอการลงโทษและคดีฟื้นฟูยาเสพติดตามพ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ทำให้การมุ่งทุ่มเทงานด้าน

การฟื้นฟูยาเสพติดไม่ใช่ความเชี่ยวชาญของพนักงานเจ้าหน้าที่ และต้องใช้เวลาในการประสานงาน รวมทั้งสร้างเครือข่ายอาสาสมัครคุมประพฤติ เครือข่ายยุติธรรมชุมชน เนื่องจากงานด้านการแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเป็นการทำงานภายใต้การบูรณาการกับหน่วยงานภาคี และหน่วยงานต่างๆ โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด และ ทองใหญ่ อัยยะวารกุล 2558) สำหรับการนำเสนอรูปแบบการพัฒนาพฤตินิสัยแบบไร้รอยต่อมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การจำแนกประเภทของอาชญากร การจัดและประเมินผลกระทบของนโยบาย การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย การกลับคืนสู่สังคม และการติดตามประเมินผล

จึงแสดงให้เห็นว่า การดำเนินการแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของหน่วยงานภาครัฐยังคงมีปัญหาในด้านการควบคุมผู้ต้องขัง การคัดกรองผู้ต้องขัง ความพร้อมในการแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในแต่ละเรือนจำมีความแตกต่างกัน ภาระงานของหน่วยงานมีปริมาณมาก เจ้าหน้าที่ไม่มีความเชี่ยวชาญในการแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด รวมถึงการใช้ระยะเวลาในการประสานงานและสร้างเครือข่าย นอกจากนี้มาตรฐานของโปรแกรมที่ใช้ในการบำบัดของแต่ละหน่วยงานไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด และ ทองใหญ่ อัยยะวารกุล 2558) ซึ่งหากเปรียบเทียบการบำบัดรักษาในสถานบำบัดภาครัฐที่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันล้วน ผู้เข้ารับการบำบัดยังขาดการฟื้นฟูทางด้านการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การปลูกฝังคำสอนจากศาสนาที่เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดมีอิสระในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้คนปกติในระหว่างที่เข้ารับการบำบัดรักษา การดำเนินการแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ศาสนาและระเบียบวินัยจึงเป็นทางเลือกและช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีจิตใจที่เข้มแข็ง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลิกใช้สารเสพติด (สิรินญา บุติ 2550; เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ 2551; ปิยวรรณ ทศนาญชลี 2554, 37; มานพ คณะโต 2557)

สำหรับการนำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลของรัฐ สามารถนำรูปแบบการบำบัดทั้ง 3 รูปแบบไปประยุกต์ใช้ได้ ได้แก่ 1) การควบคุมความประพฤติด้วยกฎระเบียบข้อบังคับ 2) การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยสมุนไพร และ 3) การฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ (ถนนอมศรี อินทนนท์ และ ไหมไทย ศรีแก้ว 2549; วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. ม.ป.ป; รักเกียรติ จิรันธร และคณะ 2551) ทั้งนี้ การควบคุมความประพฤติด้วยกฎระเบียบข้อบังคับ หน่วยงานภาครัฐสามารถกำหนดหรือให้ทำกิจกรรมที่เป็นภาคบังคับ เช่น กำหนดกิจกรรมการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูเป็นตารางกิจกรรม โดยกำหนดเวลากิจกรรมที่แน่นอนในระหว่างที่เข้ารับการบำบัด เพื่อให้เกิดระเบียบวินัย และให้ผลการบำบัดรักษาที่ดีขึ้น การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยสมุนไพรโดยให้รับประทานยาสมุนไพรที่ทางโรงพยาบาลเตรียมไว้ให้ และการฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ โดยการให้ฟังธรรมจากแผ่นซีดีซึ่งสามารถปฏิบัติได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน นอกจากนี้อาจจะแนะนำผู้เข้ารับ

การบำบัด ญาติหรือผู้ปกครองพาผู้เข้ารับการบำบัดไปฟังธรรม หรือร่วมกิจกรรมที่วัดเพื่อเป็นการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ ทั้งนี้ควรมีการกำหนดเป็นตารางกิจกรรมที่ชัดเจนโดยทางเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสามารถจัดกิจกรรมและให้การบำบัดรักษาเป็นไปตามแผนที่วางไว้ในกิจกรรม ย่อมฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีระเบียบวินัยในการปฏิบัติ ร่างกายและจิตใจของผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูไปพร้อมๆ กันก็สามารถทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อต่อผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยที่มีสถานที่ที่ได้จัดกิจกรรมการบำบัดรักษาแล้ว

ทั้งนี้การศึกษาค้นคว้าผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้ มีการคัดเลือกกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดแบบครบกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดของวัด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี โดยการใช้เกณฑ์ตามหลักทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการอธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3 ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of Change, The Transtheoretical Model)

การพัฒนาทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ทศวรรษที่ 1980 ค้นพบระยะของการเปลี่ยนแปลง หลักการและกระบวนการเปลี่ยนแปลง

ทศวรรษที่ 1990 ครั้งแรกที่มีการพัฒนาสู่คอมพิวเตอร์ ของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการนำมาใช้กับประสิทธิภาพการหยุดสูบบุหรี่ แม้ว่ามากกว่า 80% ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ นอกจากนี้มีการประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับความหลากหลายของพฤติกรรมในการหยุดสูบบุหรี่

ทศวรรษที่ 2000 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถูกนำมาใช้สำหรับความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่หลากหลายให้มีประสิทธิภาพ มีการนำหลักทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ ทำให้เกิดความหลากหลายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ และมีการบริการประชาชนแบบเชิงรุก และการดูแลตามบ้าน

ทศวรรษที่ 2010 มีการออกแบบเพื่อให้มีประสิทธิภาพ สำหรับฝึกอบรมและโปรแกรมออนไลน์ การทำงานร่วมกันในเชิงลึกเข้าไปเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม นอกจากนี้มีการเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติ 31.7%

กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลง โดยอาศัยทฤษฎี การให้คำปรึกษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลาย เป็น การศึกษาระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากในกระบวนการเกิดการเปลี่ยนแปลงไปใน พฤติกรรมเสี่ยงก็จะมี การให้คำแนะนำ สิ่งสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากหลัก TTM เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพของตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เกิดความกลัว วิตโดยหาก บุคคลมีความรู้ลึกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจะทำให้เกิดความเสียหาย (Pro-change Behavior Systems, Inc. 2015)

จากทฤษฎีของ James O. Prochaska, Ph.D. และ Carlo DiClemente , Ph.D ได้อธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) เป็นขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ผู้ที่อยู่ในระยะนี้ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ซึ่งหากไม่สำเร็จก็ จะทำให้สูญเสียกำลังใจในความตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมักจะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง เช่น หลีกเลี่ยงการพูดคุย ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง ไม่มีความตั้งใจปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของตน

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) หรือขั้นของการเตรียมความพร้อมในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นขั้นตอนที่มีความตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน 6 เดือนข้างหน้า แต่ยัง กังวลกับข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขั้นนี้ควรมีการพูดคุยข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลนั้นได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง

3. ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจมีการ เตรียมความพร้อม เตรียมการในอนาคตและมักมีแผนการดำเนินการ เช่น การเข้าร่วมชั้นเรียนศึกษา สุขภาพ พูดคุยกับผู้ให้คำปรึกษาหรือแพทย์ที่ดูแลตน เพื่อวางแผนนำมาปฏิบัติ และเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมภายใน 1 เดือน ขั้นนี้บุคคลนั้นๆ ควรมีทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ ตัดสินใจเองและส่งเสริมศักยภาพในการกระทำของบุคคลนั้น

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่บุคคลนั้นๆ ลงมือปฏิบัติปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของตนตามที่ได้ตั้งใจไว้ ภายในเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้จากการกระทำของบุคคลนั้นๆ ขั้นนี้ผู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรได้รับการส่งเสริมให้กระทำอย่าง ต่อเนื่อง โดยช่วยแก้อุปสรรค และให้กำลังใจ เช่น ลดจำนวนบุหรี่

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่บุคคลนั้นๆ กระทำพฤติกรรมใหม่ มีการทำงานเพื่อไม่ให้กลับไปมีพฤติกรรมเหมือนเดิมหรือกลับไปเสพยาซ้ำอย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือนถึง 5 ปี ขั้นนี้ผู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรกระทำพฤติกรรมใหม่ได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิด

เป็นพฤติกรรมใหม่ โดยควรป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ให้บุคคลนั้นๆ มีการจัดการและใช้ชีวิตประจำวันได้ดี

6. การกลับไปมีปัญหาย้ำ (Relapse) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลนั้นๆ กลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิม อาจเกิดจากความอ่อนแอทางด้านจิตใจ บุคคลที่มีปัญหานี้ควรได้รับการชักจูงให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเร็ว มีการทบทวนผลที่เกิดขึ้นหากมีพฤติกรรมแบบเดิม และควรส่งเสริมให้มีความพยายาม มุ่งมั่นเปลี่ยนพฤติกรรม (ดารณี สืบจากดี ม.ป.ป.; Pro-change Behavior Systems, Inc. 2015)

กล่าวโดยสรุป กระบวนการช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีดังนี้

1. ระยะเวลา Precontemplation ถึงระยะเวลา Contemplation ควรได้รับการปลูกจิตสำนึกให้ทราบข้อดี ข้อเสีย ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การอธิบายให้ฟัง การใช้สื่อ การใช้การเล่นละคร เพื่อให้เกิดจิตสำนึกที่ดี มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง การประเมินสิ่งแวดล้อมของผู้ที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปลดปล่อยสังคม ซึ่งกระทำได้โดยนำความรู้สึกจากการถูกกดขี่มาเป็นตัวกระตุ้นสร้างความมุ่งมั่นให้กับตนเองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างสำเร็จ

2. ระยะเวลา Contemplation ถึงระยะเวลา Preparation การได้รับการคิดไตร่ตรองถึงการกระทำของตน ตระหนักถึงข้อดี ข้อเสียของการกระทำของตน เช่น หากไม่ทำงาน ไม่เรียนหนังสือ ภาพในอนาคตของตนเองจะเป็นอย่างไร หากมีความตั้งใจทำงาน ตั้งใจเรียนหนังสือ หรือหมั่นออกกำลังกายบ่อยๆ ภาพในอนาคตตนเองจะเป็นอย่างไร

3. ระยะเวลา Preparation ถึงระยะเวลา Action การปลดปล่อยตนเอง พยายามให้มีทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่กดดันตนเอง จะทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยน

4. ระยะเวลา Preparation ถึงระยะเวลา Action และระยะเวลา Maintenance การได้รับความเป็นมิตรมีผู้ที่คอยช่วยเหลือ เช่น การได้รับคำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ และได้รับการเรียนรู้ในสิ่งที่ตรงกันข้าม เช่น เรียนรู้การโต้ตอบแบบไม่รุนแรง มีความผ่อนคลาย เรียนรู้การปฏิเสธ การเป็นคนกล้าพูดกล้าแสดงออก

5. ระยะเวลา Action ถึงระยะเวลา Maintenance การจัดการให้มีการเสริมแรง มีการสนับสนุน เช่น ได้รับการส่งเสริมให้มีการกระทำหรือพฤติกรรมที่ถูกต้อง ได้รับการบังคับให้ทำสิ่งที่ดีกว่าทางอ้อม เช่น มีความต้องการให้ผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ออกกำลังกาย และขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟท์ โดยการนำภาพศิลปกรรมมาติดไว้ข้างบันได (สันต์ ใจยอดศิลป์ 2553; Pro-change Behavior Systems, Inc. 2015)

ทั้งนี้ปัจจุบันพบว่า ได้มีการนำทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น จากการศึกษางานวิจัยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด โดยนำแนวคิดการบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ

(motivational enhancement therapy: MET) และปัจจัยเสริมความสำเร็จของการบำบัดจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model: TTM) มาใช้ พบว่า เป็นการกระตุ้นให้ผู้ติดยาเสพติดมีแรงจูงใจ มีผลลัพธ์ของการบำบัดที่รวดเร็ว ใช้ระยะเวลาในการบำบัดเพียง 1-4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง ทำให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กลับเป็นคนดีได้ (นันทา ชัยพิชิตพันธ์ 2556)

2.4 กลไกการติดสารเสพติด

จากความหมายยาเสพติดและสารเสพติด ขององค์การอนามัยโลก (WHO) หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดความต้องการเสพ โดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และต้องการในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อยๆ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม 2554, 5) ทั้งนี้เป็นกลไกของร่างกายเกิดจากการทำงานของสมอง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือสมองส่วนนอก หรือสมองส่วนคิด (cerebral cortex) ทำหน้าที่ควบคุมสติปัญญา ความมีเหตุมีผล และสมองส่วนใน หรือสมองส่วนอยาก (limbic system) ทำหน้าที่เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความพอใจ หากได้รับสารเสพติดซ้ำๆ ส่งผลให้สมองส่วนควบคุมการคิด และอารมณ์สูญเสียหน้าที่ เนื่องจากในยาเสพติดจะมีตัวกระตุ้นให้สมองสร้างสารส่งผ่านประสาท สารชนิดนี้คือ โดปามีน (dopamine) เป็นสารที่ทำให้เกิดความรู้สึกพอใจ มีความสุข หากได้รับสารเสพติดทำให้มีการสร้างโดปามีนมากกว่าปกติ สมองจึงปรับตัวด้วยการลดระดับการหลั่งโดปามีนตามธรรมชาติลง เมื่อหมดฤทธิ์ของยาเสพติดทำให้เกิดอาการขาดยา (withdrawal symptom) รู้สึกจิตใจหดหู่ หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า ดังนั้นหากต้องการทำให้สมองทำงานได้ตามปกติ ก็ต้องมีระดับโดปามีนที่สูงๆ เท่าๆ กัน ผู้ที่เคยใช้สารเสพติดจึงต้องใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการใช้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้สมองส่วนที่คิดสูญเสียหน้าที่ สมองส่วนอยากอยู่เหนือสมองส่วนคิดจึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การก้าวร้าว การใช้ความรุนแรง ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ และหากตนมีความต้องการที่จะมีความสุขก็จะกลับไปใช้ยาบ่อยมากขึ้น ยังพบอีกว่า การเสพยาแต่ละครั้งสมองจะจำสิ่งที่อยู่รอบตัวขณะเสพ เช่น สถานที่เสพ เพื่อนที่เคยร่วมเสพ และชนิดยาที่เสพส่งผลให้ระดับโดปามีนที่หลั่งตามธรรมชาติ ไม่อาจทำให้มีความสุขได้เหมือนตอนเสพยา ผู้เสพจึงมีอาการทรมานทรมาย และต้องกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้ง (ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2554; นันทา ชัยพิชิตพันธ์ 2556)

หากกล่าวถึงประเภทของยาเสพติดและสารเสพติด สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่

1) แบ่งตามลักษณะแหล่งที่เกิด คือ ยาเสพติดธรรมชาติ เช่น ฝิ่น กระท่อม กัญชา และยาเสพติดสังเคราะห์ เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน 2) แบ่งตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้ 5

ประเภท คือ ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงไม่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน แอลเอสดี และเอ็กซ์ตาซี ประเภทที่ 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น ผีน มอร์ฟิน โคเคน โคเดอีน และเมทาโดน ประเภทที่ 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 2 ผสมอยู่ เช่น ยาแก้ไอที่มีโคเดอีนผสม ประเภทที่ 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ อาเซติลคลอไรด์ เอทิลีนไดออกไซด์ และไลเซอร์จิค อาซิค ประเภทที่ 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภทที่ 1 ถึงประเภทที่ 4 เช่น พืชกระท่อม พืชกัญชา พืชฝิ่น พืชเห็ดขี้ควาย เป็นต้น และ 3) แบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้ 4 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 ยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กดประสาท เช่น ผีน มอร์ฟิน เฮโรอีน ยากล่อมประสาท และสารระเหย ประเภทที่ 2 ยาเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน โคคาอีน ประเภทที่ 3 ยาเสพติดที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที และเห็ดขี้ควาย และ 4) ยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ผสมผสาน เช่น กัญชา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม 2554, 6-7)

เมื่อได้รับสารเสพติดเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการพึ่งพิงยาทางร่างกาย ทางจิตใจ หรือบางคนอาจเกิดอาการพึ่งพิงยาทั้งสองอย่าง (Drug Dependence) และเกิดการติดยาได้ (Drug Addiction) โดยมีความต้องการเพิ่มปริมาณขนาดการเสพยาขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากร่างกายของผู้เสพเกิดอาการทนยา (Tolerance) กล่าวคือ เมื่อได้รับยาในขนาดเดียวกัน แต่การออกฤทธิ์ที่ผู้เสพต้องการกลับน้อยลง จึงต้องการเพิ่มขนาดของยาเพื่อให้มีการออกฤทธิ์เหมือนกับครั้งแรกที่ได้เสพยา (กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ป.)

ซึ่งหากแบ่งประเภทการติดยาเสพติด สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การติดยาเสพติดทางด้านร่างกาย (Physical or pharmacological dependence) และ 2) การติดยาเสพติดทางด้านจิตใจ (Psychological dependence) สำหรับประเภทที่ 1 การติดยาเสพติดทางด้านร่างกาย (Physical or pharmacological dependence) เกิดจากการปรับตัว (neuroadaptation) ของร่างกายเมื่อได้รับสารเสพติด ส่งผลให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ หากร่างกายขาดสารเสพติดชนิดที่ได้รับเข้าไป ร่างกายจะเสียสมดุล (equilibrium) ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จึงจำเป็นต้องได้รับสารเสพติดชนิดนั้นๆ อย่างต่อเนื่องเป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ใช้จากการใช้ยาอยู่เป็นประจำเป็นระยะเวลานาน จำเป็นต้องได้รับยาติดต่อกันเรื่อยๆ เพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะปกติ ผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ใช้สารเสพติด (Physical Effects of Drug Addiction) มักเกิดขึ้นกับทุกระบบในระบบร่างกาย เช่น การติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบและโรคอื่น ๆ เกิดความผิดปกติของอัตราการเต้นหัวใจ หัวใจวาย เกิดปัญหาทางเดินหายใจ เช่น โรคมะเร็งปอด ภาวะลมโป่งพองและปัญหาการหายใจ อาการปวดท้อง อาเจียน ท้องผูกท้องเสียเกิดความเสียหายของไตและตับ ชัก โรคหลอดเลือดสมอง สมองเสียหาย การ

เปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร อุณหภูมิของร่างกายและการนอนหลับ ประเภทที่ 2 การติดยาเสพติดทางด้านจิตใจ (psychological dependence) เป็นการเสพติดที่เกิดจากการเรียนรู้และมีการปฏิบัติจนเคยชิน หรือเป็นความรู้สึกที่เป็นแรงผลักดันทางจิตใจที่จะได้รับยาไปเรื่อยๆ เพื่อให้ได้รับความพึงพอใจจากการเสพยา หรือเพื่อหลีกเลี่ยงอารมณ์ไม่ดีต่างๆ จากการที่ไม่ได้เสพ ผู้ใช้ยาอาจจะรู้โทษของมันที่มีต่อร่างกายแต่ก็อดไม่ได้ที่จะใช้ เช่น การเรียนรู้การติดยาหรือ เป็นการเรียนรู้ทั้งแบบ classical learning เช่น กินกาแฟพร้อมสูบบุหรี่ไปด้วย ทำให้อยากสูบบุหรี่เมื่อกินกาแฟ หรือดื่มเหล้าพร้อมสูบบุหรี่ ทำให้อยากสูบบุหรี่เมื่อดื่มเหล้า และแบบ operant learning เช่น สูบบุหรี่แล้วทำให้สมองแล่น ขณะที่ทำงานน่าเบื่อจึงมีความต้องการสูบบุหรี่ หรือสูบบุหรี่แล้วความเครียดลดลง ขณะเครียดจึงมีความต้องการสูบบุหรี่ หรือสูบบุหรี่แล้วอาการขาดนิโคตินหายไป เมื่อมีอาการขาดนิโคตินจึงมีความต้องการสูบบุหรี่ เป็นต้น ผลกระทบทางด้านจิตใจจากการติดยาเสพติด (Psychological Effects of Drug Addiction) เกิดจากสมองติดยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติดไม่สามารถทำงานหรือดำรงชีวิตได้หากไม่ได้รับสารเสพติด อาการทางจิตที่เกิดขึ้น เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน หวาดระแวงและการใช้ความรุนแรง ความสุขในการใช้ชีวิตในแต่ละวันลดลง เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ หลอน สับสน มีความต้องการใช้สารเสพติดในปริมาณที่มากขึ้น (Tracy Natasha 2015)

โดยพบว่าการแพทย์แผนไทยมีบทบาทในการบำบัดรักษาอาการการติดยาเสพติดทางด้านจิตใจและทางด้านร่างกายของผู้เข้ารับการบำบัด ดังนี้

2.5 บทบาทของการแพทย์แผนไทยกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

สำหรับวัดไม้เสียบ เป็นสถานบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้ที่เปิดรับการบำบัดรักษาเมื่อ พ.ศ. 2536 โดยได้จัดตั้งเป็นสถานบำบัดรักษาผู้ที่มีอาการจิตประสาทและติดยาเสพติด พ.ศ. 2544 ได้จัดตั้งเป็นสถานบำบัดยาเสพติด มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ (พร้อม ทองดำ) ทั้งนี้ตั้งอยู่หมู่ที่ 2 ตำบลเกาะขันธุ์ อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช มีพื้นที่ประมาณ 29 ไร่ และมีอาณาเขตติดต่อดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อ	คลองไม้เสียบ ซึ่งไหลลงสู่แม่น้ำสายหลักของกลุ่มแม่น้ำปากพนัง
ทิศใต้	ติดต่อ	โรงเรียนบ้านไม้เสียบ
ทิศตะวันตก	ติดต่อ	ถนนเอเชีย 41
ทิศตะวันออก	ติดต่อ	ชุมชนบ้านไม้เสียบ

วัดไม้เสียบเป็นวัดเก่าแก่อายุร้อยปี โดยมีหลวงพ่อบุญเป็นผู้สร้างวัดและเป็นเจ้าอาวาสวัดรูปแรก หลังจากนั้นได้มีเจ้าอาวาสวัดอีกหลายรูป จนกระทั่ง พ.ศ. 2522 ได้เกิดปัญหาผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ซึ่งมีอิทธิพลในอำเภอชะอวด ทำให้เจ้าอาวาสวัดไม้เสียบหลงผิดหนีจากวัดเข้าร่วมคอมมิวนิสต์ ทางคณะสงฆ์ของอำเภอชะอวดจึงได้นิมนต์พระครูประดิษฐวรการ (หลวงพ่อบุญพร้อม จิตจิตโต) ซึ่งขณะนั้นจำพรรษาที่วัดธรรมสถิต ตำบลพนางดุง อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง มาเป็นเจ้าอาวาสวัดไม้เสียบ ภายในวัดไม้เสียบมีศาสนสถานที่สำคัญหลายอย่าง เช่น อุโบสถ หอไตร ศาลาการเปรียญ การบำบัดรักษายาเสพติดให้โทษได้รับการสนับสนุนจากโครงการศรัทธาของกองทัพภาคที่ 4 ตามนโยบายภาคใต้ปลอดภัยผู้ติดยาเสพติดของพลโทกิตติ รัตนฉายา

พระอาจารย์พร้อม ทองดำ (พระครูประดิษฐวรการ) อาศัยอยู่หมู่ที่ 2 ตำบลเกาะขันธุ์ อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยจากพ่อซึ่งมีตำราสมุดข่อยสืบทอดจากบรรพบุรุษตั้งแต่ยังเด็ก บรรพชาเมื่อ พ.ศ. 2518 เมื่อเป็นฆราวาสได้รับการศึกษาผู้ช่วยอัมพฤก อัมพาต คนถูกของ (ไสยศาสตร์) ผู้ที่วิกลจริต พ.ศ. 2522 เริ่มให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และได้รับใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย

ปัจจุบันสถานบำบัดยาเสพติด มูลนิธิพระครูประดิษฐวรการ (พร้อม ทองดำ) ได้จัดตั้งคณะกรรมการมูลนิธิประกอบด้วยประธานกรรมการ ได้แก่ พระไพรัช อุตตโม รองประธานกรรมการ ได้แก่ พระช่วย อนุทวณโน คณะกรรมการจำนวน 8 คน เหนรัญญิกจำนวน 1 คน และเลขานุการจำนวน 2 คน ทั้งนี้ผู้ที่เป็นกรรมการมีทั้งอาจารย์ที่อาศัยในชุมชนไม้เสียบ ร้อยตำรวจโท และผู้นำชุมชน สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของมูลนิธิมีจำนวน 8 คน แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนหน้าจำนวน 5 คนเป็นเพศชาย มีหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัด ติดต่อประสานงานกับญาติและผู้ปกครองของผู้เข้ารับการบำบัด ดูแลความเรียบร้อยของมูลนิธิ และการติดต่อ การเยี่ยมของญาติและผู้ปกครองของผู้เข้ารับการบำบัด ส่วนหลังจำนวน 3 คนเป็นเพศชาย มีหน้าที่ ดูแลความเรียบร้อยและจัดเตรียมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เข้ารับการบำบัดตามรูปแบบกิจกรรมประจำวันของผู้เข้ารับการบำบัด

สำหรับผู้เข้ารับการบำบัดปัจจุบันมีจำนวน 400 คน โดยทางสถานบำบัดรับผู้เข้ารับการบำบัดเฉพาะเพศชาย เนื่องจากง่ายต่อการดูแล และการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันของผู้เข้ารับการบำบัด นอกจากนี้พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัด มีทั้งกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี กลุ่มอายุ 15 - 20 ปี กลุ่มอายุ 21 - 24 ปี กลุ่มอายุ 25 - 29 ปี กลุ่มอายุ 30 - 34 ปี กลุ่มอายุ 35 - 39 ปี กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดใหม่ และกลุ่มผู้ที่กลับมาบำบัดซ้ำ ผู้เข้ารับการบำบัดมีทั้งผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ และศาสนาอิสลาม ชนิดยาเสพติด ได้แก่ ยาบ้า เฮโรอีน กัญชา สารระเหย สุรา ใบกระท่อม และยาไอซ์

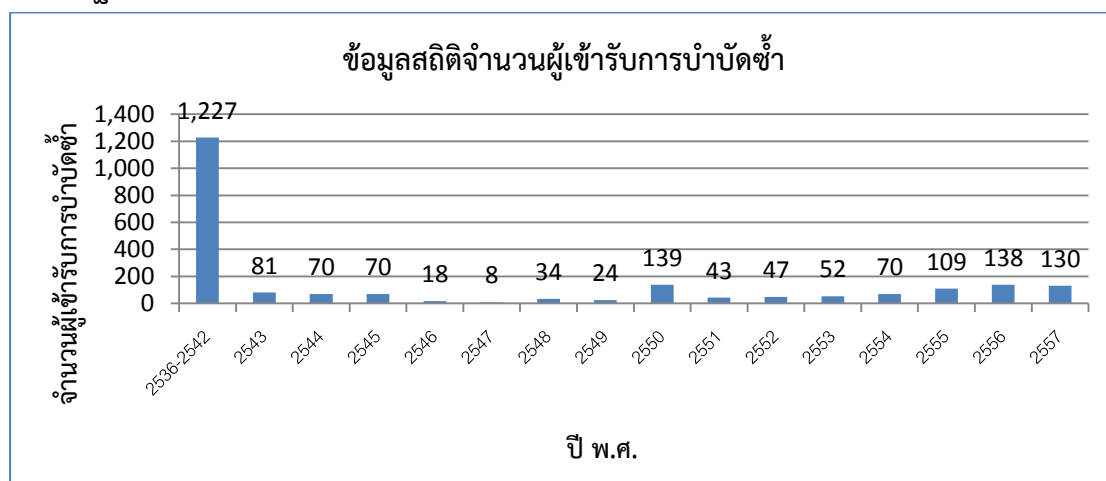
บ้านพักของผู้เข้ารับการบำบัดมี 2 หลัง หลังที่ 1 ชื่อว่า บ้านมนธรรม เป็นกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดที่ไม่มีอาการผิดปกติทางสมอง หลังที่ 2 ชื่อว่า บ้านภาวนาธรรม เป็นกลุ่มผู้เข้ารับการ

บำบัดที่มีอาการผิดปกติทางสมอง ลักษณะบ้านพักทั้ง 2 หลัง เหมือนกัน คือ เป็นอาคารยาว กว้างชั้นเดียว หลังคาสี่แดง บ้านพักทำด้วยปูนจากพื้นขึ้นมาครึ่งหนึ่งของตัวบ้าน ส่วนบนใช้เหล็กแข็งเรียงกัน มีช่องว่าง คล้ายกรง ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของบ้าน สำหรับด้านข้างทั้งสองข้างของบ้านทำด้วยปูนจากพื้นถึงหลังคา ภายในบ้านเป็นลานกว้างพื้นผิวเป็นพื้นปูน ไม่ปูกระเบื้อง มีโทรทัศน์ มีห้องเก็บที่นอน หมอน ผ้าห่มจำนวน 1 ห้องอยู่ด้านหลังของบ้าน ทุกกิจกรรมของผู้เข้ารับการบำบัดจะกระทำภายในบ้านทั้งการออกกำลังกาย การสวดมนต์ การฝึกร้องเพลง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ระหว่างบ้านทั้งสองหลัง มีห้องอบสมุนไพรจำนวน 2 ห้อง ห้องที่อยู่ทางด้านขวามือติดกับบ้านหลังที่ 1 เป็นของผู้เข้ารับการบำบัด ที่อาศัยในบ้านพักหลังที่ 1 และห้องที่อยู่ทางด้านซ้ายมือติดกับบ้านหลังที่ 2 เป็นของผู้เข้ารับการบำบัด ที่อาศัยในบ้านพักหลังที่ 2 ลักษณะภายในห้องเป็นห้องกว้าง ทำด้วยปูน สามารถเข้าอบสมุนไพรได้ ครั้งละ 50 คน

หลังจากลงทะเบียนเข้ารับการบำบัดผู้เข้ารับการบำบัดทุกคนต้องได้รับการตรวจร่างกาย ตัดเล็บ โกนผม เปลี่ยนชุดโดยทุกคนต้องใส่ผ้าขาวม้าสีและแบบเดียวกัน ไม่ใส่เสื้อ

เอกลักษณ์มูลนิธิไม่เสียบ คือ เป็นสถานที่สงบ ร่มเย็น เป็นที่พึ่งทางใจ เป็นสถานที่เผยแพร่หลักธรรม คำสอน ในทางพระพุทธศาสนา เป็นสถานที่ปราศจากอบายมุขทุกชนิด เป็นสถานที่ต่อต้านและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เป็นสถานที่ศึกษาปฏิบัติธรรมและเผยแพร่ธรรมะแก่สาธุชนทั้งหลาย (พระครูประดิษฐ์วรากร) สำหรับข้อบังคับ ได้แก่ ห้ามคิดหนี ห้ามสูบบุหรี่ ห้ามลักทรัพย์ ห้ามทะเลาะวิวาท และห้ามอ้อนญาติ

ข้อมูลสถิติจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดซ้ำสถานบำบัดยาเสพติด มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรากร (พร้อม ทองดำ)



ภาพที่ 2 ข้อมูลสถิติจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดซ้ำ ที่มา: จากสถานบำบัดมูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรากร (พร้อม ทองดำ)

จากการศึกษากระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำ ปัจจัยสำคัญคือ ตัวของผู้เข้ารับการบำบัดเองมีความต้องการยุติการเสพยา มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มุ่งมั่นต่อการเลิกยา และมีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการ ทั้งนี้ตัวผู้เข้ารับการบำบัดมีความสำคัญอย่างมาก ภายหลังจากการพักการเสพยาบ้าได้ระยะหนึ่งจึงเข้าสู่การมีพฤติกรรมการไม่เสพยาบ้าซ้ำ ซึ่งมีแนวโน้มจะไม่เสพยาบ้าซ้ำทั้งปัจจุบันและอนาคต โดยสภาพแวดล้อมเป็นเงื่อนไขที่สำคัญต่อการสนับสนุนให้คงพฤติกรรมการไม่เสพยาบ้าซ้ำ เนื่องจากเมื่อสามารถหยุดเสพยาบ้าได้ระยะหนึ่ง บุคคลเหล่านี้มีความต้องการที่จะได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ดังนั้นหากได้รับโอกาสและการให้อภัย จะทำให้บุคคลเหล่านี้มีพฤติกรรมการไม่เสพยาบ้าซ้ำได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่องต่อไป (ปิยวรรณ ทศนาญชลี 2554)

สำหรับด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ให้การบำบัดรักษา 3 ลักษณะคือ 1) การควบคุมความประพฤติด้วยกฎระเบียบข้อบังคับ 2) การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยสมุนไพร และ 3) การฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ (ถนอมศรี อินทนนท์ และ ไหมไทย ศรีแก้ว 2549; วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. ม.ป.ป; รักเกียรติ จิรันธร และคณะ 2551) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษาที่สถานบำบัด

เวลา	กิจกรรม
04.00 – 05.00 น.	ตื่นนอน ฟังธรรม
05.00 – 05.30 น.	กินยาสมุนไพร (ยาบำรุงกำลัง) กินข้าวต้ม
05.30 – 07.30 น.	อบยาสมุนไพร ออกกำลังกาย
07.30 – 11.00 น.	กวาดวัด พัฒนา ทำกิจส่วนตัว
11.00 – 11.30 น.	กินอาหารเที่ยง
11.30 – 13.00 น.	พักผ่อน
13.00 – 15.00 น.	กวาดวัด พัฒนา ทำกิจส่วนตัว
15.00 – 15.30 น.	กินยาสมุนไพร (ยาบำรุงกำลัง)
16.00 – 16.30 น.	กินอาหารเย็น
16.30 – 17.30 น.	สวดมนต์ฟังธรรม อบรม
17.30 – 18.30 น.	สันทนาการ
18.30 – 19.30 น.	กินอาหารว่าง
20.00 – 20.30 น.	อบรม สอบถามปัญหา
20.30 – 21.00 น.	ไหว้พระสวดมนต์ นอน

การควบคุมความประพฤติด้วยกฎระเบียบข้อบังคับ เช่น กฎระเบียบในการอยู่ร่วมกันห้ามคิดหนี ห้ามลักทรัพย์ ห้ามสูบบุหรี่ ห้ามทะเลาะวิวาท และห้ามอ้อนญาติ ซึ่งหากผู้เข้ารับ

การบำบัดรายได้อาพาหรือกระทำผิดข้อบังคับก็จะถูกลงโทษโดยการเขียนด้วยหวาย หรือลงโทษโดยการล่ามโซ่หรือมัดให้ติดกับเสาอาคารอยู่เพียงลำพัง นอกจากนี้ผู้เข้ารับการบำบัดทุกคนต้องทำกิจวัตรประจำวันตามเวลา และกิจกรรมที่กำหนดทุกวัน

การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยสมุนไพร โดยผู้เข้ารับการบำบัดทุกคนได้รับการรับประทานยาสมุนไพร วันละ 2 ครั้ง เวลา 05.00 - 05.30 น. และ 15.00 - 16.00 น. และการอบยาสมุนไพรทุกวันเวลา 05.30 - 07.30 น. ยกเว้นวันที่ฝนตก สำหรับสมุนไพรที่รับประทานมี 2 ตำรับ ได้แก่ ตำรับยาถอนพิษ (เป็นยาลูกกลอน) และตำรับยาบำรุง (เป็นยาต้ม)

สำหรับรายละเอียดลักษณะยาแผนไทยที่ใช้ในสถานบำบัดแต่ละชนิดมีดังนี้

สำหรับสถานบำบัดยาเสพติด มูลนิธิพระครูประดิษฐวรการ (พร้อม ทองดำ) ใช้รูปแบบยาถอนพิษ เป็นชนิดลูกกลอน มีรสขม ลักษณะเป็นก้อน สีดำ ขนาด 1 ซม. เหนียวเนื่องจากในการผลิตผสมน้ำผึ้งโดยไม่ตากแดดหรืออบแห้ง จะให้ผู้เข้ารับการบำบัดรับประทานครั้งเดียว คือสองวันแรกที่เข้ารับการบำบัด เพื่อเป็นการล้างพิษ หรือถอนพิษจากสารเสพติดที่เสพเข้าไป

รูปแบบยาบำรุงเป็นยาต้ม โดยทางวัดต้มครั้งละ 200 ลิตร เริ่มต้ม เวลา 03.00 น. เติมน้ำอุ่นเวลา 05.00 น. และเวลา 14.00 น. ลักษณะยาที่ได้มีสีขาส้ม รสชาติจืดเย็นคล้ายชา มีกลิ่นเทียนนำ โดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดรับประทานทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น เวลา 05.00 น. และเวลา 15.00 น. รับประทานครั้งละ 250 ซีซี ใส่ขันแสดนเลส ทั้งนี้ลักษณะการนั่งรับประทานยาของผู้เข้ารับการบำบัด มีการนั่งเป็นแถว แถวละ 60-70 คน นั่งหันหน้าเข้าหากัน และมีเจ้าหน้าที่เดินตักยาบำรุงใส่ขันแสดนเลส ให้ผู้เข้ารับการบำบัดรับประทาน

การอบสมุนไพร ทางวัดจะให้ผู้เข้ารับการบำบัดทุกรายอบสมุนไพรทุกวัน ทำให้มีการขับพิษทางผิวหนังที่อยู่ในตัวผู้เข้ารับการบำบัดให้ออกมาเร็ว รู้สึกสบายตัว รับประทานอาหารได้ และนอนหลับสนิท

การฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดที่นับถือศาสนาพุทธได้รับการฟังธรรมและสวดมนต์วันละ 5 ครั้งคือ ฟังธรรม ช่วงเวลา 04.00 - 05.00 น. สวดมนต์ ช่วงเวลา 07.30 - 11.00 น. และ 13.00 - 15.00 น. นอกจากนี้ สวดมนต์ ฟังธรรม เวลา 16.30 - 17.30 น. และ ไหว้พระสวดมนต์ เวลา 20.30 - 21.00 น. สำหรับศาสนาอิสลาม เป็นการขอพรและการละหมาด นอกจากนี้มีกิจกรรมการสนทนา การร้องเพลง และช่วงเวลาพักผ่อนให้กับผู้เข้ารับการบำบัด จากการศึกษา พบว่าการฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีจิตสำนึกผู้ผิดชอบชั่วดี และมีความรู้สึกรู้ว่าตัวเองมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น (ถนอมศรี อินทนนท์ และ ไหมไทย ศรีแก้ว 2549; วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. ม.ป.ป.)

จากการศึกษาพบว่า ลูกกลอน หมายถึง น. เป็นยาแผนโบราณของไทยในรูปแบบหนึ่ง มีลักษณะเป็นเม็ดกลม เตรียมได้โดยการนำเครื่องยาตามตำรับยา บดให้ละเอียด ผสมน้ำผึ้ง หรือ

น้ำกระสายอื่น ๆ ทำเป็นเส้นขนาดต่าง ๆ ตามต้องการ ตัดเป็นส่วน ๆ ขนาดเท่ากัน นำแต่ละส่วนมาปั่นเป็นเม็ดกลม แล้วทำให้แห้งสนิท โดยทั่วไปใช้เป็นยากิน (พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2556, 412)

ยาต้ม หมายถึง น. ยาแผนโบราณไทยรูปแบบหนึ่ง เตรียมได้โดยการเอาตัวยาสสมกันตามตำรับมักใช้ยาสดหรือแห้ง ใส่หม้อขนาดพอเหมาะ เติมน้ำให้ท่วมตัวยาล้างแล้วต้มให้เดือดตามกำหนด เช่น ต้ม 3 เอา 1 หมายถึง ต้มให้เดือด แล้วเคี่ยวจนน้ำงวดไป 2 ส่วน เหลือเพียง 1 ส่วน โดยทั่วไปยาต้มที่เตรียมจากเครื่องยาจำพวกใบ มักต้มดื่มเพียงวันเดียวแล้วทิ้ง ส่วนยาต้มที่ประกอบด้วยเครื่องยาจำพวกแก่นไม้ โกฐ เทียน เครื่องเทศ หรือหัวของพืชแห้ง หากต้มเอาน้ำดื่มเข้าเย็น อาจดื่มเอาน้ำดื่มได้ 7-10 วัน (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และคณะ 2556, 229-230; พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2556, 365) สำหรับตำรับยาบำรุง ใช้สมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงกำลัง จากคนที่อ่อนแรงให้มีกำลัง ยาบำรุงกำลัง เป็นยาที่คนปกติกินได้ โดยไม่ต้องมีอาการเจ็บป่วย สามารถกินได้เป็นประจำทุกวัน นอกจากนี้หากเจ็บป่วย ยาบำรุงจะช่วยฟื้นฟูให้สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับยาบำรุงเพื่อช่วยให้มีร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งการปรุงยาบำรุงจากสมุนไพร มีทั้งในรูปแบบการต้ม การดอง การทำเป็นลูกกลอน เป็นต้น (สุภาภรณ์ ปิติพร 2554)

การอบสมุนไพร เป็นวิธีการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ตามหลักการแพทย์แผนไทย ใช้กรรมวิธีอบไอน้ำหรือไอน้ำปรุงกลิ่นด้วยสมุนไพร ในบริเวณที่ไอน้ำนั้นกระจายออกไปไม่ได้ (พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2556, 4) ซึ่งหลักการอบสมุนไพร คือ ต้มสมุนไพรหลายๆ ชนิดรวมกัน ประกอบด้วยสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหยและสมุนไพรรักษาตามอาการ สมุนไพรที่มีรสเปรี้ยวนำมาต้มจนเดือด ไอน้ำ น้ำมันหอมระเหย และสารระเหยต่างๆ ซึ่งมีอยู่ในสมุนไพรจะออกมาสัมผัสผิวหนังทำให้มีผลเฉพาะที่ และสูดดมเข้าไปกับลมหายใจ มีผลต่อระบบทางเดินหายใจและผลทั่วร่างกาย (พรทิพย์ เต็มวิเศษ, อัญชลี จุฑะพุทธิ, กันทิมา สิทธิธัญกิจ, วิชา ใจดี, จิรัชยา ประมวล, มาลา สร้อยสำโรง, และ บุชราภรณ์ ธนสีลังกูร. 2552) (ถนอมศรี อินทนนท์ และ โหมไทย ศรีแก้ว 2549; วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. 2554)

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของการอบไอน้ำสมุนไพรต่อระบบต่างๆ ของร่างกายมีดังนี้ ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกล้ามเนื้อ และอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ โดยพบว่า การอบไอน้ำใช้ได้ผลดีมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุผนังหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอาการทางคลินิก คือ อาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก และอาการใจสั่นลดลง อาการทางคลินิกเหล่านี้จะดีขึ้นหลังจากได้รับการอบไอน้ำเป็นเวลา 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่า การอบไอน้ำสามารถช่วยส่งเสริมให้มีการนำเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ จึงเหมาะแก่ผู้ที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และ

ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สำหรับผลต่อระบบกล้ามเนื้อ พบว่า อาการปวดของระบบกล้ามเนื้อ กระตักและข้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฐาปนีย์ เขียวจีน และ สนั่น ศุภธีรสกุล 2556, 17-28)

จากการศึกษาเห็นได้ว่า กระบวนการบำบัดให้ผลการรักษาที่ดีแก่ผู้เข้ารับการบำบัด ซึ่งเมื่อศึกษาด้านเภสัชวิทยาของสมุนไพรที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีความสอดคล้องกับอาการของผู้ที่เข้ารับการบำบัด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

สมุนไพร หมายถึง ผลิตผลธรรมชาติอาจได้จากพืช สัตว์ แร่ธาตุ หรือจุลชีพ ซึ่งนำมาใช้เป็นยาได้ หรือใช้ผสมกันตามตำรับยา เพื่อบำบัดโรคหรือบำรุงร่างกาย นอกจากนี้ยังให้ความหมายถึง พืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือสัตว์ที่ใช้ หรือแปรรูปหรือผสม หรือปรุงเป็นยาหรืออาหาร เพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ และให้หมายความรวมถึงถิ่นกำเนิดหรือถิ่นที่อยู่ของสิ่งดังกล่าวร่วมด้วย (พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 อ่างใน พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2556, 430-431)

ตัวอย่างฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสมุนไพรที่ใช้ในการบำบัดรักษา มีดังนี้

ตำรับยาถอนพิษ

ประกอบด้วย เนื้อฝักคูณ รงทอง มหาหิงค์ ชุมเห็ดเทศ แก่นขี้เหล็ก ดีเกลือไทย ผลสลอด ผิวมะนาว และเถารางจืด

ฝักคูณ มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Cassia fistula* L. อยู่ในวงศ์ Leguminosae (Fabaceae) วงศ์ย่อย Caesalpinioideae (พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2556, 119; National Tropical Botanical Garden 2015; Orwa et al. 2009)

จากการศึกษาด้านฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของคุณ พบว่า ดอกคูณ มีฤทธิ์ต่อต้านแบคทีเรียและเชื้อรา เมื่อมีการศึกษาเพิ่มเติม พบว่า rhein ของดอกคูณสามารถต่อต้านเชื้อราได้ (V. Duraipandiyar and S. Ignacimuthu 2012) สำหรับฤทธิ์การต่อต้านแบคทีเรียสามารถยับยั้งเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* ซึ่งเป็นสาเหตุการก่อโรคติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว การติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจในผู้ติดยาที่ฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การเกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อที่หูส่วนนอก โรคติดเชื้อในบาดแผลไฟไหม้ การติดเชื้อที่ปอดได้แก่ โรคปอดเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันต่ำ ปอดอักเสบ (วรพจน์ อุบายโสธร 2553) และพบว่าสารสกัดจากดอกคูณสามารถต่อต้านเชื้อ

Trichophyton mentagrophytes และ *Epidermophyton floccosum* ซึ่งก่อให้เกิดโรคกลาก (Luplertlop Natthanej and Suwanmanee Supattra 2013, 75-87) และเชื้อราสามารถเจริญเติบโตและเกิดการติดเชื้อในคนที่ภูมิคุ้มกันบกพร่องเช่น มะเร็ง เอ็ดส์ จากรายงานพบว่า เมล็ดสามารถใช้ในการรักษาโรคอุจจาระร่วง ดอกและผลใช้รักษาโรคผิวหนัง ไข้ อากาศปวดท้อง และโรคเรื้อน (V. Duraiyadiyan and S. Ignacimuthu 2012) นอกจากนี้มีการศึกษาความเป็นพิษของเนื้อฝักคูนที่ที่ใช้เป็นยาระบาย เนื่องจากมีสารแอนทราควิโนน (antraquinone) พบ rhein ในเนื้อฝักคูน 0.02% w/w (ค่าเฉลี่ย $0.0518 \pm 0.003\%$ w/w) ความเป็นพิษเฉียบพลันที่ศึกษาในหนู ไม่มีความเป็นพิษและเมื่อนับจำนวนแบคทีเรียแอโรบิกและเชื้อราในสารสกัดเนื้อฝักคูนไม่เกิน 10 และ 11 cfu/g จึงไม่พบการก่อโรคของแบคทีเรีย (Sakulpanich Aurapa et al. 2012) ทั้งนี้สรุปได้ว่า ฝักคูนมีสารกลุ่ม antraquinones หลายชนิด เช่น rhein aloe-emodin และ sennoside ซึ่งมีฤทธิ์เป็นยาระบาย นอกจากนี้ฝัก ดอก และส่วนต่างๆ สามารถต้านเชื้อแบคทีเรีย เชื้อราและยีสต์ได้ (กฤติยา ไชยนอก 2015) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: เนื้อในฝัก รสหวานเย็น เป็นยาระบายอ่อนๆ แก้กท้องผูก ใบ รสเมาเบื่อ แก้กไข้ เป็นยาระบาย ดอก รสขมเปรี้ยว แก้กไข้ เป็นยาระบาย

รงทอง มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Garcinia hanburyi* Hook.f. อยู่ในวงศ์ Clusiaceae (Guttiferae) (ThaiHerbal.org 2015; ชยันต์ พิเชียรสุนทร ศุภชัย ตียวรนนท์ และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 198)

จากการศึกษาด้านฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของรงทอง พบว่า ยางสีเหลืองที่ได้จากลำต้นของรงทองเรียกว่า รงทอง มีชื่อสามัญว่า gamboge ซึ่งเมื่อสกัดสารจากรงทองสามารถต่อต้านการอักเสบ ลดปวด และลดไข้ นอกจากนี้มีการศึกษาพบฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็ง และฤทธิ์ต้านแบคทีเรียของยางจากต้นรงทองและยางจากต้นรงทองสะตุ พบว่าสามารถยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็ง (Yang Jing et.al 2012) เช่น มะเร็งตับ ปอด ลำไส้ ต่อมลูกหมาก และปากมดลูก ผลการทดสอบการต้านเชื้อจุลินทรีย์แกรมบวก (*Staphylococcus aureus* และ *Bacillus subtilis*) และแกรมลบ (*Escherichia coli* และ *Pseudomonas aerogenosa*) พบว่า มีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อแกรมบวกได้ดี โดยยางจากต้นรงทองที่สะตุจะมีฤทธิ์น้อยกว่ายางจากต้นรงทองที่ไม่สะตุ (นินนาท อินทฤทธิ์, ภาณุรัฐ เตชะยนต์, และ อรุณพร อธิรัตน์ 2556) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ยางของรงทองที่ฆ่าฤทธิ์แล้ว รสเย็นเบื่อ ถ่ายอย่างแรง ถ่ายลม ถ่ายน้ำเหลืองเสีย ถ่ายเสมหะ ถ่ายโลหิต หากนำมาฝนกับกะทิสทาแผลพุพอง แก้กปวดและให้ล่อนออกดี

มหาหิงค์ มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Ferula assafoetida* L. อยู่ในวงศ์ Umbelliferae เป็นชันน้ำมันประเภทโอสถิโอกัมเรซินจากรากและลำต้นใต้ดินของพืชในสกุล *Ferula* คำว่าหิงค์เป็นภาษาสันสกฤต โบราณไทยเดิมคำว่ามหา รวมเรียกเป็นมหาหิงค์ ประกอบด้วยชันและน้ำมันระเหยง่ายที่มีกำมะถันเป็นองค์ประกอบ ลักษณะเป็นก้อนสีแดงและเหนียว มียางสีขาว มีกลิ่นเหม็น รสเผ็ดร้อน และเปื้อ

การศึกษารายงานวิจัยองค์ประกอบทางเคมีในการต้านอนุมูลอิสระและต้านจุลชีพของน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับจากน้ำยางที่เราเรียกว่าโอสถิโอกัมเรซิน (oleo gum resin) หมายถึง มีน้ำมันหอมระเหย ยางชันและส่วนของกัมรวมๆกัน (กัมมีโครงสร้างเป็นน้ำตาลเกาะกันยาวๆคล้ายแป้งแต่ร่างกายคนย่อยไม่ได้) (คณะเภสัชมหาวิทยาลัยมหิดล 2015)

จากการศึกษาด้านฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของมหาหิงค์ พบว่า มีผลต่อร่างกาย ดังนี้ ระบบทางเดินอาหาร มหาหิงค์ช่วยลดอาการปวดเกร็งช่องท้อง (antispasmodic) ขับลม (carminative) ช่วยย่อย (digestive) และเป็นยาระบาย (laxative)

สำหรับประโยชน์ในด้านอื่นๆ เช่น ช่วยขับเสมหะ (expectorant) มีฤทธิ์ถ่ายพยาธิบางชนิด (anthelmintic) ช่วยกล่อมประสาท ทำให้อ่อนหลับดี (sedative) แก้ปวดแบบไม่รุนแรง (analgesic) และฆ่าเชื้อเฉพาะที่ (antiseptic) นอกจากนี้ยังช่วยรักษาโรคมะเร็ง รักษาภาวะต่างๆ ของสตรี โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและระบบเลือด การใช้เป็นยาคุมกำเนิดในสตรี และการนำมาใช้เสริมภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย

ยังพบว่าบางประเทศนำมหาหิงค์มาใช้เป็นยาแก้พิษ ถอนพิษ (antidote) ของฝิ่น (opium) ได้ด้วย โดยใช้มหาหิงค์ในปริมาณที่เท่ากับปริมาณของฝิ่นที่เสพเข้าไป (นิศารัตน์ ศิริวัฒน์ เมธานนท์ 2015) ซึ่งการศึกษาด้านฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของมหาหิงค์ มีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: รสเผ็ดร้อน และเปื้อ แก้ท้องผูก พรดิก แก้กลม ขับลมผาย (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และวิเชียร จีรวงศ์ 2556, 180-181)

ชุมเห็ดเทศ มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Cassia alata* (L.) Roxb. ชื่อพ้อง *Senna alata* (L.) Roxb. ชื่อวงศ์ Fabaceae (Leguminosae-Caesalpinioideae) (ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010, ชยันต์ พิเชียรสุนทร ศุภชัย ตียวรนนท์ และวิเชียร จีรวงศ์ 2556, 275)

ใบชุมเห็ดเทศมีสารกลุ่มแอนทราควิโนน (anthraquinone) ทั้งรูปอิสระ เช่น สารเรออิน (rhein) สารอีโมดิน (emodin) สารอะโล-อีโมดิน (aloe-emodin) สารคริสโซฟานอล (chrysophanol) และรูปไกลโคไซด์ (glycoside) เช่น ไกลโคไซด์ของเรออิน ไกลโคไซด์ของอะโล-อีโม

ดิน ซึ่งสารเหล่านี้มีฤทธิ์เป็นยาระบาย (ชยันต์ พิเชียรสุนทร; ศุภชัย ดิยวรรณท์ และวิเชียร จีรวงส์ 2556, 276)

จากการศึกษาการต้านเชื้อราจากสารสกัดใบชุมเห็ดเทศในหลอดทดลอง พบว่าสามารถต่อต้านเชื้อราได้ โดยสามารถรักษากลากบริเวณผิวหนังตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น *Tinea capitis*, *Tinea cruris*, *Tinea corporis* และ *Tinea pedis*. (Sule W.F. et al. 2010; Sule W.F. et al. 2011) ต่อมาได้ศึกษาคุณสมบัติและพิษเคมี ในการต้านเชื้อราของสารสกัดจากเปลือกลำต้นชุมเห็ดเทศ เป็นการทดสอบทางด้านคลินิกสามารถยับยั้ง *Trichophyton*, *Microsporum* and *Epidemophyton* โดยสามารถยับยั้งได้สูงใน *T. verrucosum* และ *E. floccosum* พบมีคุณสมบัติ tannins, steroids, alkaloids, anthraquinones, terpenes, carbohydrates and saponins (Sule W.F. et al. 2011) นอกจากนั้นหากศึกษาทางด้านเภสัชวิทยา พบว่า สามารถช่วยกระตุ้นลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็ก ช่วยระบาย ขับปัสสาวะ ต้านเชื้อรา และฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้เป็นอย่างดี และหากศึกษาทางคลินิก พบว่า สามารถรักษาอาการท้องผูก และรักษาโรคกลากเกลื้อนได้ (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2015) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ดอก, ใบสดหรือแห้ง รสเบื่อเอียน รักษาโรคผิวหนัง กลากเกลื้อน ผีและแผลพุพอง เป็นยาระบาย ยาถ่าย ถ่ายพยาธิลำไส้ เมล็ด ขับพยาธิ เป็นยาระบายอ่อน หากใช้เป็นสมุนไพรเดี่ยว รับประทานโดยนำดอกสดประมาณ 3 ช่อ มาลวก หรือนำใบสดหรือแห้งประมาณ 12 ใบ ต้มน้ำดื่มครั้งละ 1 แก้ว

แก่นขี้เหล็ก มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Senna siamea* (Lam.) Irwin & Barneby อยู่ในวงศ์ Leguminosae - ceasalpinioideae เปลือก แก่นและใบ มี anthraquinone glycoside เช่น rhein, aloë-emodin, Chrysophanol และ Senoside ดอกมีสารพวก chromone ชื่อ Barakol และสารขมชื่อ cassiamin

จากการศึกษาทางด้านเภสัชวิทยา พบว่า แก่นขี้เหล็กมีสาร Anthraquinone มีฤทธิ์เป็นยาระบาย สามารถกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: แก่น รสขม แก้กามโรค หนองใน แก้กระษัย แก้เหน็บชา แก้ไฟธาตุพิการ (สมุนไพรดอกทศสม 2014)

ดีเกลือไทย เป็นเกลือซัลเฟตของโซเดียม สูตรเคมี คือ $\text{Na}_2\text{SO}_4 \cdot 10\text{H}_2\text{O}$ (Sodium sulphate decahydrate) (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 86)

สรรพคุณยาไทย: ดีเกลือไทย มีรสเค็มเย็น ใช้ถ่ายพิษเสมหะและโลหิต ถ่ายพรรตีกถ่ายปัสสาวะ ทำให้เส้นเอ็นหย่อน (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 309)

ผลสลอด มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Croton tiglium* L. อยู่ในวงศ์ Euphorbiaceae ลูกสลอดมีเปลือกแข็ง เปราะ สีน้ำตาลอ่อน ผิวด้านในสีดำ มีน้ำมันระเหยร้อยละ 50 การบีบหรือสกัดเมล็ดสลอดที่ปอกเปลือกออกจะได้น้ำมันสลอด (croton oil) ซึ่งเป็นยาถ่ายอย่างแรง (ชยันต์ พิเชียรสุนทร ศุภชัย ตียวรนนท์ และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 202)

หากศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและสารสำคัญ พบว่า เมล็ดสลอดมีน้ำมัน Croton oil มีสาร Crotonoside ที่มีฤทธิ์เป็นยาถ่าย และทำให้เกิดการระคายเคืองแก่ระบบทางเดินอาหาร (สุวิทย์ มนต์ไทยสง 2012) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: เมล็ดสลอด มีรสมันร้อน ใช้ถ่ายเสมหะและอุจจาระ ถ่ายเลือดและถ่ายลม ขับพยาธิลำไส้ แก้ววม (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 299)

ผิวมะนาว มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Citrus aurantiifolia* (Christm.) Swingle. อยู่ในวงศ์ Rutaceae ประกอบด้วยธาตุและแร่ต่างๆ เช่น ธาตุแคลเซียม เหล็ก แมกนีเซียม ฟอสฟอรัส โพแทสเซียม และโซเดียม เป็นต้น นอกจากนี้ น้ำจากผลมีกรด citric acid, malic acid, ascorbic acid สำหรับผิวมะนาวมีน้ำมันหอมระเหยที่มาจากกลิ่นผิวของมะนาว ซึ่งประกอบด้วยสารต่างๆ เช่น d-limonene, alpha-berpineol, bergamotene, terpinen, alpha-pineol, geraniol

หากศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า สารสกัดจากเปลือกช่วยยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *Staphylococcus aureus* นอกจากนี้ยังพบว่า น้ำมันหอมระเหยจากผิวผล ช่วยต้านเชื้อแบคทีเรีย ต้านไวรัส ช่วยเจริญอาหาร ลดอาการปวดข้อ และบรรเทาอาการไอได้ (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: เปลือกผล มีรสขม ช่วยขับลม รักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด ใช้โดยนำผิวของผลสดประมาณครึ่งผล ชงน้ำดื่ม แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และแน่นจุกเสียด (Frynn.com 2015)

เถารางจืด มีชื่อวิทยาศาสตร์ *Thumbergia laurifolia* Lindl.

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า รางจืดมีสารฟลาโวนอยด์, ฟิโนลิก, apigenin, cosmosin, delphinidin-3,5-di-o-beta-D-glucoside, chlorogenic acid, caffeic acid, lutein

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของเถารางจืด พบว่า มีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรีย ต้านเชื้อไวรัส ต้านการอักเสบ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดความดันโลหิต ต้านอนุมูลอิสระ นอกจากนี้ สารสกัดน้ำ เอทานอล และอะซิโตน มีฤทธิ์ต้านการก่อกลายพันธุ์ โดยการยับยั้งการเกิดมะเร็ง (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010)

นอกจากนี้ยัง พบว่า ใบและราก มีสรรพคุณล้างพิษ พิษจากการดื่มเหล้ามากเกินไป (อัญชลี จุฑะพุทธิ 2010) จากรายงานวิจัยการศึกษาประสิทธิภาพของขารางจืด ต่อการขับสารแอมเฟตามีนออกจากร่างกายพบว่าค่าเฉลี่ยของปริมาณแอมเฟตามีนในปัสสาวะลดลง และมีผลต่อการลดอาการถอนพิษยาได้เป็นอย่างดี (นายิกา เทพขุน และคณะ 2557) ซึ่งสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ใบ รากและเถา รสจืดเย็น แก้ไข้ ถอนพิษยาเบื่อเมา แก้อ่อนใน กระหายน้ำ แก้ประจำเดือนไม่ปกติ แก้ปวดหู ถอนพิษสุรา พิษตกค้างในร่างกาย

สมุนไพรในส่วนประกอบตำรับยาบำรุง

ประกอบด้วย ฝักส้มป่อย เนื้อในฝักคุณ ว่านกลีบแรด ว่านร้อนทอง แสมสาร จันทน์ขาว จันทน์แดง โศภกระอ่อม แก่นสน ลูกกระดอม อำพันแดง ดอกพิกุล ดอกบุนนาค ดอกสารภี เทียนทั้งห้า (เทียนขาว, เทียนแดง, เทียนดำ, เทียนข้าวเปลือก และเทียนตาตั๊กแตน) สมอไทย สมอพิเภก สมอเทศ โภศน์น้ำเต้า ผลชะมป้อม ดีเกลือไทย แก่นสน (สนสองใบ, สนสามใบ) ดอกบัวหลวง อย่างละครึ่งกิโลกรัม ยาตำ 1 กิโลกรัม ซีเหล็ก ใบสะเดา ใบมะกา เถาวัลย์เปรียง เถาสะบ้า ใบชุมเห็ดไทย บอระเพ็ด

ฝักส้มป่อย มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Acacia concinna* (Willd.) DC. อยู่ในวงศ์ Leguminosae มีสารซาโปนินหลายชนิด เช่น อะคาซินินเอ (acacinin A) อะคาซินินบี (acacinin B) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ฝักมีรสเปรี้ยวเผ็ดปร่า ช่วยทำให้เจริญอาหาร รากต้นส้มป่อยมีรสขม แก้ไข้ ใบ รสเปรี้ยวฝาด ต้มน้ำดื่ม เป็นยาถ่ายเสมหะ ถ่ายระดูขาว แก้บิด (ชยันต์ พิเชียรสุนทร ศุภชัย ตียวรนนท์ และวิเชียร จีรวงส์ 2556,134)

โกฐน้ำเต้า มีลักษณะเป็นเหง้าและรากแห้งของพืชชนิดใดชนิดหนึ่งใน ๓ ชนิด คือ ชนิดที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Rheum officinale* Bill. , ชนิด *R. palmatum* L. หรือชนิด *R. tanguticum* (Maxim. Ex Regel) Maxim. ex Balf. ในวงศ์ Polygonaceae มีรสและสรรพคุณดัง

ตำราไม้เทศเมืองไทย (พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2556, 412, ชยันต์ พิเชียรสุนทร และวิเชียร จีรวงศ์ 2556, 124)

การศึกษาทางเภสัชวิทยา พบว่า มีฤทธิ์แก้ปวดและต้านการอักเสบ สามารถช่วยเพิ่ม การรักษาบาดแผลบริเวณผิวหนังในหนูได้เนื่องจากมีสาร emodin ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของ anthraquinone ที่ได้จากโกฐน้ำเต้า นอกจากนี้มีสารกลุ่มแทนนิน ซึ่งมีฤทธิ์แก้ปวดและต้านการอักเสบ และสาร stilbene มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ glucosidase ได้ปานกลาง สารกลุ่ม anthraquinones มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ โดยเฉพาะ emodin และ rhein มีกลไกต้านออกซิเดชัน นอกจากนี้มีฤทธิ์เป็นยา ระบาย (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และวิเชียร จีรวงศ์ 2556) เนื่องจากมีการวัดแคลอรีที่มีผลมาจาก hydroxyanthraquinones ในโกฐน้ำเต้าต่อการเจริญของเชื้อ *Staphylococcus aureus*. สามารถ ยับยั้งเชื้อได้ครึ่งหนึ่งจากทั้งหมด ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: รสฝาดหอม แก้ธาตุพิการ อาหารไม่ย่อย บำรุงธาตุ แก้ท้องเสีย อาหารไม่ย่อย บำรุงธาตุ ขับลมในลำไส้ ขับปัสสาวะและอุจจาระให้เดินสะดวก ระบายท้อง รู้ถ่ายรู้ปิด แก้เจ็บตา แก้ริดสีดวง

เถาว์ลย์เปรียง มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Derris scandens* Benth. อยู่ในวงศ์ Papilionaceae (ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010)

จากรายงานวิจัยองค์ประกอบทางเคมีของสารสกัดเถาว์ลย์เปรียง มีฤทธิ์ยับยั้ง เอนไซม์ COX-1 จึงมีสรรพคุณแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้เป็นอย่างดี (ประไพ วงศ์สินคังมันและคณะ 2556) นอกจากนี้ได้มีผู้คนให้ความสำคัญกับเถาว์ลย์เปรียงเป็นอย่างมาก จากการศึกษาได้มีการศึกษาการเพาะเลี้ยงเนื้อเยื่อเถาว์ลย์เปรียงเพื่อให้เกิดแคลลัส เนื่องจากการเพาะเลี้ยงเนื้อเยื่อพืช เพื่อให้เกิดแคลลัสที่สามารถสร้างสารสำคัญได้ในปริมาณมาก โดยใช้ระยะเวลาอันสั้น เพราะหากมี ผู้คนตัดใช้เป็นจำนวนมากก็อาจทำให้เถาว์ลย์เปรียงหมดป่าได้ และหากให้เถาว์ลย์เปรียงขึ้นตาม ธรรมชาติต้องใช้ระยะเวลาที่นานพอสมควร ถึงจะเอามาทำยาได้ (ธัญญ์วิณณ์ มงคลชัยภักดิ์, สรเพชร มาสุต และ ปภาวดี สุฉันทบุตร 2554) อีกทั้งมีการศึกษาประสิทธิผลการเพิ่มภูมิคุ้มกันของ เถาว์ลย์เปรียงในอาสาสมัครสุขภาพดี พบว่า การกินสารสกัดเถาว์ลย์เปรียงขนาด 400 มก. ต่อวัน มีความปลอดภัยเมื่อใช้ติดต่อกันนาน 2 เดือน อาจมีส่วนช่วยควบคุม และเสริมการทำงานของระบบ ภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ใช้เถา รสเบื่อเอียน ขับปัสสาวะ แก้บิด แก้หวัด ใช้เถาคั่วไฟให้ หอมขงน้ำกินแก้ปวดเมื่อย แก้เส้นเอ็นพิการ แก้เมื่อยขบในร่างกาย แก้กระษัยเหน็บชา ต้ม รับประทานถ่ายเส้น ถ่ายกระษัย แก้เส้นเอ็นขอด ถ่ายเสมหะ ไม่ถ่ายอุจจาระ เหมาะที่จะใช้ในโรคบิด ไ้อหวัด ใช้ในเด็กได้ดี แก้ปวด แก้ไข้ ทำให้เส้นเอ็นอ่อนลง ขับปัสสาวะ แก้ปัสสาวะพิการ

จันทร์แดง มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Pterocarpus santalinus* L.f. อยู่ในวงศ์ Leguminosae มีชื่อสามัญว่า Red Sanders, Red Sandalwood, Red Saunder, Red Santal, Ruby Wood

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมีของจันทร์แดง พบว่า มีสารกลุ่ม homoisoflavones, retrodihydrochalcone และ stilbenes

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า มีฤทธิ์ด้านการปวด การอักเสบและลดไข้ ในสัตว์ทดลอง นอกจากนี้มีฤทธิ์คล้ายเอสโตรเจน ต้านมะเร็ง ต้านเชื้อแบคทีเรีย มีผลต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือดร่วมด้วย (ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: แก่นจันทร์แดง มีรสขมเย็น ฝาดเล็กน้อย แก้พิษไข้ภายนอกและภายใน บำรุงหัวใจ แก้พิษฝีที่มีอาการอักเสบและปวดบวม (ชยันต์ พิเชียรสุนทร ศุภชัย ดิยวรรณท์ และวิเชียร จีรวงส์ 2556, 292)

จันทร์ขาว มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Tarenna hoensis* Pitard. อยู่ในวงศ์ Rubiaceae

สรรพคุณยาไทย: เนื้อไม้ มีรสขมเย็น บำรุงประสาท บำรุงเนื้อหนังให้สดชื่น แก้อ่อนใน แก้กษัยน้ำ แก้ตับ ปวดและตีพิการ แก้เหงื่อตกหนัก ขับพยาธิ บำรุงธาตุไฟ บำรุงดวงจิตมิให้ขุ่นมัว แก้ไข้ที่เกิดจากตับและดี แก้ไข้ร้อน บำรุงเลือดลม บำรุงธาตุไฟให้สมบูรณ์ (ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010)

บอระเพ็ด มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Tinospora crispa* L. อยู่ในวงศ์ Menispermaceae

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า เถามีสารขมกลุ่มอัลคาลอยด์หลายชนิด เช่น picroretin, columbin, picroretroside, tinosporine, tinosporidine นอกจากนี้มีสารกลุ่มไดเทอร์ปีนอยด์ เช่น tinosporan, columbin สารกลุ่มเอมีน เช่น N-trans-feruloyl tyramine, N-cis-feruloyl tyramine และสารฟีนอลิก ไกลโคไซด์ ได้แก่ tinoluberide

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า บอระเพ็ดมีฤทธิ์กระตุ้นการเต้นของหัวใจ ลดไข้ ต้านการอักเสบ ลดน้ำตาลในเลือด ต้านมาลาเรีย ต้านออกซิเดชัน และต้านเชื้อแบคทีเรีย (ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010)

นอกจากนี้จากการศึกษา สารสกัดชั่งน้ำหนักจากลำต้นบอระเพ็ด ขนาด 100 -300 มก./กก. สามารถลดไข้ในหนูขาวเพศผู้ที่ถูกชักนำให้เกิดไข้ด้วยวัคซีนไทฟอยด์ได้ แต่มีประสิทธิภาพอ่อน

กว่าแอสไพริน (วิทยาศาสตร์ในการแพทย์แผนไทย 2554, 12) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: เถาบอระเพ็ด มีรสขมเย็น แก้ไข้ร้อน แก้ไข้เพื่อโลหิต ดับพิษร้อน เจริญอาหาร บำรุงน้ำดีและโลหิต (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 290)

เทียนขาว มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Cuminum cyminum* L. อยู่ในวงศ์ Umbelliferae หากใช้เป็นเครื่องยาเรียก เทียนขาว เมื่อใช้เป็นเครื่องเทศเรียก ยี่หระ

มีน้ำมันหอมระเหยง่ายร้อยละ 2-4 รสเผ็ด ร้อน ขม เรียกน้ำมันยี่หระ (cumin oil) มีองค์ประกอบหลักทางเคมีเป็นควิมินิกอัลดีไฮด์ (cuminic aldehyde) ร้อยละ 25-35 มีสารพารา-ไซมีน (p-cymene) สารไพเนน (pinene) สารไดเพนไทน์ (dipentene) สารควิมีน (cumene) ควิมินิกอัลกอฮอล์ (cuminic alcohol) สารอัลฟาเฟลแลนดรีน (α -phellandrene) และสารเบตา-เทอร์พีนีออล (terpeneol) น้ำมันยี่หระทางอุตสาหกรรมใช้เป็นเครื่องหอม น้ำหอม เครื่องดื่ม และใช้เป็นยาขับลม

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า เทียนขาวมีฤทธิ์ต้านออกซิเดชัน ด้านการอักเสบ กระตุ้นการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ลดน้ำตาลในเลือด ต้านจุลชีพ ต้านมะเร็ง ปกป้องตับจากการทำลายของแอลกอฮอล์และน้ำมันที่ถูกความร้อนสูง ซึ่งหากศึกษาทางคลินิก พบว่า เทียนขาวมีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: เทียนขาวมีรสเผ็ด ร้อน ขม ใช้แก้ลม แก้ตีพิการ ขับเสมหะ แก้นิว ขับระดูขาว (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 159-160)

เทียนแดง มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Lepidium sativum* L. อยู่ในวงศ์ Cruciferae ชื่อสามัญเรียกว่า garden cress เป็นพืชพื้นเมืองของประเทศเอธิโอเปีย

มีองค์ประกอบทางเคมีหลายชนิด เช่น สารเบนซิลไซยาไนด์ (benzyl cyanide) สารเลพิอิดีน (lepididine) สารเอทิลเอสเทอร์ของกรดซินาพิก (sinapic acid ethyl ester) สาร เอ็น, เอ็น-ไดเบนซิลไทโอยูเรีย (N,N - dibenzylthiourea) สาร เอ็น, เอ็น-ไดเบนซิลยูเรีย (N,N - dibenzylurea) รวมทั้งอนุพันธ์ไอโซไทโอไซยาเนต (isothiocyanate) เช่น สารเบนซิลไทโอไซยาเนต (benzylthiocyanate) สารเบนซิลไอโซไทโอไซยาเนต (benzylisothiocyanate)

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตสูง ลดน้ำตาลในเลือด ลดคลอเรสเตอรอล และขยายหลอดเลือด (ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: เทียนแดง มีรสเผ็ดร้อน ขมเล็กน้อย แก้เสมหะ แก้ลม แก้น้ำดี พิการ แก้คลื่นไส้อาเจียน (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 173-174)

เทียนดำ มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Nigella sativa* L. หรือ *N. damascene* L. อยู่ในวงศ์ Ranunculaceae ชื่อสามัญเรียกว่า black cumin เป็นพืชพื้นเมืองในประเทศซีเรียและเลบานอน

มีองค์ประกอบเป็นอนุพันธ์ควิโนนหลายชนิด เช่น สารไทโมควิโนน (thymoquinone) สารไทโมไฮโดรควิโนน (thymohydroquinone) สารพอลิไทโมไฮโดรควิโนน (polythymohydroquinone) และอัลคาลอยด์ เช่น สารไนเจลลิมิน (nigellimin) สารไนเจลลิมิน เอ็น-ออกไซด์ (nigellimine N-oxide) สารไนเจลลิซิน (nigellicine)

หากศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ทั้งนี้เป็นการศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่า เทียนดำมีผลต่อระบบต่างๆ ดังนี้

ระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากสาร nigellone ทำให้ลดอาการเกร็งของหลอดลม ป้องกันภาวะหลอดลมตีบ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด น้ำมันจากเมล็ดมีสาร thymoquinone ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต การขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น

ระบบทางเดินอาหาร น้ำมันจากเมล็ดป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร และลดการหลั่งสารฮีสตามีนที่ผนังกระเพาะอาหารได้

ฤทธิ์ต้านจุลชีพ สารสกัดไอเอทิลอีเทอร์จากเมล็ด สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียแกรมบวก (*Staphylococcus aureus*) เชื้อแบคทีเรียแกรมลบ (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*) เชื้อยีสต์ (*Candida albican*) นอกจากนี้สามารถยับยั้งแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะได้หลายชนิด

ฤทธิ์ต้านไวรัส น้ำมันจากเมล็ดสามารถยับยั้งเชื้อเฮอร์ปีส์บริเวณตับและม้ามได้ นอกจากนี้สามารถเพิ่มระดับ interferon gamma และเพิ่มจำนวน CD4 helper T cell ลดจำนวน macrophage ได้

ฤทธิ์ต้านการอักเสบ น้ำมันจากเมล็ด และสาร thymoquinone สามารถยับยั้งการหลั่งสารที่ทำให้เกิดการอักเสบได้หลายชนิด เช่น thromboxane B₂, leucotrein B₄, cyclooxygenase, lipoxigenase เป็นต้น

ฤทธิ์ต้านมะเร็ง สาร thymoquinone และ dithymoquinone มีฤทธิ์ต้านเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว ตับอ่อน มดลูก เต้านม รังไข่ และลำไส้ได้ในหลอดทดลอง สารสกัดเอทิลอะ

ซีเตต ยับยั้งมะเร็งเม็ดเลือดขาวในหนูได้ สารซาโปนิน alpha-hederin ยับยั้งการเกิดเนื้องอกในหนูได้ 60-70%

ฤทธิ์ยับยั้งปฏิกิริยาออกซิเดชัน สาร thymoquinone มีฤทธิ์ยับยั้งปฏิกิริยา lipid peroxidation สาร trans-anethole, carvacrol, 4-terpineol ออกฤทธิ์ดีในการจับ superoxide anion

ฤทธิ์ปกป้องตับ และไต สาร thymoquinone ป้องกันตับจากสารพิษคาร์บอนเตตราคลอไรด์ และยับยั้งการเกิด lipid peroxidation และป้องกันไตจากภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) โดยการจับกับ superoxide และยับยั้งการเกิด lipid peroxidation

ฤทธิ์ยับยั้งอาการปวด สารสกัดน้ำจากเมล็ด ลดปวดในหนูที่ทดสอบด้วยวิธี hot plate แต่ไม่มีฤทธิ์ลดไข้ (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010)

จากการศึกษาทางด้านเภสัชวิทยา มีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้
สรรพคุณยาไทย: เทียนดำ มีรสเผ็ดขม เป็นยาขับเสมหะ ขับลมในลำไส้ แก้อาเจียน (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 168)

เทียนข้าวเปลือก มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Cuminum cyminum* L. อยู่ในวงศ์ Umbelliferae ชื่อสามัญเรียกว่า sweet fennel ลักษณะเหมือนข้าวเปลือก (paddy)

มีองค์ประกอบเป็นน้ำมันระเหยง่ายร้อยละ 1.5-8.6 ในน้ำมันมีทรานส์-อะนิโธล (trans-anethole) ปริมาณสูง มีสารเฟนโชน (fenchone) สารเอสตราโกล (estragole) สารลิโมนีน (limonene) สารแคมฟิน (camphene) และสารอัลฟา-ไพเนน (α -pinene) ในปริมาณน้อย

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า เทียนข้าวเปลือกมีฤทธิ์ยับยั้งการเกิดสารก่อกลายพันธุ์ บำรุงร่างกาย ช่วยเจริญอาหาร แก้อาการท้องอืดท้องเฟ้อ ช่วยระบาย มีฤทธิ์คล้ายฮอร์โมนเพศหญิง ยับยั้งการเจริญของเนื้องอก ต้านเชื้อแบคทีเรีย ขับปัสสาวะ นอกจากนี้สารสกัดน้ำของเทียนข้าวเปลือกมีฤทธิ์ลดความดันโลหิต เนื่องจากสารสกัดน้ำเทียนข้าวเปลือกมีฤทธิ์ขับปัสสาวะทำให้ความดันโลหิตลดลง ปกป้องการเกิดแผลบริเวณกระเพาะอาหาร สำหรับน้ำมันระเหยมีฤทธิ์ต้านการเกาะตัวของเกล็ดเลือด ต้านออกซิเดชัน ต้านจุลชีพ ปกป้องตับ นอกจากนี้สารสกัดอะซิโตนมีฤทธิ์คล้ายเอสโตรเจนในหนู ช่วยขับน้ำนม ขับประจำเดือน (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) มีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: เทียนข้าวเปลือก มีรสหวาน ใช้เป็นยาบำรุงกำลัง ขับลม แก้นอนสะดุ้ง แก้กั้ง (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 161)

เทียนตาตุ๊กแตน มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Anethum graveolens* L. อยู่ในวงศ์ Umbelliferae ชื่อสามัญเรียกว่า dill เป็นพืชพื้นเมืองแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียน

องค์ประกอบในน้ำมันเทียนตาตุ๊กแตนน้อยละ 35-60 เป็นสารคาร์บอน (carvone) นอกจากนี้มีสาร ดี-ลิโมนีน (d-limonene) และสารอัลฟา-เฟลแลนดรีน (α -phellandrene)

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า เทียนตาตุ๊กแตนมีฤทธิ์ขับลม แก้ไอ แก้ปวดท้อง ต้านเชื้อรา ยับยั้งการเกิดสารก่อกลายพันธุ์ ขับปัสสาวะ ลดความดันโลหิต ลดไขมันและน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้สารสกัดน้ำและแอลกอฮอล์ของเทียนตาตุ๊กแตน มีฤทธิ์ปกป้องกระเพาะอาหาร โดยลดการหลั่งกรด ปกป้องเยื่อบุกระเพาะอาหาร มีฤทธิ์ต่อระบบฮอร์โมนเพศหญิง ทำให้รอบเดือนมาปกติ นอกจากนี้ น้ำมันหอมระเหยที่ได้จากเทียนตาตุ๊กแตนมีฤทธิ์ต้านจุลชีพ และต้านมะเร็งร่วมด้วย (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: เทียนตาตุ๊กแตน มีรสขม เผ็ดเล็กน้อย ใช้เป็นยาบำรุงธาตุ แก้เสมหะพิการ (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 178-179)

ดอกบัวหลวง มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Nelumbo nucifera* Gaetn. อยู่ในวงศ์ Nelumbonaceae

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมีของเกสรบัวหลวง พบว่า มีฟลาโวนอยด์หลายชนิด เช่น quercetin, luteolin, isoquercitrin และ luteolin glucoside

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ทั้งนี้สารกลุ่มฟลาโวนอยด์ ที่พบในเกสรและดอกบัว มีฤทธิ์ต้านปฏิกิริยาออกซิเดชัน นอกจากนี้เกสรตัวผู้มีฤทธิ์ต้านเบาหวาน สารแอลคาลอยด์ ที่พบในบัวมีผลทำให้หนูนอนหลับ ลดปวดและต้านการอักเสบ (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: เกสรบัวหลวง มีกลิ่นหอม รสฝาด แก้ธาตุพิการ บำรุงหัวใจ (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 38)

ดอกบุนนาค มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Mesua ferrea* L. อยู่ในวงศ์ Guttiferae ชื่อสามัญเรียกว่า Indian rose chestnut tree

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า น้ำมันหอมระเหยและสารที่มีรสขมจากดอกบุนนาค คือ mesuol และ mesuone นอกจากนี้มีสารกลุ่ม flavonoid และ xanthenes

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ด้านการอักเสบ และกดประสาทส่วนกลาง (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ดอกบุนนาค มีกลิ่นหอม เย็น รสขมเล็กน้อย ช่วยบำรุงดวงจิตให้สดชื่น แก้หน้ามืด ตาลาย (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 40)

ดอกพิกุล มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Mimusops elengi* L. อยู่ในวงศ์ Sapotaceae การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า น้ำมันหอมระเหยจากดอกพิกุล ประกอบด้วย 2-phenylethanol, methyl benzoate, p-methyl-anisole, 2-phenylethyl acetate, (E)-cinnamyl alcohol และ 3-hydroxy-4-phenyl-2-butanone

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า มีฤทธิ์ต้านออกซิเดชัน ขับปัสสาวะ ต้านเชื้อไวรัส กดหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้า โปแทสเซียมลดต่ำลง ลดความดันโลหิต ฆ่าพยาธิ ต้านเชื้อรา ต้านฮีสตามีน และลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบร่วมด้วย ส่วนกลาง (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ดอกพิกุล มีกลิ่นและรสหอมเย็น ใช้เข้าเป็นยาหอม ยาแก้ไข้ แก้ปวดหัว แก้เจ็บคอ และแก้ร้อนใน (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 46)

ดอกสารภี มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Mammea siamensis* (T. And) Kosterm. อยู่ในวงศ์ Guttiferae

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมีและสารสำคัญ พบว่า ดอกสารภีมีสาร 6-butyryl-5,7-dihydroxy-8-(3,3-dimethylallyl)-4-phenyl-coumarin, stigmasterol, campesterol และ C-glucosyl flavone

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า ดอกสารภีมีสาร coumarin จึงมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือด ขับลม และบำรุงหัวใจ (ไทยเกษตรศาสตร์ 2013) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ดอกสารภี มีกลิ่นหอม รสขมเย็น แก้โลหิตพิการ แก้ไข้ที่มีพิษร้อน เป็นยาเจริญอาหาร ยาบำรุงหัวใจ และยาชูกำลัง (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 50-54)

สมอไทย มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Terminalia chebula* Retz. var. *chebula* อยู่ในวงศ์ Combretaceae

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า สมอไทยมีสาร gallic acid, chebulic acid, chebulinic acid, chebulagic acid, corilagin, terchebin, glucogallin, ellagic acid, sennoside A, chebulin, catechol และ tannic acid

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า สมอไทยสามารถยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย Samonella และ shigella ได้ (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ลูกสมอไทย รสเปรี้ยว แก้โลหิตในท้อง แก้น้ำดี แก้เสมหะ และระบายอุจจาระอ่อนๆ (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 315)

สมอพิเภก มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Terminalia bellirica* (Gaertn.) Roxb. อยู่ในวงศ์ Combretaceae

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า สมอพิเภกมีสาร chebulagic acid, ellagic acid, gallic acid และ chebulagic acid

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า สารสกัดผลสมอพิเภกด้วยเอทานอลช่วยเพิ่มการขับน้ำดีในสุนัข ทำให้ความดันโลหิตลดลงจนอาจเสียชีวิตได้ แต่สารสกัดผลสมอพิเภกด้วยน้ำมีผลไม่มากต่อการขับน้ำดี และทำให้ความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: สมอพิเภก มีรสเปรี้ยวสุขุม แก้ไข้ แก้ลม แก้เสมหะ และระบายคุณเสมหะอ่อนๆ (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 315)

มะขามป้อม มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Phyllanthus emblica* L. อยู่ในวงศ์ Euphorbiaceae (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 253)

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า มะขามป้อมมีวิตามินซีสูง นอกจากนี้พบ rutin, mucic acid, gallic acid, phyllemblic acid และสารกลุ่มแทนนิน เบนซินอยด์ เทอร์ปีน ฟลาโวนอยด์ อัลคาลอยด์ และคูมาริน เป็นต้น

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า แก้ไอ ต้านการอักเสบ ลดความดันโลหิต ยับยั้งการก่อกลายพันธุ์ ต้านอนุมูลอิสระ ต้านการอักเสบ ต้านการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ลดคอเลสเตอรอล ปกป้องตับ หัวใจ และหลอดเลือด (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ผลมะขามป้อมอ่อน มีรสหวานเปรี้ยวหวานฝาดขม แก้เสมหะ แก้
พรรตึก แก้ไอ เนื้อผลแห้ง มีรสเปรี้ยวฝาดขม เป็นยาฝาดสมาน แก้บิด แก้ท้องเสีย (ชยันต์ พิเชียร
สุนทร และ วิเชียร จีรวงส์ 2556, 315)

เถาสะบ้า มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Entada rheedii* Spreng. อยู่ในวงศ์
Leguminosae - Mimosoidae เปลือกและลำต้น มีสาร saponin ซึ่งมีโครงสร้างส่วน sapogenin
เป็นสาร oleanolic acid เมล็ดมี triterpenoid entagenic acid ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณ
ยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: เถา รสเมา ตำพอกแผลหรือผิวหนัง ฆ่าพยาธิผิวหนัง (ฐานข้อมูล
สมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010)

แสมสาร (ขี้เหล็กป่า) มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Senna garrettiana* (Craib) Irwin &
Barneby. อยู่ในวงศ์ Leguminosae (Fabaceae)

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า มีสารในกลุ่มแอนทราควิโนนอยู่หลายชนิด
ได้แก่ Chrysophanol และ Cassialoin ซึ่งออกฤทธิ์ต้านฮีสตามีน ด้านการบีบตัวของลำไส้ ซึ่งมีความ
สอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ราก รสขมเผื่อน ยาพอกโลหิตช่วยบำรุงโลหิต ดับพิษโลหิต
(ThaiHerbal.org 2015)

แก่นสน มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Casuarina equisetifolia* L. อยู่ในวงศ์
Casuarinaceae

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า สารสำคัญที่พบ ได้แก่ afzelin amyrin
betulin catechin cholesterol gallic acid gallicin gentisic acid germanicol glutinol
hydroquinone hyperoside kaempferol, leucine lupenone lupeol nictoflorin quercitrin
quinic acid rutin stigmasterol tannin taraxerol acetate tryptophan trifolin เป็นต้น ช่วย
ลดระดับน้ำตาลในเลือด ต้านไวรัส ต้านเชื้อรา

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า แก่นสนมีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด
ต้านไวรัส ต้านเชื้อรา (Frynn.com 2015) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: แก่นสน รสฝาดเผ็ดมัน ช่วยขับเสมหะ กระจายลม เป็นยาระงับ
ประสาท แก้ฟุ้งชาน แก้อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เป็นยาบำรุงไขข้อและไขกระดูก แก้ท้องเดิน
(สมุนไพรดอทคอม 2014)

โคกกระออม มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Cardiospermum halicacabum* L. อยู่ในวงศ์ Sapindaceae

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า น้ำมันหอมระเหยจากเมล็ดโคกกระออม มีสาร 11-Eicosenoic acid, 1-Cyano-2 hydroxy methyl prop 2-ene-1-ol และ saponin เป็นต้น

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า เมื่อนำโคกกระออมมาทดลองกับสัตว์ สามารถลดความดันโลหิตได้ในระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที และหากนำน้ำมันหอมระเหยจากเมล็ดไปสกัดด้วยแอลกอฮอล์ สามารถช่วยลดความดันได้ในระยะเวลาประมาณ 2-4 ชั่วโมง นอกจากนี้สารสกัดจากใบโคกกระออม มีฤทธิ์ลดความดันโลหิต ช่วยยับยั้งการอักเสบ และใบโคกกระอ้อมมีฤทธิ์ในการยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบ จึงเหมาะในการนำมาใช้เป็นยาแก้หอบหืด ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ทั้งต้นมีรสขมและเผ็ดเล็กน้อย ใช้เป็นยาเย็น โดยจะออกฤทธิ์ต่อตับและไต สามารถใช้เป็นยาขับพิษร้อนถอนพิษไข้ได้ (Frynn.com 2015)

ยาดำ ยาดำเป็นยางแข็งก้อนสีดำ ได้จากพืชพวกว่านทางจระเข้หลายชนิด ในวงศ์ Asphoderaceae ที่สำคัญ 3 ชนิด ได้แก่

1. *Aloe barbadensis* Mill. ยาดำที่ได้จากว่านทางจระเข้ชนิดนี้ เป็นก้อนสีน้ำตาลเข้มทึบแสง เปราะ
2. *Aloe ferox* Mill. ยาดำที่ได้จากว่านทางจระเข้ชนิดนี้ เป็นก้อนสีดำอมเขียวซีม้ำถึงสีน้ำตาลเข้ม มักมีผงสีเหลืองๆ ติดมาด้วย
3. *Aloe perryi* Baker. ยาดำที่ได้จากว่านทางจระเข้ชนิดนี้ มักมีใบไม้และหนังสือติดมาด้วย

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า ยาดำมีสารกลุ่มแอนทราควิโนนหลายชนิด เช่น aloin, barbaloin (aloe-emodin) (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: รสเบื่อและเหม็นขม ช่วยถ่ายลมเบื้องสูงให้ต่ำลง กัดฟอกเสมหะและโลหิต ทำลายพชรตึก เป็นยาถ่ายยาระบาย (ชยันต์ พิเชียรสุนทร และวิเชียร จีรวงศ์ 2556, 192-194)

สมุนไพรในส่วนประกอบตำรับยาอบสมุนไพร

ประกอบด้วย หอมแดง ตะไคร้ ใบมะกรูด ปุดช้าง ใบมะขาม ต้นข่า ขมิ้น พิมเสน
หอมแดง มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Allium ascalonicum* L. อยู่ในวงศ์
 Amaryllidaceae และอยู่ในวงศ์ย่อย Alliioideae (Alliaceae)

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า หอมแดงมีสารไดอัลลีน ไตรซัลไฟด์ ฟลาโวนอยด์ ไกลโคไซด์ เพคติน และลูโคคินีน นอกจากนี้ น้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วยสารกำมะถันและแร่ธาตุอื่นๆ เช่น ธาตุเหล็ก แคลเซียม และฟอสฟอรัส เป็นต้น

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า หอมแดงมีฤทธิ์ช่วยยับยั้งแบคทีเรีย ลดไขมันในเส้นเลือด ช่วยเผาผลาญอาหารในร่างกาย ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอล และหากรับประทานอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดการเกิดโรคหัวใจชนิดเส้นเลือดมาเลี้ยงหัวใจที่อุดตันได้ (Frynn.com 2015) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: แก้ปวดท้อง บำรุงธาตุ แก่หวัดคัดจมูก ใช้หัวตำสุมหั้วเด็กแก้หวัด หัวหอมมีน้ำมันระเหยง่ายที่มีกำมะถัน diallyl disulphide เป็นองค์ประกอบ มีธาตุฟอสฟอรัสสูง (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2015)

ตะไคร้ มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Cymbopogon citratus* Stapf. อยู่ในวงศ์ Poaceae (Gramineae)

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า ใบมีน้ำมันหอมระเหย 0.4-0.8% ประกอบด้วย Citral 75-85 % Citronellal, Geraniol Methylheptenone เล็กน้อย , Eugenol และ Methylheptenol รากมีอัลคาลอยด์ 0.3% (มณฑา ลิ้มปิยประพันธ์ 2555, 20)

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า น้ำมันหอมระเหยของตะไคร้มีฤทธิ์ลดการบีบตัวของลำไส้ ช่วยขับลม และลดอาการแน่นจุกเสียดได้ นอกจากนี้มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (*E. coli*) ที่เป็นสาเหตุของอาการท้องเสียได้ นอกจากนี้สารสกัดด้วยเอทานอล และน้ำมันหอมระเหยจากตะไคร้มีฤทธิ์ต้านเชื้อราที่เป็นสาเหตุของโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อยื้อยได้ มีฤทธิ์ต้านยีสต์ *Candida albicans* ฤทธิ์ลดปวดและขับน้ำดีได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ช่วยบำรุงธาตุ รักษาโรคทางเดินอาหาร ขับปัสสาวะ ขับลมในลำไส้ บรรเทาอาการโรคหอบหืด (Frynn.com 2015)

มะกรูด มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Citrus hystrix* Linn. อยู่ในวงศ์ Rutaceae

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า ผิวมะกรูดมีน้ำมันระเหยง่าย มีองค์ประกอบหลัก ได้แก่ เบตาไพเนน (beta-pinene), ลิโมนีน (limonene), beta-phellandrene, citronellal, linalool, borneol, camphor, sabinene, germacrene D, aviprin, umbelliferone, bergamottin

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า สารคูมารินจากเปลือกผิว (bergamottin) มีฤทธิ์ยับยั้งอนุมูลอิสระไนตริกออกไซด์ และน้ำมันจากผิวมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ไทโรซิเนส ได้ใกล้เคียงกับสาร kojic acid ซึ่งเป็นสารที่ทำให้ขาวในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ผิวมะกรูดช่วยขับลมในลำไส้ แน่น จุกเสียด ไบมะกรูด มีกลิ่นหอมช่วยดับกลิ่นคาว ผลมะกรูดนิยมนำมาทำยาตอง รับประทาน ช่วยบำรุงเลือด แก้เลือดออกตามไรฟัน หรือนำผลมาหมักไฟ และนำมาสระผมช่วยรักษาอาการคันจากรังแค (มณฑา ลิมปิยประพันธ์ 2555, 72)

ปุดช้าง มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Zingiber.sp* อยู่ในวงศ์ Zingiberaceae

สรรพคุณยาไทย: เหง้า มีกลิ่นหอม รสเผ็ดร้อน ใช้ปรุงอาหารเพื่อดับกลิ่นคาวและเป็นเครื่องเทศในแกงชนิดต่างๆ (ระบบฐานข้อมูลทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชน 2011)

มะขาม มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Tamarindus indica* Linn. อยู่ในวงศ์ Fabaceae

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของมะขาม พบว่า ในเมล็ดมีสาร tannin ซึ่งมีฤทธิ์ฝาดช่วยสมาน แก้อาการท้องเสียได้และมีฤทธิ์ขับพยาธิกลม สำหรับเนื้อมะขามมีกรด tartaric acid ทำให้ระบายท้องได้ดี นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคท้องร่วงได้ ได้แก่ *Bacillus subtilis*, *Escherichia coli* และ *Salmonella typhi* (วีณา นุกูลการ และ ปองทิพย์ สิทธิสาร 2015) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: มะขามมีรสเปรี้ยว เป็นยาระบายอ่อนๆ ขับเสมหะ แก้ไอ และแก้หวัด (มณฑา ลิมปิยประพันธ์ 2555, 111)

ข่า มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Alpinia galangal* (L.) Willd อยู่ในวงศ์ Zingiberaceae

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า น้ำมันระเหยจากข่า ประกอบด้วย eugenol, cineol, camphor, methyl cinnamate, pinene, galangin, chavicol, trans-p-coumaryl diacetate, coniferyl, p-hydroxy-trans-cinnamaldehyde, kaemferol และ quercetin

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า น้ำมันหอมระเหยจากเหง้า มีฤทธิ์ต้านการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด เช่น แบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคท้องเสีย วัณโรค ฝีหนอง และมีฤทธิ์ต้านเชื้อรา กลาก และยีสต์ สารสกัดแอลกอฮอล์จากเหง้า มีฤทธิ์ในการขับพยาธิ ลดความดันโลหิต ลดไข้ รักษาแผลบริเวณกระเพาะอาหารและลดการหลั่งกรด นอกจากนี้พบว่าสามารถต้านการอักเสบของตับได้ เพิ่มการเคลื่อนไหวของอสุจิ กระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบ และระดับเม็ดเลือดแดงลดลง (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2010) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ข่ามีรสเผ็ดร้อน และหอม ช่วยขับลมในท้อง บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ช่วยย่อยอาหาร บำรุงร่างกายและกำหนด (มณฑา ลิมปิยประพันธ์ 2555, 124)

ขมิ้น มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Curcuma longa* Linn. อยู่ในวงศ์ Zingiberaceae

จากการศึกษาวิจัยพรีคลินิกพบว่า ขมิ้นชันมีฤทธิ์ลดคอเลสเตอรอลในเลือด ลดการบีบตัวของลำไส้ ด้านฮีสตามีน ด้านเชื้อแบคทีเรีย ด้านเชื้อรา ยับยั้งการเป็นพิษต่อตับ ด้านมะเร็ง ขับน้ำดี ใช้ภายนอกรักษาบาดแผล นอกจากนี้จากการศึกษาทางคลินิกในคน พบว่าขมิ้นชันมีฤทธิ์ลดอาการจุกเสียด แน่นท้อง ลดการอักเสบ รักษาอาการท้องเสีย ลดความเครียด ออกซิเดชันในผู้ป่วยชาลัสซีเมีย และรักษาสิว (คณะอนุกรรมการจัดทำตำราอ้างอิงยาสมุนไพรไทย ในคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 2557, 245-250) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: แก้กุกเสียด แน่นท้อง ยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ลดอาการปวดท้อง (มณฑา ลิมปิยประพันธ์ 2555, 18)

พิมเสน มีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Dryobalanops aromatica* Gaertn. อยู่ในวงศ์ Dipterocarpaceae

การศึกษาองค์ประกอบทางเคมี พบว่า สารในพิมเสน ได้แก่ d-Borneol, Humulene, Caryophyllene, Asiatic acid, Dryobalanon Erythrodiol, Dipterocarpol และ Hydroxydammarone 2

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า พิมเสนมีคุณสมบัติคล้ายการบูร สามารถฆ่าเชื้อได้หลายชนิด เช่น เชื้อในลำไส้ใหญ่ เชื้อราบนผิวหนัง (*Staphylococcus*, *Streptococcus*) และมีฤทธิ์ในการรักษาอาการปวดเส้นประสาทหรืออาการอักเสบได้ด้วย (Frynn.com 2015)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจากตำรายาของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า พิมเสนเป็นยากระตุ้นให้รู้สึกตัวเมื่อหมดสติหรือชกจากไข้สูงหรือเป็นลม ทำให้สดชื่น ปลอดภัย ใช้

บรรเทาอาการตาอักเสบ รักษาแผลในช่องปาก ลดอาการเจ็บคอ ใช้ภายนอกเป็นยาทาแผล (คณะอนุกรรมการจัดทำตำราอ้างอิงยาสมุนไพรไทย ในคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 2557, 81-87) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณยาไทย ดังนี้

สรรพคุณยาไทย: ขับเสมหะ บำรุงหัวใจ แก้ลมวิงเวียน (ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2015)

จากการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสมุนไพรมะตูมแต่ละตัว และแต่ละตำรับพบว่า กลุ่มตำรับยาถอนพิษ ตำรับยาบำรุง ยาอบสมุนไพรมะตูม มีคุณสมบัติเฉพาะดังนี้

ตำรับยาถอนพิษ เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์เป็นยาระบาย (laxative) มีน้ำตาล มีอัลคาลอยด์บางชนิด ไกลโคไซด์ โอเรโอเรซิน เรซิน ไกลโคไซด์ ฟีนอล และธาตุต่างๆ เช่น เกลือโปแทสเซียม เป็นองค์ประกอบ จึงสามารถช่วยถอนพิษของผู้ติดยาได้เป็นอย่างดี

ตำรับยาบำรุง เป็นกลุ่มยาที่มีน้ำตาล ไขมัน น้ำมัน กรด อัลคาลอยด์บางชนิด ไกลโคไซด์ โอเรโอเรซิน เรซิน ไกลโคไซด์ ฟีนอล แทนนิน และธาตุต่างๆ เช่น เกลือโปแทสเซียมเป็นองค์ประกอบ จึงสามารถช่วยบำรุงร่างกายของผู้ติดยาให้มีอาการดีขึ้น

ยาอบสมุนไพรมะตูมเป็นกลุ่มยาที่มีน้ำมันหอมระเหย ช่วยแก้ลมหน้ามืด ใจสั่น กระจาย และอ่อนเพลีย นอกจากนี้สมุนไพรมะตูมในตำรับบางตัวช่วยลดอาการผื่นคันบริเวณผิวหนังได้เป็นอย่างดี

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของการอบไอน้ำสมุนไพรมะตูมต่อระบบต่างๆ ของร่างกายมีดังนี้ ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกล้ามเนื้อ และอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ โดยพบว่า การอบไอน้ำใช้ได้ผลดีมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อผนังหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอาการทางคลินิก คือ อาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก และอาการใจสั่นลดลง อาการทางคลินิกเหล่านี้จะดีขึ้น หลังจากได้รับการอบไอน้ำเป็นเวลา 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่า การอบไอน้ำสามารถช่วยส่งเสริมให้มีการนำเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ จึงเหมาะแก่ผู้ที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สำหรับผลต่อระบบกล้ามเนื้อ พบว่า อาการปวดของระบบกล้ามเนื้อ กระตุกและข้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฐาปนีย์ เขียวจิ้น และ สนั่น ศุภธีรสกุล 2556, 17-28)

สรุปได้ว่า ตำรับยาถอนพิษ ตำรับยาบำรุง และยาอบสมุนไพรมะตูม ช่วยรักษาอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ติดยา

หากศึกษาตามหลักการทางการแพทย์แผนไทย พบว่า ลักษณะการรักษาโรคและการจัดยาในการรักษาจะเน้นใช้สรรพคุณของสมุนไพรเป็นหลัก และเน้นรสของสมุนไพรในการรักษาอาการร่วมด้วย ซึ่งสามารถแบ่งยาตามรสประธาน (รสของยาที่ปรุง หรือผสมเป็นตำรับแล้ว) ได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ยารสเย็น มีสรรพคุณ แก้ในกองเตโชธาตุ (ธาตุไฟ) โดยกองเตโชธาตุประกอบด้วย 4 อย่าง ได้แก่ สันตปปีคคี (ไฟสำหรับอุ่นกาย ทำให้ตัวอุ่นเป็นปกติ หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้กายเย็นซีด) ปริณามัคคี (ไฟสำหรับย่อยอาหาร หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ ชัดข้อมือข้อเท้า ปวดฝ่ามือฝ่าเท้า ไช้ ท้องแข็ง ฝะอืดผะอม) ปริทัยหคคี (ไฟสำหรับร้อนระส่ำระสาย ทำให้ต้องอาบน้ำและพัดวี หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ร้อนภายในภายนอก เย็นมือ เย็นเท้า เหงื่อออก) และชิรณคคี (ไฟสำหรับเผาไหม้ ทำให้ร่างกายเหี่ยวแห้ง ทรวดโทรม หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้กายไม่รู้สึกรู้สสัมผัส ลินขาดการรับรู้รส หูตึง หน้าผากตึง) ดังนั้นยารสเย็น จึงมีสรรพคุณแก้ไข้ ระบายความร้อน และแก้ อาการของกองเตโชธาตุทั้ง 4 ประเภท ตามที่กล่าวมาข้างต้น 2) ยารสร้อน มีสรรพคุณ แก้ในกองวาโยธาตุ (ธาตุลม) โดยกองเตโชธาตุประกอบด้วย 6 อย่าง ได้แก่ อุทธังคมาวาตา (ลมพัดขึ้นตั้งแต่ปลายเท้าตลอดศีรษะ หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ มือเท้าขยุกขยิก ร้อนในท้อง ทุรนทุราย หาวเรอ มีเสมหะ) อโธคมาวาตา (ลมพัดลงตั้งแต่ศีรษะตลอดถึงปลายเท้า หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ ยกมือและเท้าไม่ไหว เมื่อยขบตามข้อ) กุจฉิสยาวาตา (ลมสำหรับพัดอยู่ในท้องแต่นอกลำไส้ หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ ท้องถัน จิตใจระส่ำระสาย) โภฏฐาสยาวาตา (ลมสำหรับพัดในลำไส้และในกระเพาะอาหาร หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ ชัดในอก จุกเสียด อาเจียน คลื่นเหียน) อังคมังคานูสารีวาตา (ลมสำหรับพัดทั่วร่างกาย หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ นัยน์ตาพร่า วิงเวียน เจ็บสองหน้าขา ปวดตามกระดูกสันหลัง รับประทานอาหารไม่ได้) อัศสาสะปัสสาสะวาตา (ลมสำหรับหายใจเข้าออก หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ เสียชีวิต) ดังนั้นยารสร้อน จึงมีสรรพคุณ แก้อาการจุกเสียดแน่นท้อง บำรุงธาตุและแก้ อาการของกองวาโยธาตุทั้ง 6 ประเภท ตามที่กล่าวมาข้างต้น และ 3) ยารสสุขุม มีสรรพคุณ แก้ในกองอาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) โดยกองอาโปธาตุประกอบด้วย 12 อย่าง ได้แก่ ปิตตัง (น้ำดี หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ คลุ้มคลั่งเป็นบ้า ปวดศีรษะ ตัวร้อน สะท้านร้อนสะท้านหนาว ตาเหลือง ปัสสาวะเหลือง) เสมหัง (น้ำเสลด หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ ไอเจ็บคอ คอแห้ง แสบในคอ ในอก อุจจาระมีมูกเลือด) ปุพโพ (หนอง หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ เบื่ออาหาร ชูบผอม) โลหิตตัง (เลือดหากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ เป็นไข้ คลั่งเพ้อ ปัสสาวะมีเลือด มีเม็ดบริเวณผิวหนัง) เสโท (เหงื่อ หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ ตัวเย็น สวิงสวย) เมโท (มันชั้น หรือไขมันในร่างกาย หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ ผุดตามบริเวณผิวหนัง เป็นดวง ปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนัง) อัศสุ (น้ำตา หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ ตาเป็นฝ้า น้ำตาไหล ตาแฉะ) วสา (มันเหลว หรือน้ำเหลือง หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ ผิวเหลือง ตาเหลือง) เขโ (น้ำลาย หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ เจ็บคอ เป็นเม็ดในคอและโคนลิ้น) สิงฆานิกา (น้ำมูก หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ ปวดศีรษะ ตามัว น้ำมูกไหล)

ลลิกา (ไขข้อ หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ เจ็บตามข้อและกระดูกทั่วตัว) มุตตัง (น้ำปัสสาวะ หากเกิดภาวะผิดปกติส่งผลให้ น้ำปัสสาวะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง ดำ และแดง) ดังนั้นยารสสุขุม จึงมีสรรพคุณ แก้ไข้ ลมวิงเวียน ใจสั่น บำรุงกำลัง และแก้อาการของกองอาโปธาตุทั้ง 12 ประเภท ตามที่กล่าวมาข้างต้น (กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

เมื่อพิจารณาดำรับยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด พบว่า ตำรับยาถอนพิษ มีรสขม และเย็น สามารถจัดกลุ่มรสรยาตามรสประธาน ได้เป็นตำรับยารสเย็น จึงเหมาะกับการใช้บำบัดรักษาอาการของผู้ติดยาเสพติด สามารถแก้ไข แก้ในกองเตโชธาตุ (ธาตุไฟ) ระวังความร้อนภายในร่างกาย ทำให้ร่างกายอบอุ่น ลดอาการท้องอืดท้องแข็ง ปวดตามข้อ ทำให้ร่างกายกลับมาปกติ มีการรับรู้รส ลดอาการเหงื่อออก หูตึง เย็นมือเย็นเท้า ที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดได้ สำหรับตำรับยาบำรุง มีรสเย็น และสุขุม สามารถจัดกลุ่มรสรยาตามรสประธาน ได้เป็นตำรับยารสเย็น และสุขุม สามารถนำมาใช้บำบัดรักษาอาการบางอย่างของผู้ติดยาเสพติด ได้เหมือนตำรับยาถอนพิษ เนื่องจากรสรยาในตำรับมีรสเย็นร่วมด้วย นอกจากนี้ตำรับยามีรสสุขุม จึงช่วยแก้ไขในกองอาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) ลดอาการคลุ้มคลั่ง แก้ปวดศีรษะ ตัวร้อน ไอ เจ็บคอ คอแห้ง อาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนัง ตา มัว ปวดตามข้อและกระดูก ลมวิงเวียน นอกจากนี้ช่วยบำรุงกำลัง

หากศึกษาตามรสของยา จากพืชสมุนไพรแต่ละชนิดที่อยู่ในตำรับ ซึ่งการแบ่งรสรยาตามชนิดของวัตถุธาตุแต่ละชนิด สามารถแบ่งได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ รสของตัวยา 4 รส (ตามคัมภีร์ธาตุวิภังค์) รสของตัวยา 6 รส (ตามคัมภีร์วรัยคสาร) รสของตัวยา 8 รส (ตามคัมภีร์ธาตุวิภังค์) และรสของตัวยา 9 รส แต่เนื่องจากการแบ่งชนิดรสรยาแต่ละกลุ่มเป็นการเพิ่มรสรยาจากกลุ่มที่มีชนิดรสรยา 4 รส จนแบ่งได้มากที่สุด 9 รส ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาพืชสมุนไพรในตำรับตามรสรยา 9 รส ซึ่งสามารถแบ่งรสรยา และสรรพคุณ ได้ดังนี้ 1) รสฝาด สรรพคุณ สมานแผล แก้ท้องร่วง บิด บำรุงธาตุ (หากใช้มากเกินไปแสดงกับโรคท้องผูกเป็นพรรตัก โรคลม ทำให้กระหายน้ำ) 2) รสหวาน สรรพคุณ ชุ่มซาบไปตามเนื้อ ทำให้ชุ่มชื้น บำรุงกำลัง แก้อ่อนเพลีย (หากใช้มากเกินไปแสดงกับโรคเบาหวาน เสมหะเพื่องแสดงบาดแผลทำให้แผลขึ้น ฟันผุ อาเจียน) 3) รสเมาเบื่อ สรรพคุณ ใช้แก้พิษสัตว์ กัดต่อย ผื่นคัน พิษโลหิต ระวังประสาท (หากใช้มากเกินไปจะแสดงกับโรคหัวใจพิการ ไอ) 4) รสขม สรรพคุณ บำรุงโลหิตและดี (หากใช้มากเกินไปจะแสดงกับโรคหัวใจพิการ ลมจุกเสียด) 5) รสเผ็ดร้อน สรรพคุณ แก้ลมจุกเสียด แน่นเฟ้อ ขับผายลม ขับเหงื่อ บำรุงธาตุ (หากใช้มากเกินไปแสดงกับโรคไข้ที่มีพิษร้อน โรคตาเจ็บ) 6) รสมัน สรรพคุณ แก้เส้นเอ็นพิการ ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เป็นยาอายุวัฒนะ (หากใช้มากเกินไปจะแสดงกับโรคบิด ดีซ่าน ทำให้เสมหะพิการ หอบไอ ร้อนในกระหายน้ำ) 7) รสหอมเย็น สรรพคุณ บำรุงหัวใจ หัวใจสดชื่น บำรุงครรภ์รักษา (หากใช้มากเกินไปจะแสดงกับโรคลมในลำไส้และนอกลำไส้) 8) รสเค็ม สรรพคุณ ชุ่มซาบไปตามผิวหนัง รักษาเนื้อไม่ให้เน่า รักษาบาดแผล แก้เถาดานในท้อง ฟอกโลหิต กัดเสมหะ บิดมูกเลือด กระหายน้ำ (หากใช้มากเกินไปจะแสดงกับโรคอุจจาระ

พิการ) และ 9) รสเปรี้ยว สรรพคุณ แก้ทางเสมหะ ฟอกโลหิต ระบายอุจจาระ แก้กระหายน้ำ (หากใช้มากเกินไปจะแสดงกับโรคท้องร่วง โรคน้ำเหลืองเสีย บาดแผล) (ตำราแพทย์ ได้เพิ่มรสจืด 1 รส มีสรรพคุณ ถอนพิษไข้ ขับปัสสาวะ แสดงกับอาการลดหน้ามืด)

ดังนั้น จากการศึกษาสมุนไพรแต่ละชนิดในตำรับยา ตามรศยา 9 รสและสารองค์ประกอบภายในสมุนไพร สามารถสรุปได้ดังนี้

ตำรับยาถอนพิษ ประกอบด้วย เนื้อฝักคุณ รงทอง มหาหิงค์ ชุมเห็ดเทศ แก่นขี้เหล็ก ดีเกลือไทย ผลสลอด ผิวมะนาว และเถารางจืด

สามารถจำแนกสมุนไพรตามรศยา 9 รสได้ 6 กลุ่ม ดังนี้ 1) สมุนไพรรสหวานเย็น ได้แก่ เนื้อฝักคุณ 2) สมุนไพรรสเมาเบื่อ ได้แก่ รงทอง มหาหิงค์ ชุมเห็ดเทศ 3) สมุนไพรสเผ็ดร้อน ได้แก่ มหาหิงค์ 4) สมุนไพรรสขม ได้แก่ แก่นขี้เหล็ก ผิวมะนาว 5) สมุนไพรรสเค็มเย็น ได้แก่ ดีเกลือไทย และ 6) สมุนไพรรสจืดเย็น ได้แก่ เถารางจืด

สรุปได้ว่า สรรพคุณสมุนไพรตามรศยาในตำรับยาถอนพิษ ช่วยซึมซาบไปตามเนื้อและผิวหนัง ทำให้ชุ่มชื้น บำรุงกำลัง แก้อ่อนเพลีย แก้ผื่นคัน พิษโลหิต ระบายประสาท แก้ลมจุกเสียดแน่นเพื่อ ขับผายลม ขับเหงื่อ บำรุงธาตุ บำรุงโลหิตและดี รักษาเนื้อไม่ให้เน่า รักษาบาดแผล แก้เถาดานในท้อง ฟอกโลหิต กัดเสมหะ บิดมูกเลือด กระหายน้ำ ถอนพิษไข้ และขับปัสสาวะ

ตำรับยาบำรุง ประกอบด้วย ฝักส้มป่อย เนื้อในฝักคุณ ว่านกลีบแสด ว่านร้อนทอง แสมสาร จันทร์ขาว จันทร์แดง โศภนระออม ลูกกระดอม อำพันแดง ดอกพิกุล ดอกบุนนาค ดอกสารภี เทียนทั้งห้า (เทียนขาว, เทียนแดง, เทียนดำ, เทียนขาวเปลือก และเทียนตาตุ๊กแตน) สมอไทย สมอพิเภก สมอเทศ โกงน้ำเต้า ผลมะขามป้อม ดีเกลือไทย แก่นสน (สนสองใบ, สนสามใบ) ดอกบัวหลวง อย่างละครึ่งกิโลกรัม ยาดำ 1 กิโลกรัม ขี้เหล็ก ใบสะเดา ใบมะกา เถาวัลย์เปรียง เถาสะบ้า ใบชุมเห็ดไทย บอระเพ็ด

สามารถจำแนกสมุนไพรตามรศยา 9 รส ได้ 13 กลุ่ม ดังนี้ 1) สมุนไพรรสหวาน ได้แก่ เนื้อฝักคุณ เทียนขาวเปลือก 2) สมุนไพรรสเมาเบื่อ ได้แก่ ยาดำ เถาวัลย์เปรียง และเถาสะบ้า 3) สมุนไพรสเผ็ดร้อน ขม ได้แก่ เทียนขาว เทียนแดง เทียนดำ และเทียนตาตุ๊กแตน 4) สมุนไพรรสขม ได้แก่ บอระเพ็ด ดอกบุนนาค ขี้เหล็ก ลูกกระดอม แสมสาร โศภนระออม และใบสะเดา 5) สมุนไพรรสเค็มเย็น ได้แก่ ดีเกลือไทย 6) สมุนไพรรสขมและเย็น ได้แก่ ดอกสารภี จันทร์แดง จันทร์ขาว และโศภนระออม 7) สมุนไพรรสจืดเย็น ได้แก่ ว่านกลีบแสด ใบชุมเห็ดไทย และดอกพิกุล 8) สมุนไพรสเผ็ด ได้แก่ สมอไทย โกงน้ำเต้า ดอกบัวหลวง 9) สมุนไพรสเปรี้ยวและเผ็ดจืด ได้แก่ สมอเทศ 10) สมุนไพรสเปรี้ยวเผ็ดปรา่ ได้แก่ ว่านร้อนทอง 11) สมุนไพรสเปรี้ยวและสุขุม ได้แก่ สมอพิเภก 12) สมุนไพรรสหวานเปรี้ยวหวานเผ็ดขม ได้แก่ ผลมะขามป้อม 13) สมุนไพรสเผ็ด และมัน ได้แก่ แก่นสน

สรุปได้ว่า สรรพคุณสมุนไพรตามรस्याในตำรับยาบำรุง ชี้มาพบไปตามเนื้อและผิวหนัง ทำให้ชุ่มชื้น บำรุงกำลัง แก้อ่อนเพลีย แก้ผื่นคัน พิษโลหิต ระวังประสาท แก้ลมจุกเสียด แน่นเพื่อ ขับผายลม ขับเหงื่อ บำรุงโลหิตและดี รักษาเนื้อไม้ให้เน่า รักษาบาดแผล แก้เถาตานในท้อง ฟอกโลหิต กัดเสมหะ บิดมูกเลือด ถอนพิษไข้ ขับปัสสาวะ สมานแผล แก้ท้องร่วง บิด บำรุงธาตุ แก้ทางเสมหะ ฟอกโลหิต ระบายอุจจาระ แก้กระหายน้ำ แก้เส้นเอ็นพิการ ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย และเป็นยาอายุวัฒนะ

ทั้งนี้จากตำรับยาถอนพิษและยาบำรุง เมื่อพิจารณาสมุนไพรตามรस्याและสารประกอบภายในสมุนไพร สามารถสรุปได้ดังนี้ สมุนไพรรสหวาน มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบ ช่วยบำรุงกำลัง แก้อ่อนเพลีย สมุนไพรรสมัน มีไขมัน (lipid) และน้ำมัน (oil) เป็นองค์ประกอบ ช่วยบำรุงเอ็นและไขข้อ สมุนไพรรสเค็ม มีเกลือและแร่ธาตุเป็นองค์ประกอบ ช่วยกัดเมือกมัน และช่วยย่อยสมุนไพรสเปรี้ยว มีกรดเป็นองค์ประกอบ ช่วยย่อยอาหาร แก้ไอ และเสมหะ สมุนไพรรสขม มีอัลคาลอยด์บางชนิดเป็นองค์ประกอบ ช่วยเจริญอาหาร บำรุงน้ำดี และโลหิต สมุนไพรรสเมาเบื่อ มีไกลโคไซด์ แอลคาลอยด์บางชนิดเป็นองค์ประกอบ ช่วยบรรเทาอาการปวด แก้พิษและอาการนอนไม่หลับ สมุนไพรรสขม มีน้ำมันระเหยเป็นองค์ประกอบ ช่วยแก้ลมหน้ามืด ใจสั่น สมุนไพรรสเผ็ดร้อน มีโอเรโอเรซิน เรซิน ไกลโคไซด์ และฟีนอลเป็นองค์ประกอบ แก้ลมจุกเสียด ช้ำบวม และช่วยย่อยอาหาร สมุนไพรรสจืด มีธาตุต่างๆ เช่น เกลือโปแทสเซียมเป็นองค์ประกอบ ช่วยถอนพิษไข้ และขับปัสสาวะ สมุนไพรรสหอมเย็น มีน้ำมันหอมระเหยเป็นองค์ประกอบ ช่วยแก้กระหาย และอ่อนเพลีย สมุนไพรรสฝาด มีแทนนิน (tannins) ซึ่งเป็นสารพหุฟีนอล (polyphenol) เป็นองค์ประกอบ ช่วยสมานแผล แก้ท้องร่วง และคุมธาตุ (รัตน อินทรานุกกรณ์ 2550)

สำหรับสมุนไพรที่ใช้ในการอบตัว ส่วนใหญ่จะมีน้ำมันหอมระเหยจึงช่วยแก้ลมหน้ามืด ใจสั่น กระหายและอ่อนเพลีย ได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นจากการศึกษารูปแบบการบำบัดของสถานบำบัดทั้ง 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การควบคุมความประพฤติด้วยกฎระเบียบข้อบังคับ 2) การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยสมุนไพร และ 3) การฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ พบว่า การควบคุมความประพฤติด้วยกฎระเบียบข้อบังคับและการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยสมุนไพร เป็นการรักษาอาการของผู้ติดยาทางด้านร่างกาย และการฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ เป็นการรักษาอาการของผู้ติดยาทางด้านจิตใจ

นอกจากนี้ การส่งเสริมผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย ตำรับยาไทย ไทย หรือกระบวนการรักษาด้วยภูมิปัญญาไทย นับว่าเป็นสิ่งที่ดีและมีคุณค่า เนื่องจากผลของการศึกษาผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย จากสถานภาพปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตโดยการทบทวนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน มีข้อเสนอเกี่ยวกับทิศทางและแนวโน้มของผลิตภัณฑ์สมุนไพรในอนาคต ดังนี้ พบว่า กระแสสากลทั้งในยุค

ปัจจุบันและแนวโน้มอนาคต มีความต้องการที่จะกลับสู่ธรรมชาติ (Back to Nature) สมุนไพรไทยยังเป็นที่ยึดมั่นในวงแคบของระดับสากล โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับ จีน อินเดีย และเกาหลี การพัฒนาสมุนไพรควรเน้นเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน การอุตสาหกรรม ทั้งในรูปแบบยา อาหาร และเครื่องสำอางตลอดจนเพื่อดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม และควรส่งเสริมให้มีการปลูกสมุนไพรร่วมด้วย (วิชัย โขศรีวัฒน์ 2556, 219-226)

การแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์การดูแลสุขภาพ มีรากฐานมาจากพระพุทธศาสนา และการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย โดยสมัยพุทธกาลมีพระสงฆ์ทำหน้าที่ในการให้การรักษาผู้เจ็บป่วย โดยใช้ความรู้ทางด้านแพทย์แผนไทยที่มีการถ่ายทอดสืบต่อกันมา (สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย (สมพท.) 2558) ทั้งนี้การแพทย์แผนไทยมีแนวคิดคือ ร่างกายประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ หากธาตุในร่างกายไม่สมบูรณ์ มีการเปลี่ยนแปลง หรือมีสิ่งที่มากระทบก็จะทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกาย เช่น ภาวะอารมณ์มีโรค ภาวะการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะเด่นของการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การดูแลสุขภาพที่เกิดจากความผิดปกติของธาตุ สามารถปรับใช้ได้กับทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชาติ โดยใช้รสของยาในการจัดกลุ่มอาการที่ใช้ในการรักษาตามการเสียสมดุลของธาตุ เป็นการดูแลสุขภาพที่ประหยัด สามารถใช้ตัวยาสมุนไพรและภูมิปัญญาจากท้องถิ่นมาเพื่อการดูแล ป้องกัน รักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพได้เป็นอย่างดี มีความสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบัน วัฒนธรรม และความเชื่อของสังคม (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 2558)

จากการศึกษาสมุนไพรไทยและการแพทย์แผนไทยกับรูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยติดยาเสพติดมีรูปแบบการใช้ 4 รูปแบบ คือ

1) แบบแผนการแพทย์แผนไทย ให้การรักษาแบบระบบองค์รวม มีการวินิจฉัยอาการและให้ยาตามอาการ ตำรับยาประกอบด้วยตัวยาหลัก และตัวยารอง สำหรับตัวยาหลักส่วนใหญ่เป็นยาถอนพิษ ลดพิษ ขับพิษ สมุนไพรที่ใช้จึงมีสรรพคุณเป็นยาถ่าย ทำให้อาเจียน ขับเหงื่อ ขับปัสสาวะ สำหรับตัวยารอง เป็นยาลดการแทรกซ้อน เช่น ยาแก้ปวดเมื่อย ยาบำรุง

2) แบบแผนการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ให้การรักษาแบบพื้นบ้านมีการแทรกด้วยคาถา เนื่องจากมีแนวคิดจากวัฒนธรรมและการรักษาแบบแบบท้องถิ่น ขั้นตอนการรักษาประกอบด้วย การวินิจฉัย การรักษา การใช้สมุนไพรบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามประเมินผล

3) แบบแผนการใช้สัจจะควบคู่กับการใช้สมุนไพร เน้นการบำบัดรักษาทางศาสนา พุทธ มีวัดเป็นศูนย์กลางและเป็นพื้นที่ในการบำบัดรักษา มีภิกษุสงฆ์ทำหน้าที่หรือมีส่วนร่วมในการ

ช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยการทำวัตร เข้า-เย็น สวดมนต์ ฟังสมาธิ ฯลฯ และใช้สัจจะในการมุ่งมั่นที่จะละเลิกยาเสพติด

4) แบบแผนใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยผสมผสานกับยาแผนปัจจุบัน เป็นการใช้การแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการรักษาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน (สำนักงานแพทย์ทางเลือก 2558)

การนำความรู้ภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เช่น การรับประทานยาสมุนไพรเพื่อถอนพิษจากยาเสพติด ร่วมกับการรับประทานยาสมุนไพรบำรุงร่างกาย และการอบสมุนไพร พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีร่างกายแข็งแรงขึ้น ผิวพรรณดีขึ้น การขับถ่ายดีขึ้น จิตใจและอารมณ์ดีขึ้น การรับประทานอาหารดีขึ้น ไม่อยากยา และการนอนหลับดีขึ้น (ถนนศรีอินทนนท์ และไหมไทย ศรีแก้ว 2549)

นอกจากนี้ศาสตร์ทางด้านการแพทย์แผนไทยที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดนอกเหนือจากการใช้สมุนไพร ได้แก่ การกดจุดสะท้อนเท้ากับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า เป็นการปรับสมดุลในร่างกายให้ดีขึ้น เช่น อาการเครียด อาการนอนไม่หลับ และอาการไมเกรน ทั้งนี้การกดจุดสะท้อนเท้าเป็นกระบวนการสะท้อนกลับของร่างกาย เนื่องจากบริเวณเท้าเป็นจุดของปลายประสาทระบบสมอง และระบบการหายใจ หากได้รับการนวดร่างกายจะผลิตสารเคมีออกมาเหมือนนิโคติน ทำให้ร่างกายไม่ต้องการบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการนวดกดจุดสะท้อนเท้าทำให้รสชาติของบุหรี่ที่สูบบเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีผลสัมฤทธิ์ในการรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติด โดยต้องได้รับการบำบัดเฉลี่ยที่ครั้ง 5 จึงจะให้ผลการรักษาที่ดี (อัมพรกรอบทอง และคณะ 2556 อ่างใน กฤษดา ปาสาลี ม.ป.ป.; สำนักงานแพทย์ทางเลือก 2558)

งานวิจัยผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 60 คน จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ผลการรักษาที่ดี (เน้นท์ธิยาภรณ์ มะละศิลป์ และ สุนิสา ปรีชาวงศ์ 2557)

สำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีเชิงพุทธ พบว่า รูปแบบการบำบัดโดยนำหลักวิถีพุทธเข้ามาช่วยบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยการนำนโยบายมาปฏิบัติ การจัดกิจกรรมการนำหลักแนวคิดและคำสอนมาใช้ในการบำบัดฟื้นฟู โดยยึดหลัก CIPP Model พบว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีเชิงพุทธ มีปัญหาด้านงบประมาณและสถานที่ฟื้นฟูไม่เพียงพอ ปัญหาการจัดการประสานงาน ปัญหาผู้เข้ารับการบำบัดไม่ผ่านเกณฑ์บำบัดแบบครบกำหนด ปัญหาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาชุมชน ปัญหาการยอมรับของชุมชน ปัญหาการจัดการแบบวิถีชีวิตพระหรือปฏิบัติกิจกรรมเหมือนพระ ปัญหาการกลับมาเสพติดซ้ำ ทั้งนี้แนวทางในการแก้ไขปัญหของกระบวนการบำบัดโดยยึดหลักอริยสัจ 4 (อภิรัชศักดิ์ รัชนิวงศ์ 2555) จึงอาจสรุปได้ว่าทั้งการแพทย์แผนไทยและพระพุทธศาสนามีบทบาทในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ปัจจุบันมีการส่งเสริมแนวทางการแก้ปัญหายุทธศาสตร์การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด พ.ศ. 2558 - 2562 มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตให้กับเด็กและเยาวชน ส่งเสริมการทำความดีและพัฒนาจิตใจ ให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหาชีวิต โดยการปลูกฝังการนำหลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนา มาปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวัน ไม่ตกเป็นทาสของยาเสพติดหรืออบายมุขอื่นๆ เช่น ส่งเสริมกิจกรรมบรรพชาสามเณรภาคฤดูร้อน และกิจกรรมค่ายศาสนธรรมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด (พจนีย์ สารพันธ์ 2558, 2-7) ดังนั้นแสดงให้เห็นได้ว่า ทั้งการแพทย์แผนไทยและศาสนาจึงมีบทบาทสำคัญในกระบวนการแก้ไข ป้องกันการติดยาเสพติด และการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้สถานบำบัดที่มีรูปแบบการบำบัดทั้งกระบวนการแพทย์แผนไทย และวิธีการทางศาสนา ได้แก่ สถานบำบัดยาเสพติดวัดไม้เสียบ อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช และสถานพักฟื้นถ้ากระบอก อ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี

2.6 สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ปัญหาเสพติดยังคงมีการแพร่ระบาด การผลิต การค้า อย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับโลก และในประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว ชุมชน สังคม และความมั่นคงของประเทศชาติ ขาดบุคคลที่เป็นกำลังในการพัฒนาประเทศชาติ เมื่อพิจารณาการแก้ไขปัญหายังไม่สามารถนำผู้เสพเข้าสู่ระบบการบำบัดได้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ จากยุทธศาสตร์มาตรการการแก้ปัญหายาเสพติดในปัจจุบัน เน้นให้ความสำคัญกับผู้เสพและผู้ติดยาต้องได้รับการบำบัดรักษา ไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นปกติ ลดจำนวนผู้เสพผู้ติดโดยพัฒนามาตรฐานการบำบัดทุกระบบ พบว่าระบบสมัครใจเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นระบบที่ส่งเสริมและขยายโอกาสให้กับผู้ติดยาเสพติดที่ไม่กระทำความผิดอย่างอื่น และมีความต้องการเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจได้รับการบำบัดเพื่อกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดได้มีการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการบำบัดให้ได้ผลดี ต้องเริ่มจากตัวผู้เข้ารับการบำบัดสมัครใจและมีความตั้งใจเข้ารับการบำบัด สถานบำบัดน่าเชื่อถือ บุคลากรให้กำลังใจ การได้รับโอกาสจากคนรอบข้าง การมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบำบัด ทั้งนี้การแพทย์แผนไทย เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สามารถปรับใช้ได้กับทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชาติ เป็นการดูแลสุขภาพที่ประหยัด สามารถใช้ตัวยาสมุนไพรและภูมิปัญญาจากท้องถิ่นมาเพื่อการดูแล ป้องกัน รักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพได้เป็นอย่างดี และการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย ตำรายาไทย หรือกระบวนการรักษาด้วยภูมิปัญญาไทย นับว่าเป็นสิ่งที่ดีและมีคุณค่า เนื่องจาก พบว่า กระแสสากลทั้งในยุคปัจจุบันและแนวโน้มอนาคต มีความต้องการที่จะกลับสู่ธรรมชาติ (Back to Nature) สมุนไพรไทยยังเป็นที่รู้จักในวงแคบของระดับสากล โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับ จีน อินเดีย และเกาหลี การพัฒนาสมุนไพรจึงควรเน้นเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน การอุตสาหกรรม ทั้งในรูปแบบยา อาหาร และเครื่องสำอางตลอดจนเพื่อดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม (วิชัย โชควิวัฒน์ 2556, 219-226)

จากการศึกษาผลการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ภูมิปัญญาไทย พบว่าผู้ติดยาเสพติดมีร่างกายแข็งแรงขึ้น ผิวพรรณ การขับถ่าย จิตใจและอารมณ์ดีขึ้น ไม่อยากยา และการนอนหลับดีขึ้น แต่จากข้อเสนอแนะในการศึกษา พบว่าการบำบัดรักษาจะมีประสิทธิภาพ โดยการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกเพราะจะทำให้รักษาได้ง่ายกว่าผู้ที่ติดเรื้อรัง และต้องใช้เวลา ประมาณ 3 เดือนขึ้นไป จึงจะมีผลทางด้านจิตสำนึกมากขึ้น แต่ปัจจุบัน พบว่า เกณฑ์มาตรฐานการบำบัดครบกำหนดของวัด ก่อนการจำหน่ายสู่สังคม คือ 45 วัน และจากการศึกษากระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำ ปัจจัยสำคัญคือผู้เข้ารับการบำบัดต้องมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มุ่งมั่นต่อการเลิกยา และมีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบำบัด

การศึกษารุ่นนี้ จึงเป็นการศึกษาผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และอธิบายอิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล (ผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษายาเสพติด และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อประเมินการไม่หวนกลับไปใช้ยาซ้ำ สุขภาพทางกาย จิตใจ ความรับผิดชอบ สถานะการประกอบอาชีพ การเป็นพลเมืองที่ดี ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และเพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล (ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษายาเสพติด และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ผลที่ได้นำมาเปรียบเทียบกับผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจในรูปแบบอื่นๆ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) **กลุ่มที่ 1** ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบครบกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาของวัด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี
- 2) **กลุ่มที่ 2** พ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด
- 3) **กลุ่มที่ 3** เจ้าหน้าที่สถานบำบัดยาเสพติด ปฏิบัติหน้าที่ที่วัดไม้เสียบ จังหวัดนครศรีธรรมราช

โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive random sampling) มีคุณสมบัติดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดแบบครบกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาของวัด 45 วัน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดจนครบกำหนด ตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาของวัด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ยินยอมให้ข้อมูลและให้มีการติดตามผลการบำบัดยาเสพติดอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 1 ปี แล้วหยุดการติดตามด้วยสาเหตุหยุดยาได้หรือเลิกได้
2. มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. เป็นเพศชาย ไม่จำกัดอายุ (หากอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง)

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความประสงค์ขอยกเลิกการให้ข้อมูล ในระหว่างที่ทำการศึกษา
3. ผู้ที่ติดคดีและอยู่ในระหว่างการดำเนินคดี

กลุ่มที่ 2 พ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ติดยาเสพติดที่ผู้วิจัยทำการติดตาม เช่น บิดา มารดา ภรรยา หรือญาติพี่น้องของผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น มีความสมัครใจและให้ความร่วมมือในการศึกษา
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะ
3. มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ (หากอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง)

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความประสงค์ขอยกเลิกการให้ข้อมูล ในระหว่างที่ทำการศึกษา

กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่สถานบำบัดยาเสพติด

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นเจ้าหน้าที่สถานบำบัดยาเสพติด มุลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ (พร้อมทองคำ) อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช มีความสมัครใจและให้ความร่วมมือในการศึกษา
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะ
3. มีประสบการณ์ในการทำงานด้านบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความประสงค์ขอยกเลิกการให้ข้อมูล ในระหว่างที่ทำการศึกษา

3.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดแบบครบกำหนด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี สามารถคำนวณขนาดตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากรได้ ดังนี้

1. ผู้เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดวัดไม้เสียบ อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช ที่มีภูมิลำเนาในภาคใต้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2558 จำนวน 2434 คน
2. ระดับความเชื่อมั่น $Z = 1.96$
3. ระดับของความแปรปรวน (σ) ได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสัดส่วนผู้เลิกยาเสพติดในระบบสมัครใจ ร้อยละ 52.53 ($p = 0.53$)
4. ระดับความแม่นยำ การศึกษาครั้งนี้กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad n &= \frac{NZ_{\alpha}^2 p(1-p)}{[e^2(N-1)] + \left[\frac{Z_{\alpha}^2 p(1-p)}{2} \right]} \\ \text{แทนค่า} \quad &= \frac{2434 \times 1.96^2 \times 0.53 (1-0.53)}{[0.05^2 (2434-1)] + [1.96^2 \times 0.53 (1-0.53)]} \\ &= 331 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้นตัวแทนกลุ่มที่ใช้ศึกษามีจำนวน 331 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากสถิติข้อมูลของวัดไม้เสียบ
2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เรื่องผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยการใช้การแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้ ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in - dept interview) และการตอบแบบสอบถามกับตัวอย่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 และการสัมภาษณ์กลุ่มแบบเจาะจง (focus group interview) กับตัวอย่างกลุ่ม 3 ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่สอง เป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-

structured Interview) ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม และการประยุกต์จากเครื่องมือของสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. นอกจากนี้ใช้แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ติดยาเสพติด ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งข้อคำถามเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการยอมรับจำนวน 7 ข้อ ด้านความลังเลจำนวน 4 ข้อ และด้านกำลังลงมือทำจำนวน 8 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความรู้สึกของตนเองต่อข้อคำถามในแต่ละข้อได้ 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนน

ด้านการยอมรับ (recognition) (ข้อ 1,2,3,7,10,12,15 และ 17)

7-28	หมายถึง ต่ำมาก
29-31	หมายถึง ต่ำ
32-34	หมายถึง ปานกลาง
35	หมายถึง สูง

ด้านความลังเล (ambivalence) (ข้อ 2,6,11 และ 16)

4-11	หมายถึง ต่ำมาก
12-14	หมายถึง ต่ำ
15-16	หมายถึง ปานกลาง
17-18	หมายถึง สูง
19-20	หมายถึง สูงมาก

ด้านกำลังลงมือทำ (taking steps) (ข้อ 4,5,8,9,13,14,18 และ 19)

8-29	หมายถึง ต่ำมาก
30-32	หมายถึง ต่ำ
33-35	หมายถึง ปานกลาง
36-38	หมายถึง สูง
39-40	หมายถึง สูงมาก

3. อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง สมุดบันทึก สำหรับผู้วิจัย ปากกาสำหรับจดบันทึก ดินสอ ยางลบ โทรศัพท์และเครื่องคอมพิวเตอร์

ความหมายของการยอมรับ ความสับสน และการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอน มีดังนี้

การยอมรับ

คะแนนสูง เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าเขากำลังมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด เขาต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทำความเข้าใจว่าสิ่งนั้นเป็นอันตรายอย่างต่อเนื่อง ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คะแนนต่ำ ปฏิเสธว่าสารเสพติดเป็นสาเหตุที่เป็นปัญหาต่อความเครียดของเขา ปฏิเสธคำวินิจฉัย ว่าสิ่งเหล่านี้เกิดจากปัญหาจากการใช้สารเสพติด และการเป็นผู้ที่ติดสารเสพติด รวมถึงไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ความสับสน

คะแนนสูง บ่งบอกว่าบางครั้งเขากังวลถ้าเขาควบคุมการใช้สารเสพติด คือการใช้สารเสพติดที่มาก การใช้สารเสพติดที่ทำให้เกิดอันตรายกับผู้อื่น และการเป็นผู้ที่ติดการใช้สารเสพติด ดังนั้นคะแนนที่สูงสะท้อนถึงความสับสนหรือความไม่แน่นอน บางครั้งสะท้อนถึงการเปิดโอกาสให้มีสิ่งสะท้อน คืออาจจะเป็นการคาดหวังเฉพาะการนึกคิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คะแนนต่ำ บ่งบอกว่าเขาไม่กังวลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดที่มากของเขา คือไม่กังวลที่จะควบคุม หรือการก่อให้เกิดอันตรายกับผู้อื่น หรือการเป็นผู้ที่ติดสารเสพติด การอธิบายสิ่งนั้นว่าบุคคลนั้นอาจจะได้คะแนนความสับสนต่ำ อีกสาเหตุคือเขารู้ว่าพวกเขาเป็นผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นปัญหา (มีการยอมรับสูง) หรือเขารู้ว่าสิ่งเหล่านั้นไม่ได้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด (มีการยอมรับที่ต่ำ) ดังนั้นคะแนนความสับสนที่ต่ำควรเป็นการตีความที่เกี่ยวกับคะแนนการยอมรับ

การเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอน

คะแนนสูง หมายถึงเขาพร้อมที่จะทำสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกในการใช้สารเสพติดของเขา และอาจจะมีประสบการณ์ความสำเร็จบางอย่าง การเปลี่ยนแปลงเป็นความซื่อสัตย์ และเขาอาจจะต้องความช่วยเหลือในการต่อสู้หรือป้องกันการเหินห่าง คะแนนที่สูงเป็นสิ่งที่พบว่าเป็นการทำนายความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง

คะแนนต่ำ หมายถึงในขณะนี้เขาไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการใช้สารเสพติดของเขา และไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเร็วๆ นี้

ความหมายจากแบบสอบถามด้านสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

แข็งแรง หมายถึง มีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย, มีกำลัง

อ่อนแอ หมายถึง ไม่แข็งแรง, ไม่ทนทานต่อโรค, มีกำลังน้อย

เจ็บป่วย หมายถึง ไม่สบายเพราะโรคภัย หรือสาเหตุอื่น

4. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

ได้แก่

1. ผู้นำการสนทนา (ตัวผู้วิจัย) ทำหน้าที่นำการสนทนากลุ่ม คอยแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ขณะทำการสนทนากลุ่มให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

2. ผู้จัดบันทึก (ผู้ช่วยนักวิจัยคนที่ 1) ทำหน้าที่จัดบันทึกข้อมูลระหว่างการทำสนทนากลุ่ม

3. ผู้ช่วยทั่วไป (ผู้ช่วยนักวิจัยคนที่ 2) ทำหน้าที่จับเวลา บันทึกเสียง บันทึกวิดีโอ และถ่ายภาพ

4. วัสดุ-อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่ม ได้แก่ กระดาษสำหรับจัดบันทึก ปากกานาฬิกาจับเวลา เครื่องบันทึกเสียง กระจกานไวท์บอร์ด ปากกาไวท์บอร์ด เครื่องบันทึกวิดีโอ กล้องถ่ายรูป เครื่องดื่มและอาหารว่าง

5. แนวคำถามที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่ม

แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม เพื่ออธิบายปัจจัยด้านการบำบัดรักษายาเสพติดที่มีผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย โดยผู้ให้ข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่บำบัด ซึ่งมีแนวคำถามที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่ม ดังนี้

- ท่านคิดว่ากลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาแบบครบกำหนดตามเกณฑ์ และได้รับการติดตาม ตามกำหนดแล้วหยุดยาได้หรือเลิกได้ มีปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ไม่กลับไปเสพซ้ำ คือ

- ท่านคิดว่ารูปแบบการบำบัดในหน่วยงานของท่านมีข้อดี ข้อเสีย อย่างไร

- ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านการบำบัด

- จากการคืนข้อมูล ท่านมีแนวทางในการพัฒนาหน่วยงาน หรือรูปแบบการบำบัด

อย่างไร

3.5 การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

1. การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ต่อประเด็นผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การแพทย์แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนด (45 วัน) และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ว่ามีความครอบคลุมครบถ้วนของเนื้อหาหรือประเด็นที่ต้องการวัดตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือไม่ โดยพบว่าข้อมูลชุดที่ 1 แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล มีค่า IOC = 0.78 ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นจากผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีค่า IOC = 0.79 ข้อมูลชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดยาเสพติด ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล มีค่า IOC = 0.86 ส่วนที่ 2 รายละเอียดข้อมูลของผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีค่า IOC = 0.8 ข้อมูลชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากร/เจ้าหน้าที่ ผู้มีส่วนรับผิดชอบ ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มีค่า IOC = 0.7 ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านสมรรถนะบุคลากรด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีค่า IOC = 1 ข้อมูลชุดที่ 4 แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับผู้ผ่านการบำบัด มีค่า IOC = 1

2. ทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability) ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลจริง กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม กลุ่มละจำนวน 10 ราย และนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนที่จะนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ค่า Cronbach Alpha ความสับสน = .60 - .88 การยอมรับ = .85 - .95 และการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอน = .83 - .96

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกราย โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (Face to face) หากไม่สามารถนัดผู้ให้ข้อมูลมาใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และการส่งแบบสอบถามให้ผู้ตอบทางไปรษณีย์ ร่วมกับการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ และบันทึกบทสัมภาษณ์ด้วยเครื่อง MP 3 มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว เสนอต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย

2. ทำหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรม สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงหัวหน้างานสถานบำบัดยาเสพติด มูลนิธิพระครูประดิษฐวรการ (พร้อม ทองคำ) อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

3. เข้าพบและแนะนำตัวต่อหัวหน้างานสถานบำบัดยาเสพติด วัดไม้เสียบ อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช เพื่อแนะนำตัว แนะนำเรื่องที่ทำกรวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด พร้อมทั้งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากทะเบียนประวัติ ข้อมูล (secondary data)

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูลเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพจนเป็นกันเองมีท่าที่เป็นมิตร จึงชี้แจงวัตถุประสงค์ ถามความสมัครใจผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายสิทธิที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ นัดวันสัมภาษณ์ และชี้แจงสถานที่สัมภาษณ์ การเตรียมตัวของผู้ให้สัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์กลุ่มแบบเจาะจงกับกลุ่มเจ้าหน้าที่สถานบำบัด และสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดแบบครบกำหนด 45 วัน และได้รับการจำหน่ายกลับไปอยู่ในสังคมเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ตามลำดับ และกลุ่ม พ่อแม่/ผู้ผู้ปกครอง/ผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ และหากบุคคลใดสะดวกให้การสัมภาษณ์แบบให้คำตอบโดยตรง (Face to face) ผู้วิจัยจะตกลงและนัดผู้ให้ข้อมูลมาให้สัมภาษณ์ หรือผู้วิจัยไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามสถานที่ที่ได้ตกลงกันไว้ นอกจากนี้มีการส่งแบบสอบถามให้ผู้ให้ข้อมูลทางไปรษณีย์ร่วมด้วย

5. ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของเครื่องมือในการวิจัย ทั้งตัวผู้วิจัยพักผ่อนเพียงพอ ทบทวนขั้นตอนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และจริยธรรมการวิจัยเป็นอย่างดี นอกจากนี้จัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับลงภาคสนาม เช่น สมุดบันทึก ปากกา ดินสอ ยางลบ ฝีกซ้อมการใช้เครื่องบันทึกเสียง MP3 จนขำนาถ และเตรียมเครื่องบันทึกเสียงสำรองอีก 1 เครื่อง เพื่อป้องกันความผิดพลาดของเครื่องบันทึกเสียง อีกทั้งติดต่อสถานบำบัดเพื่อจัดเตรียมสถานที่ในการสัมภาษณ์

6. เมื่อถึงวันนัด กรณีผู้ให้ข้อมูลเดินทางมาให้ข้อมูลกับผู้วิจัย ผู้วิจัยจะไปยังสถานที่นัดก่อนเวลา เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านสถานที่ ตรวจสอบความเรียบร้อย และจัดอุปกรณ์การสัมภาษณ์ โดยเลือกสถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นบริเวณที่เงียบ อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงดัง

รบกวน พร้อมทั้งเขียนป้ายบริเวณสัมภาษณ์ ห้ามรบกวนเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยชวนผู้ให้ข้อมูลรับประทานขนมและน้ำ พูดคุยทักทายในเรื่องทั่วไป รวมถึงผู้วิจัยมีรอยยิ้มสีหน้า สดใส เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและบรรยากาศที่ดี เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเป็นกันเอง มีรอยยิ้ม กล่าวพูด โต้ตอบกับผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตจดบันทึกภาคสนาม (Field note) พร้อมทั้งบันทึกเสียง และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่บันทึกทันที

7. การเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เน้นการเจาะลึก ในประเด็นที่ต้องขยายความ จนเกิดความชัดเจน เก็บข้อมูลจนอิ่มตัว ร่วมกับการสังเกตสีหน้า ท่าทาง ความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ทั้งก่อนการสัมภาษณ์ ระหว่างการสัมภาษณ์ และหลังการสัมภาษณ์ สังเกตลักษณะคำที่พูด น้ำเสียง จังหวะการพูด เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการจดบันทึกสั้นๆ ในสมุดจดบันทึก พร้อมทั้งเก็บรายละเอียดในประเด็นที่ไม่ชัดเจน ไว้สัมภาษณ์ครั้งต่อไป และก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ทุกความคิดเห็นไม่มีผิด ไม่มีถูก และขออนุญาตบันทึกเสียง ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ หรือมีคำตอบที่ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยขอสรุปประเด็นข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ

8. หลังการสัมภาษณ์แต่ละรายในการสัมภาษณ์เชิงลึก และหลังการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยถอดบทสัมภาษณ์ทันทีแบบคำต่อคำ เขียนบันทึกบรรยากาศที่เกิดขึ้น ความรู้สึก ความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรค ของผู้วิจัยระหว่างการสัมภาษณ์ (Reflective Journal) อ่านข้อมูลจากการถอดบทสัมภาษณ์ อย่างน้อย 2 รอบ แล้วให้รหัสคำสำคัญ วิเคราะห์และดูประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน พร้อมทั้งตรวจสอบความเป็นจริง ความถูกต้อง วิเคราะห์ซ้ำกลับไปกลับมาระหว่างการเก็บข้อมูลและสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ตลอดเวลา (Interactive analysis) ซึ่งหากมีประเด็นที่ไม่ชัดเจนสามารถนำมาปรับปรุงจัดสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

9. เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล จนข้อมูลมีความอิ่มตัวคือ ไม่สามารถมีข้อมูลใหม่ คำอธิบายใหม่ หรือเพิ่มเติมจากสิ่งที่มีอยู่ได้ และได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งตรวจสอบข้อมูลโดย ผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยเข้าใจข้อมูลตรงกัน ก็เป็นการสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยส่งโครงการวิจัย เข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อโครงการผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยแสดงหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงข้อมูลการวิจัยต่อผู้ให้ข้อมูลทุกราย หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามและยุติการให้ข้อมูลได้ทันทีเมื่อต้องการ กรณีที่สมัครใจให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลแสดงการยินยอมโดยใช้วาจา

หรือการพยักหน้า (oral or verbal consent) แทนการลงลายมือชื่อ (informed consent) เพื่อหลีกเลี่ยงการระบุตัวบุคคล โดยไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลทั้งของตนเอง ผู้ให้ข้อมูล รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เสนอผลการวิจัยในภาพรวมการวิเคราะห์และแปลข้อมูล โดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคล หน่วยงาน ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น แบบบันทึกเสียงและแบบบันทึกข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย chi-square และการหาความสัมพันธ์ logistic regression

2. การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งการตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) 2 วิธี ได้แก่

1.1 ตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การแพทย์แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนด (45 วัน) โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ผู้ติดยาเสพติด ขณะได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี พร้อมทั้งสัมภาษณ์ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดยาเสพติด และเจ้าหน้าที่สถานบำบัด ร่วมกับการสังเกตสีหน้าแววตา ท่าทางอาการหรือพฤติกรรมระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อยืนยันผลที่เกิดขึ้น นอกจากนี้มีการใช้โทรศัพท์สอบถามผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยยาเสพติดในระหว่างทำการศึกษา และให้ผู้ติดยาเสพติดบันทึกอาการ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง หรือสิ่งที่ตนมีความประสงค์ที่จะบันทึก โดยให้บันทึกลงในสมุดบันทึกประจำตัว

1.2 ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล 2 กรณี ได้แก่ เวลา และบุคคล ซึ่งหากข้อมูลต่างเวลา หรือบุคคลให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะเหมือนกันหรือแตกต่างกัน

2. การจัดระเบียบข้อมูล โดยการจัดระบบข้อมูลและจำแนกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้เข้าใจง่าย และสามารถนำมาใช้ได้อย่างสะดวก ทั้งนี้ผู้วิจัยทำสำเนาข้อมูล 3 ชุด ชุดที่หนึ่ง เก็บเป็นต้นฉบับไว้ในไฟล์ข้อมูล บันทึกในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยโดยมีรหัสการเข้าถึงข้อมูล หรือในเครื่องบันทึกข้อมูล ชุดที่สอง จัดพิมพ์เป็นเอกสารเก็บไว้ในแฟ้มเพื่อป้องกันไฟล์ข้อมูลเสียหาย และชุดที่สาม สำหรับใช้งาน โดยตั้งชื่อไฟล์และมีรหัสการเข้าถึงไฟล์ข้อมูล

3. หลังจากจัดระเบียบข้อมูล ผู้วิจัยเลือกการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เนื่องจากเป็นข้อมูลถ้อยคำบรรยาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 การตีความข้อมูล (interpretation) หลังจากได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องแล้ว และมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และตีความหมายจากข้อมูล ดิบออกมาให้มากกว่าปกติ โดยผู้วิจัยไม่ใส่อารมณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึกของตนลงไป ร่วมกับการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตสีหน้าแวตา ท่าทางอาการ พฤติกรรมหรือข้อมูลที่เป็นถ้อยคำที่ไม่สอดคล้องกับกริยาท่าทาง หรือข้อความที่มีลักษณะเปรียบเปรยแอบแฝงความหมายบางอย่าง นำมาประกอบการตีความ

3.2 การเปรียบเทียบข้อมูล (constant comparison) โดยผู้วิจัยค้นหาความเหมือนกันและความแตกต่างกันของข้อมูลตามลักษณะ และคุณสมบัติของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาจัดเป็นกลุ่ม

3.3 การสังเคราะห์ข้อมูล (data synthesis) เป็นการสรุปข้อมูลที่ได้จากการตีความข้อมูลและจากการเปรียบเทียบข้อมูล โดยอธิบายสาเหตุและการเชื่อมโยงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของพฤติกรรมและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.4 การสร้างข้อสรุป (conclusion) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูล มาเรียบเรียงเป็นข้อสรุปที่ได้

4. หลังจากทำการวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มานำเสนอในรูปของการพรรณนา เพื่อแสดงถึงสิ่งที่ศึกษาตามความหมายที่ค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพ และนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูล ผลสำเร็จในการบำบัดที่ใช้ยาแผนปัจจุบันหรือวิธีการ อื่นๆ และเปรียบเทียบผลสำเร็จ โดยมาตรวัดเดียวกัน หลังการจำหน่ายเข้าสู่สังคมเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เป็นอย่างไร

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย หลังจากรับการจำหน่ายแบบครบกำหนด (45 วัน) และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เป็นการศึกษาความสำเร็จใน 5 ด้าน ดังนี้

- (1) การไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำ
- (2) สุขภาพกายและจิตใจ
- (3) สามารถประกอบอาชีพ/การหารายได้
- (4) การเป็นพลเมืองที่ดี
- (5) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (TTM)

สำหรับวัตถุประสงค์ย่อย คือ เพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล (ผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย

โดยมีสมมุติฐาน 3 ข้อ ได้แก่

1. ปัจจัยด้านบุคคล (ผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ประเภทสารเสพติดที่ใช้ สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก จำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัดและสถานที่เข้ารับการบำบัด สาเหตุที่เข้ารับการบำบัด การติดตามหลังการจำหน่าย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทักษะคิดในชุมชน หน่วยงานที่ให้การสนับสนุน ส่งเสริมการฝึกอาชีพ/การมีรายได้ มีผลต่อผลสำเร็จของการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย

2. ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด ได้แก่ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด การดูแลผู้ติดยาเสพติด คุณภาพของสถานบำบัด เช่น การขอจัดตั้งเป็นสถานบำบัด อัตรากำลังด้านบุคลากร รูปแบบ วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด การติดตามผู้ติดยาเสพติดหลังการจำหน่าย ศักยภาพของผู้ให้การบำบัด การสร้างแรงสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดรับการบำบัดรักษาอยู่ครบกำหนดตามเกณฑ์ มีผลต่อผลสำเร็จของการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสบิดามารดา ก่อนการติดยา สถานภาพสมรสบิดามารดาปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประเภทครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของบิดามารดา บรรยากาศภายในครอบครัว ศาสนา

การศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับผู้ผ่านการบำบัด การให้กำลังใจของครอบครัวและญาติต่อผู้ผ่านการบำบัด ทศนคติในชุมชนต่อผู้ผ่านการบำบัด หน่วยงานสนับสนุน ส่งเสริมการฝึกอาชีพ/การมีรายได้ มีผลต่อผลสำเร็จของการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ในการบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย

สำหรับข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้จากประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ผ่านการบำบัดแบบครบกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาของวัด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี จำนวน 331 คน
2. พ่อแม่/ผู้ปกครอง/ญาติสนิทหรือคนใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัด จำนวน 331 คน
3. เจ้าหน้าที่สถานบำบัดยาเสพติด และคณะกรรมการสถานบำบัด จำนวน 25 คน

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi - Structure Interview) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ เพื่อหาค่าสถิติพร้อมทั้งนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีผลการวิเคราะห์ดังนี้

วิจัยเชิงปริมาณ

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กลุ่มผู้ผ่านการบำบัดแบบครบกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาของวัด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แสดงความคิดเห็นด้านสมรรถนะบุคลากรด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ตอนที่ 3 ผลสำเร็จรายด้านจากผลของการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ในการบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย

ตอนที่ 4 ข้อมูลการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ผ่านการบำบัด ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ผ่านการบำบัดและเจ้าหน้าที่บำบัด

ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ผ่านการบำบัดรักษาในสถานบำบัด ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ผ่านการบำบัด และเจ้าหน้าที่บำบัดมีลักษณะข้อมูลทางชีวสังคม ปรากฏดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ผ่านการบำบัด (N=331)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
ชาย	331 (100.00)
หญิง	-
2. อายุ	
<25	131 (39.58)
25-30	97 (29.31)
>30	96 (29.00)
ไม่มีข้อมูล	7 (2.11)
3. สถานภาพสมรส	
โสด	210 (63.44)
สมรส	102 (30.82)
หย่าร้าง	13 (3.93)
แยกกันอยู่	6 (1.81)
4. การศึกษา	
ประถมศึกษา	75 (22.66)
มัธยมตอนต้น/ปวช.	208 (62.84)
อนุปริญญา/ปวส.	26 (7.85)
ปริญญาตรี	22 (6.65)
5. รายได้	
<8000	60 (18.13)
8,000-12,000	99 (29.91)
>12,000	32 (9.67)
ไม่มีรายได้	140 (42.29)
6. อาชีพ	
เกษตรกรกรรม	59 (17.83)
รับจ้าง	40 (12.08)
ไม่มีอาชีพ	110 (33.23)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ข้าราชการ	24 (7.25)
ค้าขาย	69 (20.85)
ธุรกิจส่วนตัว	29 (8.76)
7. การติดตามหลังการจำหน่าย	
3 เดือน	110 (33.23)
6 เดือน	110 (33.23)
1 ปี	111 (33.54)

พบว่า เป็นเพศชายส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 25-30 ปี อายุมากกว่า 30 ปี และไม่มีข้อมูลตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด รองลงมาสมรส หย่าร้าง และแยกกันอยู่ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษา/ปวช. รองลงมาประถมศึกษา อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ รองลงมารายได้ 8,000-12,000 รายได้น้อยกว่า 8,000 และมีรายได้มากกว่า 12,000 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ รองลงมาธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม รับจ้าง นักเรียน/นักศึกษา และข้าราชการ/พนักงานรัฐตามลำดับ การติดตามหลังการจำหน่าย มีผู้ที่ได้รับการติดตามทั้ง 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ในจำนวนที่เท่าๆ กัน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัด (N=331)

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว	จำนวน(ร้อยละ)
1. เพศ	
ชาย	153 (46.22)
หญิง	178 (53.78)
2. สถานะภาพสมรสบิดามารดาก่อนการติดยา	
สมรส	256 (77.34)
หม้าย	38 (11.48)
หย่าร้าง	26 (7.85)
แยกกันอยู่	11 (3.32)
3. สถานะภาพสมรสบิดามารดาปัจจุบัน	
สมรส	237 (71.60)
หม้าย	46 (13.90)
หย่าร้าง	28 (8.46)
แยกกันอยู่	20 (6.04)
4. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	
2-3 คน	57 (17.22)
>3 คน	274 (82.78)

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว	จำนวน(ร้อยละ)
5. ประเภทครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว	295 (89.12)
ครอบครัวขยาย	36 (10.88)
6. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	
ทะเลาะกันประจำ	5 (1.51)
ทะเลาะกันบางครั้ง	173 (52.27)
ต่างคนต่างอยู่	11 (3.32)
อื่นๆ	142 (42.90)
7. บรรยายภาพภายในครอบครัว	
เครียดและน่าเบื่อ	50 (15.10)
สนุกสนาน อบอุ่นภายในครอบครัว	281 (84.89)
8. ศาสนา	
พุทธ	316 (95.47)
อิสลาม	15 (4.53)
9. การศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา	6 (1.81)
ประถมศึกษา	110 (33.23)
มัธยมศึกษา/ปวช.	100 (30.21)
อนุปริญญา	41 (12.39)
ปริญญาตรี	61 (18.43)
สูงกว่าปริญญาตรี	13 (3.93)
10. อาชีพ	
เกษตรกรกรรม	85 (25.68)
รับจ้าง	40 (12.09)
ไม่มีอาชีพ	16 (4.83)
ข้าราชการ	68 (20.54)
ธุรกิจส่วนตัว	119 (35.95)
นักเรียน/นักศึกษา	3 (0.91)
11. รายได้	
<8,000	60 (18.13)
8,000-12,000	99 (29.91)
>12000	32 (9.67)
ไม่มีรายได้	140 (42.29)

พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสบิดามารดา ก่อนการติด
ยาสมรส ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสบิดามารดาปัจจุบันสมรส สมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่มากกว่า 3

คน มีประเภทครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว พบว่ามีการทะเลาะกันบ้าง ส่วนใหญ่แล้วอยู่ใครครอบครัว รู้สึกสนุกสนาน มีเพียงบางส่วนที่มีความรู้สึกเครียดและน่าเบื่อ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีธุรกิจส่วนตัว รองลงมาประกอบ อาชีพเกษตรกรรม ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ รองลงมามีรายได้ระหว่าง 8,000-12,000

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ทำการบำบัด (N=25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)
1. เพศ	
ชาย	22
หญิง	3
2. อายุ	
21-25 ปี	1
26-30 ปี	2
มากกว่า 30 ปี	22
3. สถานภาพ	
โสด	10
สมรส	14
แยกกันอยู่	1
4. ศาสนา	
พุทธ	25
5. การศึกษา	
ประถมศึกษา	1
มัธยมศึกษา	4
ประกาศนียบัตร	13
ปริญญาตรี	7
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
4,001-8,000	1
8,001-12,000	10
12,001-16,000	5
มากกว่า 16,000	7
ไม่มีข้อมูล	2

พบว่า ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ทำการบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี รองลงมา 26-30 ปี และ 21-25 ปีตามลำดับ มีสถานภาพส่วนใหญ่สมรส รองลงมาโสด และแยกกัน อยู่ตามลำดับ ส่วนใหญ่ศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาประกาศนียบัตร รองลงมาปริญญาตรี

มัธยมศึกษา และประถมศึกษาตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,001-12,000 รองลงมามากกว่า 16,000 มีรายได้ 12,001-16,000 ไม่มีข้อมูล และมีรายได้ 4,001-8,000 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 แสดงความคิดเห็นด้านสมรรถนะบุคลากรด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ตารางที่ 5 แสดงความคิดเห็นด้านสมรรถนะบุคลากรด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (N=25)

ข้อมูลความคิดเห็น	จำนวน
1. บทบาท/หน้าที่ในการบำบัด	
นักกายภาพบำบัด	1
อื่นๆ	24
2. ประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	
ต่ำกว่า 1 ปี	3
1-2 ปี	7
2-4 ปี	4
มากกว่า 4 ปี	11
3. หน้าที่ของหน่วยงานในการดูแลผู้ติดยาเสพติด	
บำบัดรักษา แบบครบตามรูปแบบ	24
อื่นๆ (แบบพี่ดูแลน้อง)	1
4. การจัดตั้งเป็นสถานบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522	
อยู่ระหว่างดำเนินการจัดตั้ง	25
5. ประเภทการขอจัดตั้งเป็นสถานบำบัดรักษา ผู้เสพยาเสพติดให้โทษประเภท	25
แบบผู้ป่วยใน ชั้นเตรียมการ ชั้นถอนพิษยา และชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ	
6. อัตรากำลังด้านบุคลากร ที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	
มี 12 คน เป็นเจ้าหน้าที่ช่วยในการบำบัดรักษา	25
7. รูปแบบ วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	
เหมือนกันทุกประเภทใช้สมุนไพร ระเบียบวินัย ศาสนา	25
8. การติดตามหลังการจำหน่าย	

ข้อมูลความคิดเห็น	จำนวน
ยังไม่มี การติดตาม	25
9. วิธีการติดตาม	
ยังไม่มีวิธีการติดตาม	25
10. บุคลากรที่ไปติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย คือ	
อื่นๆ (ยังไม่มี การเยี่ยมบ้าน)	25
11. กิจกรรมระหว่างการติดตาม	
ยังไม่มีวิธีการติดตาม	25
12. ความคิดเห็นต่อความจำเป็นในการติดตามผล	
จำเป็น	23
ไม่จำเป็น	2
13. ความต้องการมีระบบการติดตาม	
มี	19
ไม่มี	6
14. บทบาทหน้าที่ในทีมบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	
ตรวจวินิจฉัย และสั่งการรักษา	1
การให้คำปรึกษาในสถานบำบัดฯ	13
ติดตามระหว่างการบำบัดรักษา	10
อื่น ๆ ไม่ระบุ	1
15. การได้รับการพัฒนาศักยภาพ / ผ่านการอบรม	
การให้คำปรึกษาในสถานบำบัดฯ	2
การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กลุ่มผู้เสพ / ผู้ติด / ผู้ติดยารุนแรง	8
เรียนรู้งานเองที่สอนน้อง	15
16. ความคิดเห็นต่อผู้ที่เข้ามารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในหน่วยงาน	
เป็นผู้ป่วยปกติ เหมือนผู้ป่วยทั่วไป	12
มีความบกพร่องทางพฤติกรรม การใช้ชีวิตประจำวัน	3
ต้องให้ความช่วยเหลือ	6
เป็นปัญหาสังคม	4
17. สร้างแรงสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดรับการบำบัดรักษา อยู่ครบกำหนดตามเกณฑ์	
ให้ญาติ / ครอบครัว มาร่วมกิจกรรม	25

ข้อมูลความคิดเห็น	จำนวน
18. วิธีการบำบัดผู้ติดยา ด้วยวิธีใดบ้าง (ปฏิบัติงานจริง)	
ให้คำปรึกษาในสถานบำบัด	6
อื่นๆ	19
19. ปัจจัยสนับสนุนให้อยู่รับการรักษาระบบตามเกณฑ์	
ครอบครัว/ญาติ	25

พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ทำการบำบัด มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ มากกว่า 4 ปี ให้การบำบัดรักษาแบบครบตามรูปแบบ โดยหน่วยงานอยู่ระหว่างดำเนินการจัดตั้งเป็น สถานบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มี อัตรากำลังด้านบุคลากร ที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน 12 คน ทั้งหมดเป็น เจ้าหน้าที่ช่วยในการบำบัดรักษา เจ้าหน้าที่เรียนรู้งานเองแบบพี่สอนน้อง รองลงมาผ่านการอบรม ความรู้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กลุ่มผู้เสพ / ผู้ติด / ผู้ติดยาเสพติด ทักษะคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้เข้า รับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยปกติ เหมือนผู้ป่วยทั่วไป สำหรับวิธีการติดตามผู้บำบัดแบบครบตาม เกณฑ์ ยังไม่มีวิธีการติดตาม รวมทั้ง มีวิธีการสร้างแรงสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดรับการบำบัดรักษา อยู่ครบกำหนดตามเกณฑ์โดยการให้ญาติ/ ครอบครัว มาร่วมกิจกรรม และมีปัจจัยสนับสนุนที่มีความ สำคัญทำให้ผู้ติดยาเสพติด อยู่รับการบำบัดฯ ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่คือครอบครัว/ญาติ

ตอนที่ 3 ผลสำเร็จรายด้านจากผลของการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณา การด้านการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ 6 แสดงผลสำเร็จรายด้านจากผลของการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูร ณาการด้านการแพทย์แผนไทย (N=331)

ข้อมูลรายด้าน	ระยะเวลาการติดตามผลหลังจำหน่าย			รวม (คน)	ร้อยละ
	3 เดือน (คน)	6 เดือน (คน)	1 ปี (คน)		
1. ด้านการกลับไปเสพยา					
ซ้ำ					
- เลิกได้	69	65	71	205	61.93
- เลิกไม่ได้	41	45	40	126	38.07

ข้อมูลรายด้าน	ระยะเวลาการติดตามผลหลังจำหน่าย			รวม (คน)	ร้อยละ
	3 เดือน (คน)	6 เดือน (คน)	1 ปี (คน)		
2. ด้านสุขภาพกายและจิตใจ					
- แข็งแรง	106	101	109	316	95.47
- อ่อนแอ	4	5	2	11	3.32
- เจ็บป่วย	0	4	0	4	1.21
3. ด้านการประกอบอาชีพ/การมีรายได้					
- ส่งเสริมการศึกษาต่อ	1	7	10	18	5.44
- ส่งเสริมให้มีอาชีพ/รายได้	106	103	101	310	93.65
- ดูแลใกล้ชิด	3	0	0	3	0.91
4. ด้านสังคม					
- ยอมรับ/ช่วยเหลือ	14	14	15	43	12.99
- อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้	95	94	96	285	86.10
- ไม่ยอมรับ	1	2	0	3	0.91
5. ด้านความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม					
5.1 ด้านการยอมรับ					
- สูง (35)	110	110	110	330	99.70
- ปานกลาง (32-34)	0	0	0	0	0
- ต่ำ (29-31)	1	0	0	1	0.30
5.2 ด้านความสับสน					
- สูง (17-18)	96	104	110	310	93.66
- ปานกลาง (15-16)	12	6	1	19	5.74
- ต่ำ (12-14)	2	0	0	2	0.60
5.3 ด้านการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอน					
- สูง (36-38)	96	106	107	309	93.35
- ปานกลาง (33-35)	12	3	2	17	5.14
- ต่ำ (30-32)	2	1	2	5	1.51

พบว่า ด้านการกลับไปเสพยาซ้ำ ผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามหลังการจำหน่าย เป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ส่วนใหญ่สามารถเลิกได้ ด้านสุขภาพกายและจิตใจส่วนใหญ่สุขภาพร่างกาย

แข็งแรง รองลงมาสุขภาพร่างกายอ่อนแอ ด้านการประกอบอาชีพ/การมีรายได้ ส่วนใหญ่ส่งเสริมให้มีอาชีพ/รายได้ รองลงมาส่งเสริมการศึกษาต่อ และดูแลใกล้ชิดตามลำดับ ด้านสังคม ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ รองลงมายอมรับ/ช่วยเหลือ ด้านความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการยอมรับส่วนใหญ่มีการยอมรับสูง ด้านความสับสนส่วนใหญ่มีความสับสนสูง และด้านการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงสูง

ตอนที่ 4 ข้อมูลการเปรียบเทียบความสัมพันธ์

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยทำนายต่อการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด (N=331)

ข้อมูลทั่วไป	crude OR(95%CI)	adj. OR(95%CI)	P(Wald's test)	P(LR-test)
1. อายุ				0.07
25-30	0.81 (0.47,1.4)	0.39 (0.18,0.83)	0.014	
>30	1.12 (0.66,1.92)	0.45 (0.2,0.99)	0.048	
ไม่มีข้อมูล	0.63 (0.12,3.36)	0.36 (0.05,2.78)	0.327	
2. สถานภาพสมรส				0.039
สมรส	1.49 (0.91,2.41)	2.44 (1.23,4.83)	0.01	
อยู่ย่ำร้าง	3.13 (0.99,9.93)	2.35 (0.63,8.71)	0.201	
แยกกันอยู่	1.96 (0.39,9.95)	3.96 (0.58,27.19)	0.162	
3. การศึกษา				0.92
มัธยมศึกษา/ปวช.	0.88 (0.51,1.51)	1.02 (0.52,1.99)	0.963	
อนุปริญญา/ปวส.	0.94 (0.38,2.34)	1.42 (0.45,4.45)	0.544	
ปริญญาตรี	1.04 (0.39,2.73)	1.24 (0.36,4.27)	0.731	
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				< 0.001
8000-12000	0.36 (0.17,0.74)	0.3 (0.13,0.71)	0.006	
>12000	0.45 (0.17,1.21)	0.24 (0.08,0.78)	0.017	
ไม่มีรายได้	2.02 (1.09,3.76)	3.85(0.73,20.19)	0.111	
5. อาชีพ				0.019
รับจ้าง	0.41 (0.16,1.1)	0.47 (0.16,1.42)	0.181	
ไม่มีอาชีพ	2.92 (1.51,5.66)	0.48 (0.09,2.53)	0.388	
ข้าราชการ / พนักงานรัฐ	0.39 (0.12,1.3)	0.39 (0.09,1.63)	0.194	
ธุรกิจส่วนตัว	0.85 (0.41,1.8)	0.76 (0.31,1.85)	0.551	
นักเรียน/นักศึกษา	0.74 (0.28,1.97)	0.09 (0.01,0.6)	0.013	

ข้อมูลทั่วไป	crude OR(95%CI)	adj. OR(95%CI)	P(Wald's test)	P(LR-test)
6. ประเภทสารเสพติดที่ใช้				0.788
ใช้สารเสพติด 2 ชนิดร่วมกัน	0.66 (0.38,1.15)	0.79 (0.4,1.56)	0.502	
ใช้สารเสพติดมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป	0.92 (0.5,1.68)	0.99 (0.47,2.06)	0.972	
7. สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก				0.76
อยากลอง	0.64 (0.33,1.24)	0.72 (0.31,1.68)	0.452	
ความสนุกสนาน	0.66 (0.31,1.39)	0.62 (0.24,1.6)	0.323	
ไม่สบายใจ	1.14 (0.32,4.09)	0.97 (0.23,4.19)	0.97	
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา				< 0.001
2 ครั้ง	5.92 (3.25,10.78)	5.17 (2.59,10.32)	< 0.001	
3 ครั้ง	2.39 (0.97,5.9)	1.33 (0.44,4)	0.607	
4 ครั้ง	5.26 (1.28,21.66)	8.66 (1.72,43.58)	0.009	

Log-likelihood = -168.449

No. of observations = 331

AIC value = 388.898

พบว่า ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา ประเภทสารเสพติดที่ใช้ สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรส (p-value = 0.039) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (p-value =< 0.001) อาชีพ (p-value = 0.019) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา (p-value =< 0.001) มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 8 แสดงปัจจัยทำนายต่อการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดสอบถามจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัด (N=331)

ข้อมูลทั่วไป	crude OR(95%CI)	adj. OR(95%CI)	P(Wald's test)	P(LR-test)
1. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของบิดามารดาของผู้ผ่าน				0.668

ข้อมูลทั่วไป	crude OR(95%CI)	adj. OR(95%CI)	P(Wald's test)	P(LR-test)
การบำบัด				
ทะเลาะกันเป็น บางครั้ง	0.95 (0.15,5.82)	0.9 (0.11,7.58)	0.919	
ต่างคนต่างอยู่	0.56 (0.06,5.22)	0.44 (0.03,5.73)	0.529	
อื่นๆ	0.92 (0.15,5.69)	0.69 (0.08,5.93)	0.736	
2. การศึกษา				0.145
ประถมศึกษา	3.87 (0.44,34.24)	8.43 (0.8,88.61)	0.076	
มัธยมศึกษา/ปวช.	2.69 (0.3,23.96)	4.83(0.46,51.24)	0.191	
อนุปริญญา/ปวส.	2.32 (0.25,21.93)	4.8(0.42,55.06)	0.208	
ปริญญาตรี	3.47 (0.38,31.55)	5 (0.44,56.56)	0.193	
สูงกว่าปริญญาตรี	2.22 (0.19,25.72)	1.83 (0.12,27.43)	0.662	
3. อาชีพ				0.234
รับจ้าง	0.68 (0.3,1.51)	0.77 (0.3,1.96)	0.586	
ไม่มีอาชีพ	0.72 (0.23,2.25)	0.58 (0.17,2.03)	0.395	
ข้าราชการ / พนักงานรัฐ	1.1 (0.58,2.11)	1.69 (0.67,4.27)	0.264	
ธุรกิจส่วนตัว	1.07 (0.6,1.88)	1.26 (0.63,2.53)	0.505	
นักเรียน/นักศึกษา	0 (0.0)	0 (0.0)	0.986	
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				< 0.001
เดือน	0.36 (0.17,0.74)	0.32 (0.15,0.68)	0.003	
8000-12000	0.45 (0.17,1.21)	0.38 (0.13,1.11)	0.077	
>12000	2.02 (1.09,3.76)	2.38 (1.2,4.71)	0.013	
ไม่มีรายได้				

Log-likelihood = -186.6214

No. of observations = 331

AIC value = 417.2428

พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของบิดามารดาของผู้ผ่านการบำบัด การศึกษา อาชีพ ไม่มี
ความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดสอบถามจากผู้ที่มีความสัมพันธ์
ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (p-value
=< 0.001) มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดสอบถามจากผู้ที่มี
ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจัยเชิงคุณภาพ

แบบสัมภาษณ์กลุ่ม

เป็นการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการบำบัด โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) ซึ่งผลการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่บำบัด (N=12)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
1. เพศ	
ชาย	10 คน
หญิง	2 คน
2. อายุ	
21-25 ปี	1 คน
26-30 ปี	5 คน
มากกว่า 30 ปี	6 คน
3. สถานภาพ	
โสด	3 คน
สมรส	7 คน
แยกกันอยู่	2 คน
4. ศาสนา	
พุทธ	12 คน
5. การศึกษา	
ประถมศึกษา	1 คน
มัธยมศึกษา	4 คน
ประกาศนียบัตร	5 คน
ปริญญาตรี	2 คน
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
4,001-8,000	1 คน
8,001-12,000	7 คน
12,001-16,000	2 คน
มากกว่า 16,000	1 คน
ไม่มีข้อมูล	1 คน

พบว่า ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่บำบัด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า 30 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาประกาศนียบัตร และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,001-12,000 บาท

จากการทำสนทนากลุ่มบุคคลากรเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการบำบัด ได้ให้ข้อมูล 4 ประเด็นหลักดังนี้ 1) ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ไม่กลับไปเสพยาซ้ำ ทั้งด้านตัวผู้ติดยาเสพติด ด้านสังคม/ชุมชน และด้านผู้ให้การบำบัด 2) รูปแบบที่เหมาะสมต่อหน่วยงาน 3) ข้อดีและข้อเสียของรูปแบบการบำบัดของหน่วยงาน และ 4) ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านการบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นที่หนึ่ง ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ไม่กลับไปเสพซ้ำ ประกอบด้วย ด้านตัวผู้เสพ ด้านสังคม/ชุมชน และด้านผู้ให้การบำบัด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ดังนี้

ด้านตัวผู้เสพ พบว่า การที่จะไม่ให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปเสพยาซ้ำ ต้องขึ้นอยู่กับตัวผู้ผ่านการบำบัดเองจิตใจจะต้องเข้มแข็ง มีการจัดสภาพแวดล้อมการเป็นอยู่ การมีงานทำและมีอาชีพ หากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้ตัวเองมีเวลาว่าง หลีกเลี้ยงการมั่วสุม และต้องออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างสม่ำเสมอ อยู่กับสังคมให้ได้ ต้องรักษาสภาพร่างกาย เปรียบเทียบทัศนคติ แนวคิดต่างๆ ให้ฟัง โดยมีครอบครัวเป็นปัจจัยหลักร่วมด้วย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ว่า

“...1.ต้องมีใจที่เข้มแข็ง 2.ต้องให้อยู่กับสังคมให้ได้ 3.ต้องรักษาสภาพร่างกาย...”

(02)

“...เปรียบทัศนคติ แนวคิดต่างๆ และจิตใจที่เข้มแข็ง และการให้ชีวิตกับสภาพแวดล้อมการเป็นอยู่...” (04)

“...จิตใจเข้มแข็ง หากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้ตัวเองมีเวลาว่าง หรือหาอะไรทำ หลีกเลี้ยงการมั่วสุม...” (06)

“...ต้องออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสม่ำเสมอ ...” (11)

“...ครอบครัวเป็นปัจจัยหลัก และการติดตามของสถานบำบัด นอกจากนี้มีสภาพแวดล้อม การทำงานและอาชีพ...” (12)

นอกจากด้านตัวผู้เสพแล้ว ประเด็นที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือด้านสังคม ชุมชน เนื่องจากหลังจากผ่านการบำบัด ผู้ผ่านการบำบัดจะต้องกลับไปอยู่ในสังคม การเตรียมความพร้อมทางด้านสังคม ชุมชนจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้ผ่านการบำบัด ดังที่ได้กล่าวไว้ดังนี้

ด้านสังคม ชุมชน พบว่า สังคมต้องให้การยอมรับแก่ผู้ผ่านการบำบัด ให้โอกาสให้คำแนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด และหาทางป้องกัน สร้างเป็นชุมชนเข้มแข็งปลอดยาเสพติดโดยทุกภาคส่วน ให้มีส่วนร่วม ทั้งผู้นำชุมชนและเยาวชน มีการเสริมสร้างอาชีพและช่วยตรวจสอบดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ผ่านการบำบัดที่กลับไปอยู่ในสังคมได้สร้างอาชีพ และเป็นคนดีของสังคมเพื่อให้สังคมยอมรับ ดังที่ได้กล่าวไว้ดังนี้

“...ให้คำแนะนำ...” (01)

“...สังคมข้างนอกต้องให้โอกาส...” (03)

“...ต้องรวมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติด และหาทางป้องกันสร้างเป็นชุมชนเข้มแข็งปลอดยาเสพติดโดยทุกภาคส่วน ให้มีส่วนร่วม ผู้นำชุมชนจนถึงเยาวชน...” (04)

“...เสริมสร้างอาชีพและช่วยตรวจสอบดูแล...” (06)

“...สังคมต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่กลับจากการบำบัด สร้างอาชีพ...” (07)

“...สังคมรอบข้างต้องให้การยอมรับ...” (09)

“... ต้องเป็นคนดีเพื่อสังคมยอมรับ...” (11)

อีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดไม่กลับไปเสพยาซ้ำ คือด้านผู้ให้การบำบัดเนื่องจากผู้ผ่านการบำบัดได้รับการบำบัดรักษาจากผู้ให้การบำบัด การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ผ่านการบำบัดเพื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ดังที่ได้กล่าวไว้ดังนี้

ด้านผู้ให้การบำบัด พบว่า ต้องดูแลด้านการใช้ยาเสพติดในระหว่างการบำบัด ไม่ให้มีการกลับไปใช้ยาซ้ำ ให้การออกกำลังกาย ฝึกความอดทน รู้จักยอมรับตัวเอง ให้ความร่วมมือกับสถานบำบัด ปฏิบัติตัวตามเงื่อนไขและข้อตกลงกับญาติหลังจากบำบัด ให้ความรู้ เป้าหมายของชีวิต และทางเจ้าหน้าที่ควรให้กำลังใจกับผู้ปกครอง เพื่อไม่ให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปเสพยาซ้ำ ดังที่ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

“...ดูแลด้านยาเสพติด...” (01)

“...1.ให้การออกกำลังกาย 2.ต้องอดทนต่อสิ่งเสพติด...” (02)

“...ให้กำลังใจกับผู้ปกครอง...” (03)

“...ให้ความรู้ เป้าหมายของชีวิต...” (07)

“...ต้องยอมรับตัวเอง ให้ความร่วมมือกับสถานบำบัด ปฏิบัติตัวตามเงื่อนไขและข้อตกลงกับญาติหลังจากบำบัด ...” (12)

นอกจากปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ไม่กลับไปเสพยาซ้ำในด้านต่างๆ แล้ว รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการส่งผลกระทบต่อผลสำเร็จที่เกิดขึ้นในการบำบัดรักษา ดังที่ได้กล่าวไว้ดังนี้

ประเด็นที่สอง รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เหมาะสมกับหน่วยงาน

พบว่า รูปแบบของการบำบัดที่นี้ดี มีการดูแลและมีวิธีการบำบัด เช่น การใช้สมุนไพร ศาสนาซึ่งเป็นการขัดเกลากจิตใจ การมีกฎระเบียบต่างๆ ที่คุมเข้ม มีการทำชุมชนบำบัด และสร้างกิจกรรมเพื่อให้เด็กได้มีกำลังใจที่ดี รวมถึง มีการออกกำลังกายร่วมด้วย ซึ่งทางสถานบำบัดจะเน้นเป็นระบบปิด ดังที่ได้กล่าวไว้ดังนี้

“...รูปแบบของการบำบัดคืออยู่แล้ว...” (03)

“...การดูแลและวิธีการบำบัด รวมถึงกฎระเบียบต่างๆ...” (04)

“...ออกกำลังกาย และอบสมุนไพร ...” (05)

“...การทำชุมชนบำบัด และสร้างกิจกรรมเพื่อให้เด็กได้มีกำลังใจที่ดี ...” (06)

“...การใช้สมุนไพร กฎระเบียบ ศาสนา การขัดเกลากจิตใจ...” (07)

“...บำบัดแบบชุมชนบำบัด เน้นระบบปิด และกฎระเบียบที่แข็งแรง...” (05)

จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการบำบัดของหน่วยงานมีทั้งข้อดี และข้อเสีย ดังที่ได้กล่าวไว้ดังนี้

ประเด็นที่สาม ท่านคิดว่ารูปแบบการบำบัดในหน่วยงานของท่านมีข้อดี และข้อเสียอย่างไร

พบว่า ข้อดีของรูปแบบการบำบัดของหน่วยงานคือ สังคมยอมรับ เจ้าหน้าที่ดีทุกคน ทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการอยากยา เป็นสถานที่บำบัดแบบปิด 100 เปอร์เซ็นต์ และสร้างจิตสำนึกให้กับผู้ติดยา แนะนำให้ผู้ป่วยประพฤติตัวเองใหม่ มีกฎระเบียบที่เคร่งครัด ไม่มีสารเสพติดใดๆ ผู้ปกครองมีความพอใจมากที่นำผู้ป่วยมาบำบัด คนป่วยอยู่เป็นที่ ไม่สามารถเติมสารเสพติดเข้าไปในตัวได้ ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ ข้อเสียของรูปแบบการบำบัดของหน่วยงานคือ ยาเสพติดเป็นที่รังเกียจของสังคม ต้องอยู่ในบริเวณที่กำหนด และพื้นที่สถานบำบัดไม่เพียงพอ ดังที่ได้กล่าวไว้ดังนี้

“...ข้อดี เจ้าหน้าที่ดีทุกคน...” (01)

“...ข้อดีให้สังคมยอมรับ ข้อเสีย ยาเสพติดเป็นที่รังเกียจของสังคม...” (02)

“... ทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการอยากยา ...” (03)

“... ข้อดี เป็นสถานที่บำบัดแบบปิด 100 เปอร์เซ็นต์ และสร้างจิตสำนึกให้กับผู้ติดยา ...” (S04)

“... ข้อดี แนะนำให้ผู้ป่วยประพฤติตัวเองใหม่ ...” (05)

“... ข้อดี มีกฎระเบียบที่เคร่งครัด, ไม่มีสารเสพติดใดๆ, ผู้ปกครองมีความพอใจมากที่นำผู้ป่วยมาบำบัด ข้อเสีย อยู่ในบริเวณที่กำหนด พื้นที่ไม่เพียงพอ...” (07)

“... ข้อดี คนป่วยอยู่เป็นที่ ไม่สามารถเติมสารเสพติดเข้าไปในตัวได้ ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่...” (09)

“... ข้อเสีย ยังไม่ได้อบรมผู้ปกครองหรือญาติที่นำผู้ป่วยเข้ามาบำบัด อย่างต่อเนื่อง และยังไม่มีการฝึกอาชีพของผู้ป่วย...” (12)

นอกจากนี้ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านการบำบัด ถือเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อนำมาใช้พัฒนาและปรับปรุงหน่วยงาน ทั้งนี้กลุ่มเจ้าหน้าที่สถานบำบัด ได้เสนอแนะไว้ดังนี้

ประเด็นที่สี่ ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านการบำบัดรักษา

พบว่าช่วงฤดูฝนต้องดูแลเรื่องการตากผ้า ไม่ให้โดนฝน ด้านการบำบัดที่นี้ดีอยู่แล้ว และอยากให้มีหน่วยงานพัฒนาด้านอาชีพเข้ามาช่วยดูแลพัฒนาอาชีพให้แก่ผู้ป่วย อีกทั้งการร่วมมือกันทั้งผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่และตัวผู้ผ่านการบำบัดจะช่วยให้เกิดผลสำเร็จได้ดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ดังนี้

“... ช่วงฤดูฝน ดูแลเรื่องการตากผ้า ไม่ให้โดนฝน...” (01)

“... การบำบัดที่นี้ดีอยู่แล้ว...” (03)

“... อยากให้มีหน่วยงานพัฒนาด้านอาชีพเข้ามาช่วยดูแลพัฒนาอาชีพให้แก่ผู้ป่วย...” (07)

“... ผู้ปกครองต้องร่วมมือกับสถานบำบัดจะได้เข้าใจถึงอารมณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย จะได้แก้ปัญหาของผู้เสพได้อย่างต่อเนื่อง ...” (12)

แบบสัมภาษณ์ กิจกรรมคืนข้อมูลสู่ชุมชน

เป็นการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ผ่านการบำบัด ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ผ่านการบำบัด และบุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการบำบัด โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่ง

โครงสร้าง (Semi-Structure Interview) ประเด็นแนวทางการพัฒนาหน่วยงาน หรือรูปแบบการ
 บำบัด ซึ่งผลการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 10 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก (N=5)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
1. อายุ	
31-40	2 คน
41-50	2 คน
51-60	1 คน
2. สถานภาพสมรส	
คู่	5 คน
3. การศึกษา	
ประถมศึกษา	1 คน
มัธยมศึกษา/ปวช.	2 คน
ปริญญาตรี	2 คน
4. อาชีพปัจจุบัน	
เจ้าหน้าที่สถานบำบัด	2 คน
เกษตรกร	1 คน
รับจ้าง	1 คน
ธุรกิจส่วนตัว	1 คน
5. สถานภาพทางศาสนา	
พุทธ	5 คน
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
1,001-5,000	1 คน
5,001-10,000	1 คน
10,001-15,000	2 คน
> 15,000	1 คน

พบว่า ข้อมูลผู้ให้ข้อมูลหลัก ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี และ 41-50 ปี สถานภาพสมรสคู่
 การศึกษา ส่วนใหญ่มัธยมศึกษา/ปวช.และปริญญาตรี อาชีพเจ้าหน้าที่บำบัด นับถือศาสนาพุทธ
 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท

จากกิจกรรมคืนข้อมูลสู่ชุมชน พบว่า การจัดกิจกรรมคืนข้อมูลให้กับผู้ผ่านการบำบัด ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ผ่านการบำบัด และบุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการบำบัด เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผลที่ได้ทำให้แต่ละฝ่ายได้รู้ผลสำเร็จที่เกิดขึ้น สามารถนำมาปรับปรุงและพัฒนาบทบาทหน้าที่ของตนได้เป็นอย่างดี เช่น ฝ่ายเจ้าหน้าที่ได้ทราบประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นรู้ข้อดีข้อเสียของหน่วยงานของตน ได้ทราบว่าอนาคตจะต้องพัฒนาและปรับปรุงในด้านความรู้ของบุคลากร ด้านตัวแทนชุมชนเน้นการสร้างอาชีพให้กับผู้ผ่านการบำบัด และด้านผู้ผ่านการบำบัดเน้นโอกาสและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังที่ได้กล่าวไว้ดังนี้

“...นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้มาปรับปรุง การเก็บข้อมูลพื้นฐาน และได้รู้ถึงประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด...” (เจ้าหน้าที่ 01)

“...มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องจากการบำบัดแบบภูมิปัญญาชาวบ้านของตาทหลวงพร้อมมาเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้โปรแกรมชุมชนบำบัด และมีพยาบาลวิชาชีพจาก รพ.ธัญญารักษ์สงขลา เข้ามาดูแลและเป็นพี่ปรึกษามีพยาบาลประจำสถานบำบัด มีแพทย์เข้ามาดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช อนาคตมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ เพื่อพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง” (เจ้าหน้าที่ 02)

“...ติดตามผู้บำบัดอย่างต่อเนื่อง และหาอาชีพเสริมระหว่างมาอยู่ในการบำบัด...” (ตัวแทนจากชุมชน 01)

“...ดูแลผู้บำบัดอย่างละเอียด และติดตามอย่างต่อเนื่อง ให้โอกาสผู้บำบัด...” (ผู้ผ่านการบำบัด 01)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้ จากผลการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย ตามลำดับดังนี้

5.1 อภิปรายผล

5.2 สรุปผลการวิจัย

5.3 ข้อเสนอแนะการวิจัย

5.1 อภิปรายผล

จากการศึกษาผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า ด้านการกลับไปเสพยาซ้ำ เลิกได้ ร้อยละ 61.93 และเลิกไม่ได้ ร้อยละ 38.07 แตกต่างกับการศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ เนื่องจากหลังการจำหน่ายในระบบสมัครใจ สามารถหยุดเสพยาได้ทั้งหมดและมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 52.53 และ 46.84 ระบบบังคับบำบัดหยุดเสพได้ทั้งหมดและดีขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 61.19 และ 38.58 (พรรณี วาทีสุนทร และ กฤติกา เฉิดโฉม 2552) และแตกต่างกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติด ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังการรักษาครบ 1 ปี เลิกสารเสพติดได้ ร้อยละ 90.0 เสพติดยาซ้ำ ร้อยละ 10.0 (สุปราณี สูงแข็ง 2559) แตกต่างกับการศึกษากระบวนการไม่เสพยาซ้ำ กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด โดยผู้ได้รับการบำบัดต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของกระบวนการบำบัดฯในระบบบังคับบำบัดอย่างเคร่งครัด และการไม่เสพยาซ้ำ เกิดจากตัวของผู้ได้รับการบำบัดมีความต้องการหยุดเสพยาเอง เพราะมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มุ่งมั่นต่อการเลิกยา และมีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบำบัด (ปิยวรรณ ทศนาญชลี 2554) แตกต่างกับปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญพบว่า ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหลายประเภทมาเป็นเวลานาน มีผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ (อินทิรา อมรวงศ์ ม.ป.ป.)

ด้านสุขภาพกายและจิตใจ สุขภาพร่างกายแข็งแรง ร้อยละ 95.47 รองลงมาสุขภาพร่างกายอ่อนแอ ร้อยละ 3.32 และมีการเจ็บป่วย ร้อยละ 1.21 แตกต่างกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติด ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดอุดรธานี เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ผ่านการบำบัดต้องเข้ารับการบำบัดจนครบ 1 ปี และพบว่าหลังการรักษาครบ 1 ปี สุขภาพกายดี ร้อยละ 90.8 จิตใจดี ทำงานได้หรือเรียนได้ปกติ ร้อยละ 98.0 (สุปราณี สูงแข็ง 2559) แตกต่างกับการศึกษาการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ภูมิปัญญาไทย : กรณีศึกษาวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยพบว่าหลังการเข้ารับบำบัดรักษา เป็นเวลา 45 วัน ผู้ผ่านการเข้ารับการบำบัดรักษามีร่างกายแข็งแรงขึ้น ผิวพรรณดีขึ้น การขับถ่ายดีขึ้น จิตใจและอารมณ์ดีขึ้น การรับประทานอาหารดีขึ้น ไม่อยากยา และการนอนหลับดีขึ้น สำหรับการฟื้นฟูสุขภาพทางด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ ด้วยรูปแบบทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ฟังธรรม อบรม การท่องเที่ยวทกลอน สอนใจ การสอนให้ระลึกถึงพระคุณพ่อแม่ การปฏิบัติตัวในสังคม การดำรงชีวิต ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีจิตใจที่สงบ สบาย เข้มแข็งและมีเจตคติที่ดีมากขึ้น (ถนนอมศรี อิน

ทนนท์ และ ไหมไทย ศรีแก้ว 2549; วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. ม.ป.ป.; รักเกียรติ จิรันธร และคณะ 2551)

ด้านการประกอบอาชีพ/การมีรายได้ ส่งเสริมให้มีอาชีพ/รายได้ ร้อยละ 93.65 รองลงมาส่งเสริมการศึกษาต่อ ร้อยละ 5.44 และดูแลใกล้ชิด ร้อยละ 0.91 แตกต่างกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติด ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดอุดรธานี พบว่าหลังการรักษาครบ 1 ปี จิตใจดี ทำงานได้หรือเรียนได้ปกติ ร้อยละ 98.0 (สุปราณี สูงแข็ง 2559)

ด้านสังคม ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ร้อยละ 86.10 รองลงมายอมรับ/ช่วยเหลือ ร้อยละ 12.99 และไม่ยอมรับ ร้อยละ 0.91 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติด ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดอุดรธานี พบว่าหลังการรักษาครบ 1 ปี ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ร้อยละ 88.7 (สุปราณี สูงแข็ง 2559) และสอดคล้องกับประสิทธิผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ตำบลนาแวม อำเภอเมืองจังหวัดเลย เป็นการศึกษากลุ่มผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดในพื้นที่ตำบลนาแวม อำเภอเมืองจังหวัดเลยที่เป็นคนไทยและมีรายชื่อปรากฏอยู่ในทะเบียนฐานข้อมูลในระบบรายงาน บสต. พบว่าครอบครัวยอมรับ/ให้ความช่วยเหลือมากกว่า ชุมชน ดังนั้นในการกำหนดนโยบายและมาตรการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ควรผลักดันมาตรการลดมลทินทางสังคม และเพิ่มการยอมรับของชุมชน มาตรการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้มี ประวัติเกี่ยวข้องกับยาเสพติดสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้รวมถึงสามารถดำเนินชีวิตได้ อย่างปกติโดยไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (สิริพร ญาณจินดา และ มานพ คณะโต 2558) สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด จังหวัดมหาสารคามผู้ผ่านการบำบัดได้รับการยอมรับ จากสังคมมากขึ้น รู้จักช่วยทำงาน สภาพอารมณ์ดีขึ้น (สุนิรัตน์ ยั่งยืน และ สวรรค์ ธิติสุทธิ 2558)

ด้านความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการยอมรับ ส่วนใหญ่มีการยอมรับสูง ร้อยละ 99.70 ด้านความสับสน ส่วนใหญ่มีความสับสนสูง ร้อยละ 93.66 รองลงมามีความสับสนปานกลาง ร้อยละ 5.74 และมีความสับสนต่ำ ร้อยละ 0.60 ด้านการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอน ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงสูง ร้อยละ 93.35 รองลงมามีการเปลี่ยนแปลงปานกลาง ร้อยละ 5.14 และมีการเปลี่ยนแปลงต่ำ ร้อยละ 1.51 สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการดำเนินการค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดโดยเน้น การมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนได้ร่วมแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนอย่างแท้จริง ผู้ผ่านรับการบำบัดเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดี ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น (สุนิรัตน์ ยั่งยืน และ สวรรค์ ธิติสุทธิ 2558) และแตกต่างกับการศึกษาและการพัฒนาโปรแกรมการยอมรับตนเองของผู้ต้องขังตามหลักอิทธิบาท 4 พบว่าการศึกษารายการยอมรับ

ตนเองของผู้ต้องขังตามหลักอิทธิบาท 4 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการยอมรับตนเองของผู้ต้องขังตามหลักอิทธิบาท 4 ผู้ต้องขังมีการยอมรับตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (บุญเต็ม วัฒนพรหม 2553) แตกต่างกับการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีน พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเพศติดแอมเฟตามีนรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ทำให้ป้องกันการติดยาของผู้ป่วยได้ด้วย (ธนธิป หอมหวาน และคณะ 2557)

ปัจจัยทำนายต่อการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด พบว่า ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา ประเภทสารเสพติดที่ใช้ สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรส ($p\text{-value} = 0.039$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p\text{-value} = < 0.001$) อาชีพ ($p\text{-value} = 0.019$) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัด ($p\text{-value} = < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ โรงพยาบาลทุ่งสง พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อารี สุภาวงศ์ 2559) แตกต่างกับส่วนปัจจัยที่ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับการเสพยาซ้ำ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษา (ธนิตา ทิรัญเทพ และคณะ 2556) แตกต่างกับการศึกษากระบวนการไม่เสพยาซ้ำกรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด โดยผู้เข้ารับการบำบัดต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของกระบวนการบำบัดในระบบบังคับบำบัดอย่างเคร่งครัด และการไม่เสพยาซ้ำ เกิดจากตัวของผู้เข้ารับการบำบัดมีความต้องการหยุดเสพยาเอง เพราะมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มุ่งมั่นต่อการเลิกยา และมีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบำบัด (ปิยวรรณ ทศนาญชลี 2554) แตกต่างกับปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญพบว่า ด้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดหลายประเภทมาเป็นเวลานาน มีผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ (อินทิรา อมรวงศ์ ม.ป.ป.)

ปัจจัยทำนายต่อการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดสอบถามจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัด พบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของบิดามารดาของผู้ผ่านการบำบัด การศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดสอบถามจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p\text{-value} = < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดสอบถามจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัด

ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีผลต่อการกลับไปเสพยา (อินทิรา อมรวงศ์ ม.ป.ป.) แตกต่างกับการศึกษา กระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย ในสถานบำบัด อันดามัน ของภาคใต้ พบว่าในกระบวนการบำบัดรักษาจะมีกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่บำบัด คือ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา โดยสถานบำบัดมีแนวทางในการส่งเสริม เยาวชนให้เข้าสู่การบำบัดการเลิกใช้ยาด้วยความสมัครใจ และอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การ บำบัดรักษาและผู้รับการบำบัดรักษา ทำให้เยาวชนเข้าสู่ระบบสมัครใจบำบัดรักษามากขึ้น นอกจากนี้ การมีจิตสำนึก การปลูกฝังจิตสำนึกในครอบครัว การได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ได้รับการ ยอมรับจากบุคคลในสังคม การมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงบุคคลใกล้ชิด จึง ทำให้เยาวชนไทยคิดและตัดสินใจ สมัครใจเลิกใช้ยา เข้าสู่การบำบัดจนครบกระบวนการและไม่หวน กลับไปใช้ยาซ้ำ (เรื่องสิทธิ์ เนตรนวลใย และคณะ 2557) และแตกต่างกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด พบว่าการมีบุคคลในครอบครัว คอยให้ความช่วยเหลือ และสัมพันธ์ภาพในชุมชนที่มีการยอมรับและช่วยเหลือกัน (ธนิศา ทิรัญเทพ และคณะ 2556) แตกต่างกับปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด พบว่าร้อยละ 39.22 ของเยาวชนมีความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและ ปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดได้แก่ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถ ทำนายความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดได้ร้อยละ 15 (นุชนาถ แก้วมาตร และคณะ 2560) แตกต่างกับปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดของผู้ผ่าน การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญพบว่า ปัจจัยด้านสังคม ผลการวิจัยพบว่า การคบเพื่อนและกลุ่มสนับสนุนในการกลับคืนสู่สังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการ กลับไปเสพยา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้ศึกษาถึงประเด็น ชุมชนเป็นแหล่งจำหน่ายยาเสพติดหรือ เป็นผู้จำหน่ายยาเสพติดและในชุมชนมีแหล่งอบายมุข แหล่งสถานบันเทิง ผลการวิจัยพบว่า ชุมชน เป็นแหล่งจำหน่ายยาเสพติดหรือเป็นผู้จำหน่ายยาเสพติดและในชุมชนมีแหล่งอบายมุข แหล่งสถาน บันเทิง มีผลต่อการกลับไปเสพยา ปัจจัยลักษณะการประกอบอาชีพ ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะการ ประกอบอาชีพมีผลต่อการกลับไปเสพยา จากผลการศึกษา นอกจากปัจจัยที่กล่าวข้างต้นเป็นปัจจัย กระตุ้นที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาแล้ว ยังพบว่าทัศนคติส่วนบุคคลต่อการเสพยาและเลิกเสพยา เป็น ปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการกลับไปเสพยา และกลุ่มที่เสพยายังมีความเห็นว่า ตนเองไม่ได้ ติดยา มียาเสพก็เสพ ไม่มียาก็ไม่เสพ ซึ่งเป็นความเชื่อและทัศนคติที่ผิด ดังนั้น การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และความเชื่อใหม่ จึงเป็นเรื่องสำคัญ จึงควรมีการให้ความรู้และฝึกทักษะให้มีความเชื่อและมีทัศนคติ ที่ดีและถูกต้องในการไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดและการเลิกเสพยา ซึ่งจะส่งผลดีต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม และต้องเริ่มต้นและเน้นย้ำตั้งแต่วัยเด็กและเยาวชน (อินทิรา อมรวงศ์ ม.ป.ป.)

ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา จากการศึกษาพบว่า มีวิธีการสร้างแรงสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดรับการบำบัดรักษาอยู่ครบกำหนดตามเกณฑ์โดยการให้ญาติ/ ครอบครัว มาร่วมกิจกรรม ร้อยละ 100.00 และมีปัจจัยสนับสนุนที่มีความสำคัญทำให้ผู้ติดยาเสพติด อยู่รับการบำบัดฯ ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่คือครอบครัว/ญาติ ร้อยละ 100.00 สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมทั้ง 2 ระบบทั้งระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งประเด็นสำคัญของวิธีนี้ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้ารับการบำบัด สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดและญาติร่วมกันรับรู้ถึงวิธีการช่วยให้หยุดยาเสพติด และส่งเสริมไม่ให้เกิดกลับไปเสพซ้ำได้ (พรรณี วาทีสุนทร และ กฤติกา เฉิดโฉม 2552) สอดคล้องกับการนำความรู้ภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ด้วยระบบสมัครใจ เน้นการบำบัดรักษา 3 รูปแบบหลักได้แก่ 1) การควบคุมความประพฤติด้วยกฎระเบียบข้อบังคับ 2) การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยสมุนไพร และ 3) การฟื้นฟูจิตสังคมและจิตวิญญาณโดยปฏิบัติศาสนกิจ เป็นการฟื้นฟูสุขภาพด้านร่างกาย ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีร่างกายแข็งแรงขึ้น ผิวพรรณดีขึ้น การขับถ่ายดีขึ้น จิตใจและอารมณ์ดีขึ้น การรับประทานอาหารดีขึ้น ไม่อยากยา และการนอนหลับดีขึ้น สำหรับการฟื้นฟูสุขภาพทางด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ ด้วยรูปแบบทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ฟังธรรม อบรม การท่องเที่ยวทกลอนสอนใจ การสอนให้ระลึกถึงพระคุณพ่อแม่ การปฏิบัติตัวในสังคม การดำรงชีวิต ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีจิตใจที่สงบ สบาย เข้มแข็งและมีเจตคติที่ดีมากขึ้น (ถนอมศรี อินทนนท์ และ ไหมไทย ศรีแก้ว 2549; วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. ม.ป.ป; รักเกียรติ จิรันธร และคณะ 2551) สอดคล้องกับการทำสนทนากลุ่มตั้งคำถามที่พูดว่า “...รูปแบบของการบำบัดคืออยู่แล้ว...” (03) “...การดูแลและวิธีการบำบัด รวมถึงกฎระเบียบต่างๆ...” (04) “...ออกกำลังกาย และอบสมุนไพร ...” (05) “...การทำชุมชนบำบัด และสร้างกิจกรรมเพื่อให้เด็กได้มีกำลังใจที่ดี ...” (06) “...การใช้สมุนไพร กฎระเบียบ ศาสนา การขัดเกลาจิตใจ...” (07) “...บำบัดแบบชุมชนบำบัด เน้นระบบปิด และกฎระเบียบที่แข็งแรง...” (05) แตกต่างกับการศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจมีดังนี้ รูปแบบการบำบัดรักษาระบบสมัครใจ ใช้โปรแกรมมาตรฐานการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (จิต สังคมบำบัด) คิดเป็นร้อยละ 70.89 ค่าปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 13.92 และคลินิกให้คำปรึกษาในสถานบำบัด คิดเป็นร้อยละ 6.33 สำหรับระบบบังคับบำบัด เป็นผู้ป่วยตามกฎหมาย พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. 2545 แบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด จะได้รับการบำบัดในโปรแกรมของสำนักงานคุมประพฤติคิดเป็นร้อยละ 60.96 หลังการจำหน่ายในระบบสมัครใจ สามารถหยุดเสพยาได้ทั้งหมดและมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 52.53 และ 46.84 ระบบบังคับบำบัดหยุดเสพได้ทั้งหมดและดีขึ้น คิดเป็น ร้อยละ 61.19 และ 38.58 (พรรณี วาทีสุนทร และ กฤติกา เฉิดโฉม 2552) สำหรับการศึกษา

ในครั้งนีพบว่าผู้ผ่านการบำบัดสามารถเลิกยาได้ ร้อยละ 61.90 นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของกระบวนการกลุ่ม การฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่มีการฝึกพร้อมกับการใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตของผู้เสพยาเสพติด ที่รับการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี พบว่า กลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตพร้อมกับการใช้หลักศาสนาอิสลาม มีสุขภาพทางด้านจิตใจดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพียงอย่างเดียว (เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ 2551) และจากการศึกษาความคิดเห็นของผู้ติดยาเสพติด และครอบครัวที่มีต่อการนำศาสนามาเสริมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มต่อการนำศาสนามาเสริมการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก โดยให้ความคิดเห็นมากที่สุดด้านการนำหลักการทางศาสนามาดูแลผู้ติดยาเสพติด ต้องเน้นการปฏิบัติ การให้และเสริมความรู้ในหลักการทางศาสนาแก่ผู้ติดยาเสพติด ผู้นำศาสนาในชุมชน และผู้นำชุมชนจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดยาเสพติด (สิรินฎา ปูติ 2550) ซึ่งหากเปรียบเทียบกับกรบำบัดรักษาในสถานบำบัดภาครัฐที่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันล้วน พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดยังขาดการฟื้นฟูทางด้านสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ การปลูกฝังคำสอนจากศาสนาที่เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ และการปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดมีอิสระในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้คนปกติในระหว่างที่เข้ารับการบำบัดรักษา ดังนั้นการดำเนินการแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ศาสนาและระเบียบวินัยจึงเป็นทางเลือกและช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีจิตใจที่เข้มแข็ง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลิกใช้สารเสพติดได้ (สิรินฎา ปูติ 2550; เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ 2551; ปิยวรรณ ทศนาญชลี 2554, 37; มานพ คณะโต 2557)

5.2 สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ผ่านการบำบัด พบว่า เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 25-30 ปี ร้อยละ 29.31 และมีอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 29.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด รองลงมาสมรส การศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 62.84 รองลงมาประถมศึกษา ร้อยละ 22.66 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ รองลงมารายได้ 8,000-12,000 รายได้น้อยกว่า 8,000 และมีรายได้มากกว่า 12,000 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ รองลงมาธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม รับจ้าง นักเรียน/นักศึกษา และข้าราชการ/พนักงานรัฐ ตามลำดับ

สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัด พบว่า ส่วนใหญ่ศาสนาพุทธ รองลงมาศาสนาอิสลาม การศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา รองลงมา มัธยมศึกษา/ปวช. ปริญญาตรี อนุปริญญา/ปวส. สูงกว่าปริญญาตรี และไม่ได้รับการศึกษาตามลำดับ อาชีพส่วน

ใหญ่ธุรกิจส่วนตัว รองลงมาเกษตรกรรม ข้าราชการ/พนักงานรัฐ รับจ้าง ไม่มีอาชีพ และนักเรียน/นักศึกษาตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ รองลงมารายได้ 8,000-12,000 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของผู้ผ่านการบำบัด ส่วนใหญ่มากกว่า 3 คน ร้อยละ 82.78 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของบิดามารดาของผู้ผ่านการบำบัด ส่วนใหญ่ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง รองลงมาอื่นๆ ต่างคนต่างอยู่ และทะเลาะกันเป็นประจำตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ทำการบำบัด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี รองลงมา 26-30 ปี และ 21-25 ปี ตามลำดับ มีสถานภาพส่วนใหญ่สมรส รองลงมา โสด และแยกกันอยู่ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาประกาศนียบัตร รองลงมาปริญญาตรี มัธยมศึกษา และประถมศึกษา ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,001-12,000 รองลงมามากกว่า 16,000 มีรายได้ 12,001-16,000 ไม่มีข้อมูล และมีรายได้ 4,001-8,000 ตามลำดับ

ผลสำเร็จรายด้านจากผลของการเข้ารับการรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า ด้านการกลับไปเสพยาซ้ำ ผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามหลังการจำหน่าย เป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี สามารถเลิกได้ ร้อยละ 61.93 และเลิกไม่ได้ ร้อยละ 38.07 ด้านสุขภาพกายและจิตใจ ส่วนใหญ่สุขภาพร่างกายแข็งแรง รองลงมาสุขภาพร่างกายอ่อนแอ ด้านการประกอบอาชีพ/การมีรายได้ ส่วนใหญ่ส่งเสริมให้มีอาชีพ/รายได้ ร้อยละ 93.65 รองลงมาส่งเสริมการศึกษาต่อ ร้อยละ 5.44 ด้านสังคม ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ รองลงมายอมรับ/ช่วยเหลือ ด้านความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการยอมรับ ส่วนใหญ่มีการยอมรับสูง ด้านความสับสน ส่วนใหญ่มีความสับสนสูง รองลงมาไม่มีความสับสนปานกลาง และด้านการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอน ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงสูง รองลงมาไม่มีการเปลี่ยนแปลงปานกลาง

ปัจจัยทำนายต่อการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด พบว่า ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา ประเภทสารเสพติดที่ใช้ สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรส ($p\text{-value} = 0.039$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p\text{-value} = < 0.001$) อาชีพ ($p\text{-value} = 0.019$) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ($p\text{-value} = < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ปัจจัยทำนายต่อการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดสอบถามจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัด พบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของบิดามารดาของผู้ผ่านการบำบัด การศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดสอบถามจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p\text{-value} = < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำ

ของผู้ผ่านการบำบัดสอบถามจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ทำการบำบัด มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่มากกว่า 4 ปี ร้อยละ 44.00 ให้การบำบัดรักษาแบบครบตามรูปแบบร้อยละ 96.00 มีอัตรากำลังด้านบุคลากร ที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน 12 คน ทั้งหมดเป็นเจ้าหน้าที่ช่วยในการบำบัดรักษา เจ้าหน้าที่เรียนรู้งานเองแบบพี่สอนน้อง ร้อยละ 60.00 รองลงมาผ่านการอบรมความรู้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กลุ่มผู้เสพ / ผู้ติด / ผู้ติดรุนแรง ร้อยละ 32.00 ทักษะคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยปกติ เหมือนผู้ป่วยทั่วไป ร้อยละ 48.00 สำหรับวิธีการติดตามผู้บำบัดแบบครบตามเกณฑ์ ยังไม่มีวิธีการติดตาม ร้อยละ 100 รวมทั้ง มีวิธีการสร้างแรงสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดรับการบำบัดรักษาอยู่ครบกำหนดตามเกณฑ์ โดยการให้ญาติ/ ครอบครัว มาร่วมกิจกรรม ร้อยละ 100.00 และมีปัจจัยสนับสนุนที่มีความสำคัญทำให้ผู้ติดยาเสพติด อยู่รับการบำบัดฯ ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่คือครอบครัว/ญาติ ร้อยละ 100.00 และจากการศึกษาพบว่า นอกจากประกอบด้วยกระบวนการบำบัดรักษา ยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพแล้ว ยังต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมอันประกอบด้วยผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้รักษาที่มีเป้าหมายร่วมกัน คือ (1) มีรูปแบบการบำบัดที่บูรณาการรักษา เป็นการบำบัดโดยมุ่งเน้นที่ศักยภาพของผู้ป่วย และการบูรณาการศาสตร์การรักษาเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย การใช้ยาสมุนไพร ศาสนบำบัด หรือจิต-สังคัมบำบัด ที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านกระบวนการถอนยาในช่วงล้างพิษได้อย่างปลอดภัย และเสริมความแข็งแกร่งของสมรรถนะทางใจให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้โดยไม่หวนกลับไปเสพยาซ้ำ รวมทั้งการติดตามให้กำลังใจเมื่อผู้ผ่านการบำบัดได้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชนของตนเอง (2) การทำงานเป็นทีม โดยผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง และครอบครัวให้การยอมรับว่า การเสพติดคือการเจ็บป่วย เชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยว่าเขาจะต้องเลิกได้ พร้อมทั้งเปิดใจเรียนรู้ร่วมกันกับผู้ป่วยและทีมผู้รักษาที่จะค้นหาวิธีการที่ดีที่สุดร่วมกัน อีกทั้ง การมีทีมผู้รักษาที่เสียสละทุ่มเทกายใจในการทำงานร่วมกับผู้ป่วยและญาติอย่างใกล้ชิด

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.1.1 ระดับบุคคล

5.3.1.1.1 เสริมสร้างสมรรถนะทางจิตใจของผู้เข้ารับการบำบัด ให้เรียนรู้วิธีการจัดการรับมือกับความยากลำบากในระหว่างการบำบัด การจัดการความเครียดและสิ่งช่วยเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้พวกเขาอยากใช้สารเสพติด

5.3.1.2 ระดับครอบครัว

5.3.1.2.1 เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้เลิกใช้สารเสพติด โดยให้ครอบครัวมีบทบาทร่วมวางแผน ค้นหาวิธีการและแรงจูงใจ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ร่วมปฏิบัติและดูแลผู้ติดยาเสพติดตั้งแต่เข้ารับการบำบัด จนกระทั่งกลับมาใช้ชีวิตในสังคมและร่วมประเพณีผลสำเร็จ

5.3.1.2.2 ส่งเสริมการมีอาชีพหรือการศึกษาต่อ ให้กับผู้ผ่านการบำบัดเมื่อกลับมาใช้ชีวิตในสังคม เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ

5.3.1.3 ระดับชุมชน

5.3.1.3.1 เริ่มปลูกฝังความรู้ ความเข้าใจ ทักษะต่อการเลิกใช้สารเสพติด และโทษของการติดยาเสพติด ให้กับเด็กๆ ตั้งแต่ในศูนย์การศึกษา

5.3.1.4 ระดับองค์กรหน่วยงานบำบัด

5.3.1.4.1 จัดเวทีแลกเปลี่ยนการบูรณาการรูปแบบ/โปรแกรมการบำบัดกับศาสตร์ต่างๆ เช่น การแพทย์แผนไทย แก่องค์กรหน่วยงานบำบัด

5.3.1.4.2 จัดอบรมให้ความรู้เรื่องสารเสพติดแก่เจ้าหน้าที่บำบัด

5.3.1.4.3 จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ และแนวทางการสร้างอาชีพ ให้กับผู้เข้าร่วมการบำบัด เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และมีแนวทางการประกอบอาชีพในอนาคต

5.3.1.4.4 จัดโครงการอบรมธรรมะกับการเลิกสารเสพติดให้กับผู้เข้ารับการบำบัด โดยใช้หลักคำสอนของศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการเลิกสารเสพติด

5.3.1.5 ระดับภาครัฐ

5.3.1.5.1 สถานพยาบาลทุกแห่งควรจัดให้มีบริการเลิกสารเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย และส่งเสริมให้ผู้ประสงค์จะเลิกสารเสพติดเข้าถึงการเลิกสารเสพติดได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

5.3.1.5.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรดำเนินการเชิงรุกในการช่วยเลิกสารเสพติด โดยตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการคัดกรองผู้ติดยาเสพติด และควรได้รับการอบรมความรู้เรื่องแนวทางการเลิกสารเสพติด

5.3.1.5.3 บุคลากรสาธารณสุขควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model (TTM) / stage of change model) ในการช่วยผู้ติดยาเสพติดเลิกสารเสพติด

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 เพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาให้ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้นำชุมชน เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดได้

5.3.2.2 เพิ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเจ้าหน้าที่บำบัด และผู้ผ่านการบำบัด เพื่อให้ได้ข้อมูลแนวทางและอุปสรรคในการให้บริการโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย จากเจ้าหน้าที่บำบัด และได้ข้อมูลผลสำเร็จที่เกิดขึ้นหลังเข้ารับการบำบัดในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดที่ได้ติดตามในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี ที่ละเอียดมากขึ้น

5.3.2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหาแนวทางที่ได้มาตรฐาน ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการ ในพื้นที่นาร่อง

5.3.2.4 การวิจัยกึ่งทดลอง โดยนำความรู้ไปออกแบบพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย

บรรณานุกรม

- กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ป. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมประพฤติ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ม.ป.ป. การติดตามและการเฝ้าระวังผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชน. www.angthong.go.th/2554/images/A_info/040857-3.ppt. (สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2558).
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. 2558. บทความวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย http://www.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=30&Itemid=226. (สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2559).
- กลุ่มงานบริการวิชาการ 3 สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. 2558. แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2557. แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2558.
- กลุ่มฝึกทักษะเล็กยาระยะเริ่มต้น. ม.ป.ป. การเปลี่ยนทางร่างกายในระยะเล็กยา. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GozV5wcSckgJ:wwwnno.moph.go.th>. (สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2558).
- กฤษดา ปาสาลี. ม.ป.ป. การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดด้วยการแพทย์ผสมผสาน. http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_attachments&task=download&id=1052. (สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2558).
- กฤติยา ไชยนอก. 2015. ฝึกคุณ. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th>. (สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2559).
- ข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์. 2557. สถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาในปี 2558-2560. <https://www.oncb.go.th/Pages/main.aspx>. (สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2558).
- คณะเภสัชมหาวิทยาลัยมหิดล. 2015. มหาหิงคุ์. <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th>. (สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2558).
- คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.). 2557. แนวทางการติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. www.lampang.go.th/public58/img026.pdf (สืบค้นเมื่อ 6 มกราคม 2559).

- คณะกรรมการจัดทำตำราอ้างอิงยาสมุนไพรไทย ในคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา
การแพทย์แผนไทย. 2557. ชมันัน. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก* 12(3): 245-250.
- คณะกรรมการจัดทำตำราอ้างอิงยาสมุนไพรไทย ในคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา
การแพทย์แผนไทย. 2557. พิมเสน. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก* 12(1): 81-87.
- ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงศ์. 2556. คู่มือเภสัชกรรมแผนไทย เล่ม 2 เครื่องยาพฤกษวัตถุ.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงศ์. 2556. คู่มือเภสัชกรรมแผนไทย เล่ม 4 เครื่องยาธาตุวัตถุ.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- ชยันต์ พิเชียรสุนทร และ วิเชียร จีรวงศ์. 2556. คู่มือเภสัชกรรมแผนไทย เล่ม 5 คณาเภสัช. พิมพ์ครั้งที่
ที่ 3. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- ชยันต์ พิเชียรสุนทร ศุภชัย ดิยวรรณท์ และ วิเชียร จีรวงศ์. 2556. คู่มือเภสัชกรรมแผนไทย เล่ม 6
เภสัชกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- ฐานันย์ เขียวจิ้น และ สนั่น ศุภธีรสกุล. 2556. โรคอ้วนกับภูมิปัญญาไทย. *วารสารการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก* 11(1): 17-28.
- ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. ข้า.
<http://www.phargarden.com/main.php?action=viewpage&pid=22>.
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).
- ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. ชุมเห็ดเทศ.
<http://www.phargarden.com/main.php?action=viewpage&pid=40>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2558).
- ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. เทียนขาว.
<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=66>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).
- ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. เทียนข้าวเปลือก.
<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=67>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).
- ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. เทียนแดง.
<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=69>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. เทียนดำ.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=68>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2558).

ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. เทียนตาตักแตน.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=70>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. บุนนาค.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=80>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. บอระเพ็ด.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=76>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. บัวหลวง.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=24>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. พิภูล.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=92>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. มะกรูด.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=99>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. มะขามป้อม.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=101>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. ยาดำ.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=112>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. สมอไทย.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=132>
(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. สมอพิเภก.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=133>.

(สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).

ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2010. หอมหัวแดง.

<http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=145>.

(สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2558).

ทัชมาวรรณ ดีประเสริฐ. 2557. บทความด้านยาเสพติด เยาวชนกับยาเสพติด. ศูนย์สารสนเทศ สปข.

1. http://region1.prd.go.th/ewt_news.php?nid=913. (สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2559).

ณัฐรุจ สิบหมู่. 2553. เภสัชวิทยา. ยาด้านโรคจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์ฮออลิสติก พับ
ลิชซึ่ง จำกัด.

ดารณี สืบจากดี. ม.ป.ป. Stages of Change ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง. office.bangkok.go.

th/doh/daptd/article/OLD_articles/article_07.doc (สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2558).

ถนอมศรี อินทนนท์ และไหมไทย ศรีแก้ว. 2549. การบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าโดยใช้ภูมิปัญญาไทย :

กรณีศึกษาวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก* 4,no.2. <http://thaicamdb.info/article.php?article=231>.

ไทยเกษตรศาสตร์. 2013. สารสี. <http://www.thaikasetsart.com>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม

2559).

ธนาธิป หอมหวาน และคณะ. 2557. การเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นเสพยา

แอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

file:///C:/Users/Xnet/Downloads/24547-Article%20Text-53967-1-10-

20141127.pdf. (สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2561).

ธนิตา หิรัญเทพ และคณะ. 2556. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการรักษาใน

ระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556; 58(2): 157-

164. <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-2/03-Thanita.pdf> (สืบค้น

เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2560).

ธัญญ์วัฒน์ มงคลชัยภักดิ์, สรเพชร มาสุต และ ปภาวดี สุฉันทบุตร. 2554. การเพาะเลี้ยงเนื้อเยื่อ

เถาวัลย์เปรียง และปริมาณสารสำคัญ. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์*

ทางเลือก 9(2): 100-108.

ธรรมรัตน์ แววศรี. 2555. ความสำคัญของวัดที่มีต่อวิถีชีวิตคนไทย. <http://thammarat5263>.

- blogspot.com/. (สืบค้นเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2559).
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. 2556. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด. *ธรรมศาสตร์เวชสาร* 13(1): 98-108.
- นันท์ธิดาภรณ์ มะละศิลป์ และ สุนิสา ปรีชาวงศ์. 2557. ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 6, 1(มกราคม-มิถุนายน): 1-14. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:j_L3Y_RU3kUJ:www.tcithaijo.org/index.php/policenurse/article/download/21898/19981+&cd=9&hl=th&ct=clnk&gl=th.
- นายิกา เทพขุน และคณะ. 2557. ประสิทธิภาพของตารางจัดต่อการถอนพิษยาผู้ป่วยยาเสพติดประเภทยาบ้า ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2/_2/outside/imrta/57_/10.pdf. (สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2558).
- นุชนาถ แก้วมาตร และคณะ. 2560. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* ปีที่ 11 ฉบับที่ 1: มกราคม – มิถุนายน 2560. (สืบค้นเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2560).
- นิศารัตน์ ศิริวัฒน์เมธานนท์. 2015. มหาหิงค์. คณะเภสัช มหาวิทยาลัยมหิดล. <http://www.pharmacymahidol.ac.th/th/knowledge/article/247>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2559).
- นินนาท อินทฤทธิ, ภาณุรัฐ เตชะยนต์, และ อรุณพร อิฐรัตน์. 2556. ฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็ง และฤทธิ์ต้านแบคทีเรียของยางจากต้นรงทองและยางจากต้นรงทองสะตุ. *วารสารหมอยาไทยวิจัย*, no.1 (มกราคม-มิถุนายน): 67-76. <http://ctam.ubru.ac.th/Research/images/stories/foot/67-77.pdf>.
- แนนน้อย ย่านวารี. 2010. การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ. http://ismbas.blogspot.com/2010/09/blog-post_14.html. (สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2558).
- บุญเต็ม วัฒนพรหม. 2553. การศึกษาและการพัฒนาโปรแกรมการยอมรับตนเองของผู้ต้องขังตามหลักอิทธิบาท 4. http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Gui_Cou_Psy/PhraBunthermW.pdf. (สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2561).

- ประไพ วงศ์สินคงมัน และคณะ. 2556. องค์ประกอบทางเคมีที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ COX-1ของสารสกัดเถาวัลย์เปรียง. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก* 11(3): 267-278.
- ปิยวรรณ ทศนาญชลี. 2554. กระบวนการไม่เสพยาซ้ำ กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด. *สหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี*. ปีที่ 1, ฉบับที่ 3: 37. espucc.east.spu.ac.th/eoffice/interdiscip/filepdf%5CA34sec4.pdf.
- พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2556. คุณ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2556. *สมุนไพร*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- พจนีย์ สารพันธ์. 2558. การสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในเด็กและเยาวชน เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ ๕ รอบ ๒ เมษายน ๒๕๕๘. *วารสารสำนักงาน ป.ป.ส.* 31(2): 2-7.
- พรรณณี วาทีสุนทร และ กฤติกา เฉิดโฉม. 2552. การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระหว่างระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ. http://nctc.oncb.go.th/new/index.php?option=com_content&view=article&id=1654:research320&catid=245:research2&Itemid=287. (สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 ธันวาคม 2558).
- ภัทรภร ปรีดาศักดิ์ และคณะ. 2552. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้บำบัดยาเสพติดที่มารับบริการในสถานพยาบาล จังหวัดสตูล. www.huso.tsu.ac.th. (สืบค้นเมื่อ วันที่ 26 ธันวาคม 2560).
- มานพ คณะโต. 2557. *การศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทจรัสสินทวงค์การพิมพ์ จำกัด.
- เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ และคณะ. 2551. รายงานการวิจัย เรื่องผลของกระบวนการกลุ่มการฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่มีการฝึก ร่วมกับการใช้หลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตของผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ. ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติดปัตตานี สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- มณฑา ลิ้มปิยประพันธ์. 2555. *ตะไคร้*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด มหาชน.
- ระบบฐานข้อมูลทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชน. 2011. ปุดช้าง. <http://www.bedo.or.th/lcdb/biodiversity/view.aspx?id=10690>. (สืบค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2558).
- วิชัย โชควิวัฒน์. 2556. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย: สถานภาพปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก* 11(3): 219-226.
- วิชาการ.คอม. 2011. เชื้อแบคทีเรีย *Pseudomonas aeruginosa*. บทความวิชาการ. <http://www.vcharkarn.com/varticle/42381> (สืบค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2558).
- วีณา นุกุลการ และ ปองทิพย์ สิทธิสาร. 2015. สมุนไพรแก้ไอ. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article. (สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2559).
- วรพจน์ อูบยโสธร. 2553. ภาวะเสี่ยงของการมีปอดอักเสบจากเชื้อ *Pseudomonas Aeruginosa* และ *Acinetobacter Baumannii* ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใน โรงพยาบาลยโสธร. 12,no.2 (พฤษภาคม-กันยายน): 115. <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/YMJ/article/download/.../10169>.
- ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด และ ทองใหญ่ อัยยะวรากุล. 2558. แนวทางการพัฒนาพฤตินิสัยผู้กระทำผิดของประเทศไทย. *วารสารกระบวนการยุติธรรม* 8(3): 89-113.
- ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2553. คู่มือ “การป้องกันการเสพติดซ้ำ” (Relapse Prevention). http://www.imaphailand.org/site/media/knowledge/network/just_system/book_relapse-prevention_jul-2553.pdf. (สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2560).
- ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554. สมอและกลไกการเสพติด. http://www.sri.cmu.ac.th/~srilocal/drugs/research_files/research_55_0.pdf. (สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2558).
- สธัญ ภู่คง, สุธาสิณี บุญญาพิทักษ์ และ ดรุณี ภู่ขาว. 2557. กระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*. 19(2): 36-44.
- สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย (สมพท.) 2558. พุทธศาสนากับการแพทย์แผนไทย ตอนที่ ๑. http://ftmat.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2

- 9:academic-a004&catid=20&itemid=142 (สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2558).
- สมุนไพรดอทคอม. 2014. แก่นขี้เหล็ก. <http://www.samunpri.com>. (สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2559).
- สายรุ้ง คำแปง, อาภาพันธุ์ พลภักดี, และ อนุสรรา ผิวผาด. 2555. *การวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สิรินฎา ปุติ และ พรทิพย์ กระจ่างพัฒน์วงศ์. 2550. การศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวที่มีต่อการนำศาสนามาเสริมการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวที่มีต่อการนำศาสนามาเสริมการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดปัตตานี สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สิริพร ญาณจินดา และ มานพ คณะโต. 2558. ประสิทธิภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ตำบลนาแหม อำเภอมือง จังหวัดเลย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 3(3): 344-356. https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=134&lang=th.
- สุนิรัตน์ ยั่งยืน และ สวรรค์ ธิติสุทธิ. 2558. การประเมินผลค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 3(4): 606-622.
- สุทธิ ขัตติยะ และ วิไลลักษณ์ สุวจิตตานนท์. 2554. *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บจ.ประยูรวงศ์พรินต์ติ้ง.
- สุปราณี สูงแข็ง. 2559. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติด ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 25(2). <http://thailand.digitaljournals.org/tdj/index.php/JHS/article/viewFile/246/239>.
- สุริรัตน์ ปรานี. 2560. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษาศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. http://www.rsu.ac.th/cja/Article/Article-02-Sureerat_Pranee-2559.pdf. (สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2561).

- สุรรัตน์ ปรานี และ กฤษณพงศ์ พุทระกุล. 2560. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด: กรณีศึกษาศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. http://www.rsu.ac.th/cja/Article/Article-02-Sureerat_Pranee-2559.pdf. (สืบค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2560).
- สุวิทย์ มั่นสไทยสง. 2012. สลอด. มหัทศจรยแห่งสมุนไพโรไทย. http://thaiherb-tip108.blogspot.com/2011/03/blog-post_3065.html. (สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2559).
- สุภาภรณ์ ปิตีพร. 2554. เรื่องเล่าจากชุมชน สมุนไพรรักษาอาการ: พลังวิถีสุภาพดั้งเดิมเพื่อปัจจุบัน. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก* 9(2): 143-150.
- สำนักงานแพทย์ทางเลือก. 2558. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ด้วยการแพทย์ผสมผสาน” วันที่ 25 - 26 กุมภาพันธ์ 2558; โรงแรมนนทบุรีพาเลส. นนทบุรี: สำนักงานแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. 2554. *ความรู้พื้นฐานเพื่อการป้องกันยาเสพติดในเยาวชน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอเดียร์ สแควร์.
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 4 และคณะ. 2557. สถานการณ์เฝ้าระวังยาเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตอนบน) (ธันวาคม ๒๕๕๗). https://www.oncb.go.th/ONCB_OR4/PublishingImages/.pdf. (สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2558).
- สำนักเลขาธิการ สำนักงาน ป.ป.ส. 2556. World Drug Report 2013. http://information.oncb.go.th/index.php?option=com_content&task=view&id=735&Itemid=97. (สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2558).
- อภิรัชศักดิ์ ราชนิวงศ์. 2555. ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาการจัดการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีเชิงพุทธ. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies* 1,no.2 (February): 104-111. <http://www.scribd.com/doc/125332383/>.
- อัญชลี จุฑะพุทธิ. 2010. รางจิต : สมุนไพรรักษาพิษ. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine* 8,no.2-3. http://thaicamdb.info/Downloads/PDF/กรมปี8ฉ2-3p211_220.pdf.
- อาภา ยังประดิษฐ์. ม.ป.ป. การรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยใช้การสนทนากลุ่ม ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- http://rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=678. (สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2558).
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ. 2550. ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ. http://www.sri.cmu.ac.th/~sri-local/drugs/research-details.php?research_id=32. (สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2560).
- อินทิรา อมรวงศ์. ม.ป.ป. ปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษาจังหวัดอำนาจเจริญ. http://202.28.48.80/nc/thesis_detail.php?id=118. (สืบค้นเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2560).
- อัมพร สีลากุล และคณะ. 2556. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก”(สารานุกรมธรรม 6)ระดับศีล5. <file:///C:/Users/Xnet/Downloads/21184-Article%20Text-45593-1-10-20140826.pdf>. (สืบค้น เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2561).
- Frynn.com. 2015. แก่นสน. <http://frynn.com>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).
- Frynn.com. 2015. โศกกระท่อม. <http://frynn.com>. (สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2559).
- Frynn.com. 2015. ตะไคร้. <http://frynn.com>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).
- Frynn.com. 2015. หอมแดง. <http://frynn.com>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).
- Frynn.com. 2015. พิมเสน. <http://frynn.com>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2559).
- Global Drug Survey. 2015. The Global Drug Survey 2015 findings. Dtcstudio. <http://www.globaldrugsurvey.com/the-global-drug-survey-2015-findings/>. (accessed December 18, 2015).
- Healthy. 2017. ลักษณะผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี. <https://woranoot.wordpress.com/healthy-2>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2560).
- IM2. 2015. พลเมืองดีหมายถึง. <https://www.im2market.com/2015/11/20/2067>. (สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2560).
- Luplertlop Natthanej and Suwanmanee Supattra. 2013. Dermatophytosis: from bench to bedside. *J Trop Med Parasitol* no.36:75-87. <http://www.tm.mahidol.ac.th/tropmed-parasitology/2013-36-2/36-2-2013-e4-Dermatophytosis-p-75-87.pdf>.


- Miller, W.R., & Tonigan, J.S.(1996). Assessing drinkers motivation for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 10, 81-89.
- Naik Irfan Mohd et al. 2010. Antibacterial activity of lemongrass (*Cymbopogon citratus*) oil against some selected pathogenic bacteria. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine* .535-538.
- Maheep Bhatnagar et al. 2010. Antioxidant Activity of Fruit Pulp Powder of *Cassia fistula*. *Pharmacognosy Journal* 2,no.8: 219–228. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=885136898&_sort=r&_st=4&md5=7271d356aca3f55e541ba2e3691b5197&searchtype=a.
- National Tropical Botanical Garden. 2015. *Cassia fistula*. http://www.ntbg.org/plants/plant_details.php?plantid=2430 (accessed November 5, 2015)
- Orwa et al. 2009. *Cassia fistula*. Agroforestry Database 4.0. http://www.worldagroforestry.org/treedb/AFTPDFS/Cassia_fistula.PDF (accessed November 5, 2015)
- Pro-change Behavior Systems, Inc. 2015. The Transtheoretical Model. <http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>. (accessed January 21, 2016)
- Sakulpanich Aurapa et al. 2012. Standardization and toxicity evaluation of *Cassia fistula* pod pulp extract for alternative source of herbal laxative drug. *Pharmacognosy Journal* 4,no.28 (March–April): 6–12. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S097535751280068X>.
- Sule W.F. et al. 2010. In vitro Antifungal Activity of *Senna alata* Linn. Crude Leaf Extract. *Journal of Biological Sciences* 5, no.3: 275- <http://docsdrive284.com/pdfs/medwelljournals/rjbsci/2010/275-284.pdf>.
- ThaiHerbal.org. 2015. สมสาร. <http://thaiherbal.org/989/989>. (accessed March 10, 2016).
- Thaihealthlife.com. ม.ป.ป. สุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช.<http://thaihealthlife.com>. (accessed March 9, 2017).
- The cabin. 2016.การรักษาสุขภาพจิตควบคู่กับอาการเสพติด. <https://th.thecabinbangkok>.

- co.th. (accessed March 9, 2017).
- Thumbsup Media Co.,Ltd. 2016. 81% ของอาชญากรรมออนไลน์มาจากโซเชียลมีเดีย (Infographic). <http://thumbsup.in.th/2013/10/social-media-and-crime-infographic/>. (accessed April 30, 2016).
- Tracy Natasha 2015. Effects of Drug Addiction (physical and psychological). Healthy place America's Mental Health Channel. <http://www.healthyplace.com/addictions/drug-addiction/effects-of-drug-addiction-physical-and-psychological/>. (accessed April 8, 2016).
- UNODC. 2014. https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf. (accessed 27 January 2016).
- UNODC. 2015. UNODC World Drug Report 2015. <http://reliefweb.int/report/world/unodc-world-drug-report-2015>. (accessed January 21, 2016).
- V. Duraipandiyan and S. Ignacimuthu. 2012. Antifungal activity of Rhein isolated from *Cassia fistula* L. flower. *Webmedcentral > Research articles*. (July): 1-15. http://www.webmedcentral.com/article_view/687.
- Walt, C.F., Strickland, O.L. and Lenz, E.R.(1991). *Measurement in nursing research*. Philadelphia :F.A. Davis company.
- Weebly. ม.ป.ป. บทเรียนความหมายและความสำคัญของงานอาชีพ.<http://sueheera.weebly.com>. (accessed 10 March 2017).
- Yang Jing et.al. 2012. Rapid characterization of caged xanthenes in the resin of *Garcinia hanburyi* using multiple mass spectrometric scanning modes: The importance of biosynthetic knowledge based prediction. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis* no.60, (February): 71–79. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0731708511006273>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

EC 006/59



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
90110

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

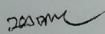
โครงการวิจัยเรื่อง ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยใน
แหล่งบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้

หัวหน้าโครงการ นางสาวณัฐติญา นกแก้ว

หน่วยงาน สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการ
วิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 1 เมษายน 2559



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรุดม)
ผู้อำนวยการสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

(กรณีอายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นามแฝง).....นามสกุล (นามแฝง)..... อายุ (จริง)ปี จังหวัด
(จริง).....

(กรณีอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง)

ข้าพเจ้า (นามแฝง).....นามสกุล (นามแฝง)..... อายุ (จริง)ปี จังหวัด
(จริง).....

เป็นผู้ปกครองของ (นามแฝง).....นามสกุล (นามแฝง).....อายุ(จริง)ปี จังหวัด
(จริง).....

ขอแสดงเจตนายินยอม ในโครงการวิจัยเรื่องผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและ /หรือได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวณัฐติญา นกแก้วและได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอน ตลอดจนผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) จะได้รับ

และข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) ยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยให้วิเคราะห์และนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม ผู้วิจัยต้องเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) ไว้เป็นความลับ และไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ข้าพเจ้า (หรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ตามความเหมาะสม) สามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ในอนาคต

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางสาวณัฐติญา นกแก้ว สามารถติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ 089-5894290 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-282900 ได้ในวันและเวลาราชการ

ข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามรูปแบบที่สถาบันกำหนด โดยการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม แบบ “นิรนาม” และใส่ code แทน หรือให้นักวิจัยผู้ที่อ่านให้ข้าพเจ้าฟัง ลงลายมือชื่อแบบ “นิรนาม” และใส่ code แทน ในใบแสดงความยินยอมให้ข้อมูลแทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ ลงชื่อ(นามแฝง)

(นักวิจัยผู้ลงนามแทน)

(ผู้ตอบแบบสอบถาม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ (นามแฝง)

(ผู้ปกครองร่วมลงนามกรณีผู้ตอบแบบสอบถามอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์)

(เกี่ยวข้องเป็น.....)

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย ในแหล่งบำบัดยาเสพติดทางภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางสาวณัฐติญา นกแก้ว โทรศัพท์ 089-5894290

หน่วยงาน สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ก่อนที่ท่านจะลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมร่วมวิจัย ท่านควรได้รับทราบว่

- โครงการนี้เป็นโครงการวิจัย
- ท่าน ไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน
- ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี
- นักวิจัยผู้ขอความยินยอมต้องให้ ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอแก่ท่าน ในการตัดสินใจเข้าร่วมการ

วิจัยอย่างอิสระ

เรียน ท่านผู้อ่านที่นับถือ

ผู้วิจัย ขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามในโครงการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้เพื่อประกอบการตัดสินใจของท่าน ขอให้ท่านใช้เวลาในการอ่านและทำความเข้าใจรายละเอียดตามเอกสารที่ท่านได้รับจำนวน 2 หน้านี้ ถ้าท่านไม่เข้าใจหรือสงสัยประการใด ท่านสามารถซักถามผู้วิจัย/ผู้ที่ให้ข้อมูลแก่ท่านได้อย่างเต็มที่ และถ้าท่านสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านแสดงการยินยอมโดยใช้วาจาหรือการพยักหน้า (oral or verbal consent) แทนการลงลายมือชื่อ (informed consent) เพื่อหลีกเลี่ยงการระบุตัวบุคคล โดยไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุล ทั้งของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้มีการลงนามของตนแบบ “นิรนาม” และใส่ code แทน หรือให้นักวิจัยผู้อ่านให้ฟัง ลงลายมือชื่อแบบ “นิรนาม” และใส่ code แทน สำหรับค่าตอบแทนในการให้ข้อมูล/ตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม มีอัตราค่าตอบแทนไม่เกิน 100 บาทต่อคน

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย หลังจากได้รับการจำหน่ายแบบครบกำหนดตามเกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาของวัด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี นอกจากนี้เพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล (ผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด) ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทย โดยเก็บข้อมูลในประชากร ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ (1) ผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบครบกำหนดตาม

เกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาของวัด 45 วัน และได้รับการติดตามหลังการจำหน่ายเป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี (2) พ่อแม่/ผู้ปกครอง/ญาติสนิทหรือคนใกล้ชิดที่ผ่านการบำบัดยาเสพติด และ (3) เจ้าหน้าที่สถานบำบัด สำหรับพื้นที่ที่ตั้งของสถานที่ศึกษา ได้แก่ วัดไม้เสียบ อ.ชะอวด จ. นครศรีธรรมราช และพื้นที่ศึกษาตามภูมิลำเนาของผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติดที่พักอาศัยอยู่ใน ภาคใต้ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2559 - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยใช้ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์จำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามสำหรับผู้ผ่านการบำบัด จำนวน 24 ข้อ แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง จำนวน 20 ข้อ แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้บำบัด จำนวน 29 ข้อ และแบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเอง จำนวน 19 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการถาม-ตอบแบบ (face to face) และการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลาในการตอบประมาณ 90 นาที ขณะที่ท่านตอบแบบสอบถาม (หรือให้สัมภาษณ์) หากท่านรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบคำถามบางข้อ ท่านสามารถข้ามข้อคำถามนั้นไปได้ หรืออาจจะหยุดการทำแบบสอบถาม (หรือสัมภาษณ์) ได้ทุกเมื่อ ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานและพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทยแก่ สถานบำบัดยาเสพติด และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด นอกจากนี้ยังใช้ประกอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาและสนับสนุนกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยการแพทย์แผนไทย ในการให้ข้อมูล/ตอบคำถาม ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมวิจัยต้องให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ส่วนไหนที่ไม่สามารถตอบได้ให้ระบุว่าไม่ต้องการให้ข้อมูล ทั้งนี้ผลการแสดงความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลจะถูกประมวลและนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอข้อมูลเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ทางผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ไว้เป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ทั้งนี้โครงการวิจัยนี้ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ท่านสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียนได้ที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-282900 ในวันและเวลาราชการ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

ผู้ให้ข้อมูล/อาสาสมัครโปรดให้ความสำคัญ

- ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ 1 ชุด ท่านควรเก็บไว้กับตัวเพื่อเป็นหลักฐานและอ่านเมื่อมีข้อสงสัย
- ส่วนทำหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ จะต้อง มี 1) ลายมือชื่อของท่าน 2) ลายมือชื่อนักวิจัยที่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับโครงการ และ 3) วันที่ที่ลงนาม ซึ่งท่านต้องเป็นผู้ลงวันที่ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 1
ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1) โสด	<input type="checkbox"/> 2) สมรส
<input type="checkbox"/> 3) หม้าย	<input type="checkbox"/> 4) หย่าร้าง
<input type="checkbox"/> 5) แยกกันอยู่	
4. ศาสนา

<input type="checkbox"/> 1) พุทธ	<input type="checkbox"/> 2) อิสลาม
<input type="checkbox"/> 3) คริสต์	<input type="checkbox"/> 4) อื่นๆ (ระบุ).....
5. การศึกษา

<input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้รับการศึกษาเลย	<input type="checkbox"/> 2) ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3) ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 4) มัธยมศึกษา/ปวช.	<input type="checkbox"/> 5) อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> 6) ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7) สูงกว่าปริญญาตรี		
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนบาท
7. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1) เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 2) รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 3) ไม่มีอาชีพ	<input type="checkbox"/> 4) อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2

ความคิดเห็นจากผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

1. สถานภาพผู้ใช้สารเสพติด ปัจจุบัน
 - 1) ยังไม่ได้รับการบำบัด
 - 2) อยู่ระหว่างการบำบัด
 - 3) อยู่ระหว่างการติดตามหลังการบำบัด
 - 4) ติดตามครบกำหนดตามเกณฑ์ อย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี
 - 5) ติดตามครบกำหนดตามเกณฑ์ อย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี และหยุดติดตาม สามารถหยุดได้ เลิกได้
 - 6) อยู่ในความดูแลของคุมประพฤติ
2. ประเภทสารเสพติดที่ใช้
 - 2.1 ใช้สารเสพติด 1 ชนิด คือ (ระบุชื่อยา).....เริ่มใช้เมื่ออายุ.....ปี
 - 2.2 ใช้สารเสพติด 2 ชนิดรวมกัน คือ (ระบุชื่อยา).....เริ่มใช้เมื่ออายุ.....ปี
 - 2.3 ใช้สารเสพติดมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป คือ (ระบุชื่อยา).....เริ่มใช้เมื่ออายุ.....ปี
3. สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก
 - 1) เพื่อนชวน 2) อายากล่อง 3) ความสนุกสนาน
 - 4) ใช้รักษาอาการเจ็บป่วย 5) ไม่สบายใจ 6) อื่น ๆ ระบุ.....
4. ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากการติดยาเสพติดมาแล้ว.....ครั้งที่ใดบ้าง
 - ครั้งแรก ปี พ.ศ.ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ.
 - ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ.
 - ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ.
5. สาเหตุที่ทำให้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากการติดยาเสพติดครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1) ครอบครัว/ญาติ
 - 2) ไม่มีเงินชื้อยา
 - 3) มีปัญหาสุขภาพ/เจ็บป่วยทางกาย-จิต
 - 4) ถูกจับ
 - 5) ถูกบังคับโดยกฎหมาย
 - 6) สัมผัสใจอยากเลิกด้วยตัวเอง
 - 7) อื่น ๆ ระบุ.....
6. หลังจากจำหน่ายเข้าสู่สังคมนานเท่าใด จึงกลับไปเสพยาซ้ำ.....
7. การติดตามหลังการจำหน่าย
 - 1) 3 เดือน 2) 6 เดือน 3) 1 ปี

8. สถานะทางสุขภาพของผู้ผ่านการบำบัดฯ ณ ปัจจุบัน เป็นอย่างไร
 1) แข็งแรง 2) อ่อนแอ 3) เจ็บป่วย 4) อื่น ๆ (ระบุ).....
9. สถานะทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ผ่านการบำบัดรักษา ณ ปัจจุบัน เป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1) ปกติ 2) ซึมเศร้า/แยกตัว 3) ก้าวร้าว
 4) หวาดระแวง ไม่มีเหตุผล 5) หูแว่ว/เห็นภาพหลอน
 6) อื่น ๆ ระบุ...
10. พฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัดฯ ด้านการใช้สารเสพติด ในขณะนี้ เป็นอย่างไร
 1) เลิกได้ (กรณีเลิกได้ ให้ข้ามไปตอบข้อที่ 12) 2) ไม่แน่ใจ 3) ไม่ทราบ
 4) เลิกไม่ได้ ใช้สารเสพติดประเภท ระบุ.....
11. ปัจจุบันผู้ติดยาเสพติด มีการใช้ยาในปริมาณอย่างไร
 1) มากขึ้น 2) ลดลง 3) ไม่ได้ใช้ยา 4) ใช้ยาชนิดใหม่
12. พฤติกรรมความเสี่ยงของผู้ติดยาเสพติด เป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1) ไม่พบพฤติกรรมเสี่ยง 2) การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
 3) ทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัว 4) มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ
 5) ขาดเรียน/หยุดงาน 6) จี้ปล้น ชิงทรัพย์
 7) ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 8) อื่นๆ (ระบุ)
13. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับผู้ผ่านการบำบัดฯ เป็นอย่างไร (กิจกรรมที่มีร่วมกัน)
 1) ยอมรับ/ช่วยเหลือ 2) อยู่ร่วมกันได้
 3) ไม่ยอมรับ 4) ไม่มีญาติ
14. ครอบครัว/ญาติ มีการให้กำลังใจผู้ผ่านการบำบัด เพื่อไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1) ส่งเสริมการศึกษาต่อ 2) ส่งเสริมให้มีอาชีพ/รายได้
 3) ส่งเสริมการทำกิจกรรมในครอบครัว 4) ดูแลใกล้ชิด
 5) จัดสถานที่ใหม่ให้อยู่ไกลจากสิ่งแวดล้อมเดิม
 6) อื่น ๆ ระบุ.....
15. ทักษะคติในชุมชน ที่มีต่อผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นอย่างไร
 1) ยอมรับ/ช่วยเหลือ 2) อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ 3) ไม่ยอมรับ
 4) จี้ปล้น ชิงทรัพย์ 5) ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 6) อื่นๆ (ระบุ)
16. หน่วยงานใดที่ให้การสนับสนุน ส่งเสริมการฝึกอาชีพ/เพิ่มรายได้ แก่ผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของท่าน คือหน่วยงานใด
 1) อบต. 2) ศูนย์ฝึกอาชีพ 3) อื่นๆ (ระบุ)
17. ผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้ทำประโยชน์ต่อสังคม/ชุมชน อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1) เป็นกรรมการชุมชน
 2) เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคม

- 3) เป็นวิทยากรในสถานบำบัดยาเสพติด
- 4) เป็นตัวอย่างที่ดีของชุมชนด้านเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ
- 5) อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 1
ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรสบิดามารดา ก่อนการติดยา
 - 1) สมรส 2) หม้าย
 - 3) หย่าร้าง 4) แยกกันอยู่
4. สถานภาพสมรสบิดามารดา ปัจจุบัน
 - 1) สมรส 2) หม้าย
 - 3) หย่าร้าง 4) แยกกันอยู่
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
6. ประเภทครอบครัว
 - 1) ครอบครัวเดี่ยว 2) ครอบครัวขยาย
7. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของบิดามารดา
 - 1) ทะเลาะกันเป็นประจำ 2) ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง
 - 3) ทะเลาะและทุบตีกัน 4) ต่างคนต่างอยู่ 5) อื่นๆ (ระบุ)...
8. บรรยากาศภายในครอบครัว
 - 1) เครียดและน่าเบื่อหน่าย 2) สนุกสนาน อบอุ่น 3) อื่นๆ (ระบุ)...
9. ศาสนา
 - 1) พุทธ 2) อิสลาม
 - 3) คริสต์ 4) อื่นๆ (ระบุ).....
10. การศึกษา
 - 1) ไม่ได้รับการศึกษา 2) ต่ำกว่าประถมศึกษา 3) ประถมศึกษา
 - 4) มัธยมศึกษา/ปวช. 5) อนุปริญญา/ปวส. 6) ปริญญาตรี
 - 7) สูงกว่าปริญญาตรี
11. อาชีพ
 - 1) เกษตรกรรม 2) รับจ้าง
 - 3) ไม่มีอาชีพ 4) อื่น ๆ (ระบุ).....
12. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

ส่วนที่ 2

รายละเอียดข้อมูลของผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

1. ระยะเวลาที่ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัด.....
2. หลังจากจำหน่ายเข้าสู่สังคมนานเท่าใด จึงกลับไปเสพยาซ้ำ.....
3. สาเหตุที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากการติดยาเสพติดครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1) ครอบครัว/ญาติ
 - 2) ไม่มีเงินซื้อยา
 - 3) มีปัญหาสุขภาพ/เจ็บป่วยทางกาย-จิต
 - 4) ถูกจับ
 - 5) ถูกบังคับโดยกฎหมาย
 - 6) สัมผัสใจอยากเลิกด้วยตัวเอง
 - 7) อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานะทางสุขภาพของผู้ผ่านการบำบัดฯ ณ ปัจจุบัน เป็นอย่างไร
 - 1) แข็งแรง 2) อ่อนแอ 3) เจ็บป่วย 4) อื่น ๆ ระบุ.....
5. สถานะทางสุขภาพด้านจิตใจของผู้ผ่านการบำบัดฯ ณ ปัจจุบัน เป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1) ปกติ 2) ซึมเศร้า/แยกตัว 3) ก้าวร้าว
 - 4) หวาดระแวง ไม่มีเหตุผล 5) หูแว่ว/เห็นภาพหลอน
 - 6) อื่น ๆ ระบุ.....
6. พฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัดฯ ด้านการใช้สารเสพติด ในขณะนี้ เป็นอย่างไร
 - 1) เลิกได้ (กรณีเลิกได้ ให้ข้ามไปตอบข้อที่ 8) 2) ไม่แน่ใจ 3) ไม่ทราบ
 - 4) เลิกไม่ได้ ใช้สารเสพติดประเภท ระบุ.....
7. ปัจจุบันผู้ติดยาเสพติด มีการใช้ยาในปริมาณอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1) มากขึ้น 2) ลดลง 3) ไม่ได้ใช้ยา 4) ใช้ยาชนิดใหม่
8. พฤติกรรมความเสี่ยงของผู้ติดยาเสพติด เป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1) ไม่พบพฤติกรรมเสี่ยง 2) การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
 - 3) ทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัว 4) มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ
 - 5) ขาดเรียน/หยุดงาน 6) จี้ปล้น ชิงทรัพย์
 - 7) ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 8) อื่นๆ (ระบุ)
9. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับผู้ผ่านการบำบัดฯ เป็นอย่างไร (กิจกรรมที่มีร่วมกัน)
 - 1) ยอมรับ/ช่วยเหลือ 2) อยู่ร่วมกันได้
 - 3) ไม่ยอมรับ 4) ไม่มีญาติ
10. ครอบครัว/ญาติ มีการให้กำลังใจผู้ผ่านการบำบัด เพื่อไม่ให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1) ส่งเสริมการศึกษาต่อ 2) ส่งเสริมให้มีอาชีพ/รายได้

- 3) อื่นๆ (ระบุ).....
11. ทักษะคติในชุมชน ที่มีต่อผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นอย่างไร
- 1) ยอมรับ/ช่วยเหลือ 2) อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ 3) ไม่ยอมรับ
- 4) จี้ปล้น ชิงทรัพย์ 5) ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 6) อื่นๆ (ระบุ)
12. หน่วยงานใดที่ให้การสนับสนุน ส่งเสริมการฝึกอาชีพ/เพิ่มรายได้ แก่ผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของท่าน คือหน่วยงานใด
- 1) อบต. 2) ศูนย์ฝึกอาชีพ 3) อื่นๆ (ระบุ)
13. ผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้ทำประโยชน์ต่อสังคม/ชุมชนอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1) เป็นกรรมการชุมชน
- 2) เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคม
- 3) เป็นวิทยากรในสถานบำบัดยาเสพติด
- 4) เป็นตัวอย่างที่ดีของชุมชนด้านเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ
- 5) อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 1
ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ
- 1) โสด 2) สมรส
- 3) หม้าย 4) หย่าร้าง
- 5) แยกกันอยู่
4. ศาสนา
- 1) พุทธ 2) อิสลาม
- 3) คริสเตียน 4) อื่นๆ (ระบุ).....
5. การศึกษา
- 1) ไม่ได้ศึกษา 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษา
- 4) ประกาศนียบัตร 5)ปริญญาตรี 6) สูงกว่าปริญญาตรี
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

ส่วนที่ 2

ความคิดเห็นด้านสมรรถนะบุคลากรด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

1. บทบาทในการบำบัด

- 1) พยาบาล 2) เกสซ์กร 3) แพทย์
 4) นักกายภาพบำบัด 5) แพทย์แผนไทย 6) อื่นๆ (ระบุ).....

2. ประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของท่านเป็นเวลา.....

3. หน่วยงานของท่าน ทำหน้าที่ดูแลผู้ติดยาเสพติดอย่างไรบ้าง.....

4. หน่วยงานของท่านได้รับการจัดตั้งเป็นสถานบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หรือไม่

- 1) ไม่ได้จัดตั้ง (ไม่ต้องตอบข้อ 5) 2) จัดตั้ง เมื่อ ปี.....

5. หน่วยงานของท่านได้ขอจัดตั้งเป็นสถานบำบัดรักษา ผู้เสพยาเสพติดให้โทษประเภท

- 1) แบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ชั้นเตรียมการ ชั้นถอนพิษยา
ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และชั้นติดตาม
 2) แบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ชั้นเตรียมการ และชั้นถอนพิษยา
 3) แบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และชั้นติดตาม

6. หน่วยงานของท่าน มีอัตรากำลังด้านบุคลากร ที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดหรือไม่

- 1) ไม่มี
 2) มี คน ประกอบด้วย

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| 2.1) แพทย์ หรือจิตแพทย์.....คน | 2.5) นักวิชาการ.....คน |
| 2.2) พยาบาล.....คน | 2.6) พนักงานเจ้าหน้าที่.....คน |
| 2.3) นักจิตวิทยา.....คน | 2.7) เจ้าหน้าที่ช่วยในการบำบัด.....คน |
| 2.4) นักสังคมสงเคราะห์.....คน | 2.8) อื่น ๆ ระบุ..... |

7. รูปแบบ วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ของหน่วยงานของท่าน ได้นำมาใช้กับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดแต่ละประเภท ใช้รูปแบบใด

1) กลุ่มผู้เสพ ใช้รูปแบบการบำบัดรักษา คือ

- (1)ระยะเวลา.....เดือน
(2)ระยะเวลา.....เดือน
(3)ระยะเวลา.....เดือน
(4)ระยะเวลา.....เดือน

2) กลุ่มผู้ติด ใช้รูปแบบการบำบัดรักษา คือ

- (1)ระยะเวลา.....เดือน
(2)ระยะเวลา.....เดือน
(3)ระยะเวลา.....เดือน
(4)ระยะเวลา.....เดือน

3) กลุ่มผู้ติดตามแรง ใช้รูปแบบการบำบัดรักษา คือ

- (1)ระยะเวลา.....เดือน
 (2)ระยะเวลา.....เดือน
 (3)ระยะเวลา.....เดือน
 (4)ระยะเวลา.....เดือน

8. การติดตามผู้ติดยาเสพติดหลังการจำหน่าย ครอบคลุมตามเกณฑ์ของหน่วยงานของท่าน ใช้วิธีการ.....

9. กรณีหน่วยงานติดตามผู้ติดยาเสพติดหลังการจำหน่ายครอบคลุมเอง มีวิธีการติดตามอย่างไร

- 1) นัดมาที่หน่วยบำบัด
 2) ไปเยี่ยมบ้าน (โปรดตอบข้อ 17)
 3) อื่น ๆ ระบุ.....

10. กรณีติดตามผู้ติดยาเสพติดหลังการจำหน่ายครอบคลุมโดยไปเยี่ยมบ้าน บุคลากรที่ไปติดตามคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุข
 2) อาสาสมัครคุมประพฤติ
 3) อสม.
 4) พนักงานเจ้าหน้าที่
 5) อื่น ๆ ระบุ.....

11. การติดตามผู้ติดยาเสพติดหลังการบำบัดรักษา ครอบคลุมตามเกณฑ์ ในกรณีที่หน่วยงานติดตามเอง ได้จัดกิจกรรมระหว่างการติดตาม อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) ตรวจร่างกาย
 2) ตรวจปัสสาวะ
 3) ตรวจประเมินภาวะทางจิตใจ
 4) จัดทำกลุ่มบำบัดทางสังคม
 5) จัดทำกลุ่ม/ชมรม
 6) ช่วยเหลือฝึกอาชีพ
 7) อื่น ๆ ระบุ.....

12. ท่านคิดว่าการติดตามผลที่เกิดขึ้นของผู้ติดยาเสพติดหลังการบำบัดรักษา ครอบคลุมตามเกณฑ์ มีความจำเป็นหรือไม่อย่างไร

.....

13. ท่านต้องการให้หน่วยงานของท่านมีระบบการติดตามหรือไม่ อย่างไร

.....

14. บทบาทหน้าที่ของท่านในทีมบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) ตรวจวินิจฉัย และสั่งการรักษา
 2) เก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจหาสารเสพติดเบื้องต้น

- 3) ตรวจปัสสาวะ ทหารสารเสพติดเบื้องต้น
- 4) ตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินผลการรักษา
- 5) การคัดกรอง/จำแนกผู้ป่วยยาเสพติด
- 6) การให้คำปรึกษาในสถานบำบัดฯ
- 7) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด
- 8) ติดตามระหว่างการบำบัดรักษา
- 9) ติดตามหลังการบำบัดรักษาครบกำหนดตามเกณฑ์
- 10) อื่น ๆ ระบุ.....

15. ท่านได้รับการพัฒนาศักยภาพ / ผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับงานยาเสพติด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) การให้คำปรึกษาในสถานบำบัดฯ
- 2) ด้านการจำแนก/คัดกรองผู้ติดยาเสพติด
- 3) การจัดทำบันทึกข้อมูลผู้ติดยาเสพติด บสต.
- 4) การตรวจปัสสาวะ ทหารสารเสพติด
- 5) การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กลุ่มผู้เสพ / ผู้ติด / ผู้ติดยาแรง
- 6) อื่น ๆ ระบุ.....

16. ท่านมีความคิดเห็นต่อผู้ที่เข้ามารับการบำบัดรักษายาเสพติดในหน่วยงานของท่าน อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) เป็นผู้ป่วยปกติ เหมือนผู้ป่วยทั่วไป
- 2) มีความบกพร่องทางพฤติกรรม การใช้ชีวิตประจำวัน
- 3) ต้องให้ความช่วยเหลือ
- 4) ต้องให้การพัฒนาคุณภาพชีวิต คึนคนดีสู่สังคม
- 5) เป็นปัญหาสังคม
- 6) เป็นบุคคลไร้ความสามารถ
- 7) เป็นบุคคลน่ารังเกียจ
- 8) อื่นๆ ระบุ.....

17. ท่านมีวิธีการสร้างแรงสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดรับการบำบัดรักษาอยู่ครบกำหนดตามเกณฑ์ อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) ให้ญาติ / ครอบครัว มาร่วมกิจกรรม
- 2) จัดที่พักให้ผู้ป่วยที่เดินทางมาไม่สะดวก
- 3) ช่วยเหลือค่าพาหนะแก่ผู้ป่วย
- 4) จัดทำงานในโรงพยาบาลให้ทำ
- 5) จัดกิจกรรมนอกสถานที่
- 6) อื่น ๆ ระบุ.....

18. ท่านบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ด้วยวิธีใดบ้าง (ปฏิบัติงานจริง)

19. ปัจจัยสนับสนุนที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติด อยู่รับการบำบัดฯ ครบตามเกณฑ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) ครอบครัว/ญาติ

- 2) ใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุน้อย
- 3) ระยะเวลาการใช้สารเสพติดไม่เกิน 1 ปี
- 4) วิธีการใช้สารเสพติด
- 5) ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ มีฤทธิ์ไม่รุนแรง
- 6) เจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดรักษา
- 7) กฎหมายบังคับ
- 8) อื่นๆ ระบุ.....

20. ท่านคิดว่ากลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาแบบครบกำหนดตามเกณฑ์ และได้รับการติดตามตามกำหนดแล้วหยุดยาได้หรือเลิกได้ มีปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ไม่กลับไปเสพซ้ำ คือ

20.1) ด้านตัวผู้ติดยาเสพติด

.....

.....

20.2) ด้านสังคม/ชุมชน

.....

.....

20.3) ผู้ให้การบำบัด

.....

.....

21. ท่านคิดว่า รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เหมาะสมกับหน่วยงานของท่าน คือ

.....

.....

.....

22. ท่านคิดว่ารูปแบบการบำบัดในหน่วยงานของท่านมีข้อดี และข้อเสียอย่างไร

.....

.....

.....

23. ข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้านการบำบัดรักษาฯ

.....

.....

.....

แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

- จังหวัด 1. นครศรีธรรมราช
 2. ตรัง
 3. กระบี่
 4. สุราษฎร์ธานี
 5. สงขลา
 6. ภูเก็ต

แบบสอบถาม

สำหรับผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเรื่อง ผลสำเร็จของการ
 บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัดยาเสพติด
 ทางภาคใต้

ผู้สัมภาษณ์

การติดตามครั้งที่.....ระยะเวลาการติดตามหลังจากจำหน่าย.....
 วันที่สัมภาษณ์.....ใช้เวลา.....นาที
 ข้อสังเกต.....

แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างตั้งใจ แต่ละข้อความจะระบุถึงว่าคุณอาจจะหรือไม่อาจจะรู้สึกเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดของคุณ ให้แสดงความเห็นเพื่อแสดงว่า คุณเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย มากน้อยเพียงใดกับข้อความเหล่านี้ เพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้นโดย

1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	1	2	3	4	5
1. ฉันต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดของฉันอย่างจริงจัง					
2. บางเวลาฉันสงสัยตัวเองว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดหรือไม่					
3. ถ้าฉันไม่หยุดหรือลดการเสพยาเสพติดลงเร็วๆ นี้ ปัญหาของฉันก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น					
4. ฉันได้เริ่มต้นที่จะเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดของฉัน					
5. ถึงแม้ว่าฉันจะเสพยาเสพติดมาแล้วอย่างหนักในแต่ละครั้ง แต่ฉันก็สามารถควบคุมการเสพได้					
6. บางครั้งฉันสงสัยตัวเองว่าได้ทำร้ายคนอื่นเมื่อเสพยา					
7. ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด					
8. ฉันไม่เพียงแต่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาเสพติดแต่ฉันกำลังเตรียมที่จะลงมือทำอะไรบางอย่าง					
9. ฉันได้เริ่มเปลี่ยนแปลงการเสพยาเสพติดของฉันแล้ว และฉันกำลังหาทางป้องกันการกลับไปสู่การใช้แบบเดิมอีกด้วย					
10. ฉันมีปัญหารุนแรงกับการเสพยาเสพติด					
11. บางครั้งฉันยังสงสัยอยู่ว่าฉันอยู่ภายใต้อำนาจของยาเสพติด					
12. การเสพยาเสพติดของฉันเป็นต้นเหตุของอันตรายต่างๆ					
13. ฉันกำลังพยายามอย่างจริงจังในการลดหรือเลิกการเสพยาเสพติด					
14. ฉันต้องการความช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการกลับไปสู่ปัญหาการเสพยาเสพติดที่เคยประสบมาก่อน					
15. ฉันทราบดีว่าฉันมีปัญหาเรื่องการเสพยาเสพติด					
16. มีบ่อยครั้งที่ฉันสงสัยตัวเองว่าฉันเสพยาเสพติดมากเกินไป					
17. ฉันเป็นผู้ติดยาเสพติด					
18. ฉันพยายามอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของฉัน					
19. ฉันได้เปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างแล้วเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดและฉันต้องการความช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการหวนกลับไปเสพยาเสพติดเหมือนที่ฉันเคยใช้มาก่อน					

ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้การบูรณาการด้านการแพทย์แผนไทยในแหล่งบำบัดยาเสพติดทาง

1. ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัจฉนากรชัย ตำแหน่ง อาจารย์
หน่วยงาน ระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
2. รศ.ดร.เกษตรชัย และหิมา ตำแหน่ง อาจารย์
หน่วยงาน คณะศิลปศาสตร์ ภาควิชาสารัตถศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่
3. รศ.ถนอมศรี อินทนนท์ ตำแหน่ง อาจารย์ ภาควิชา การพยาบาลจิตเวช
หน่วยงานภาควิชา การพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่

ผลการตรวจสอบเครื่องมือได้ค่าความตรงของเนื้อหา ดังนี้

- แบบสอบถามสำหรับผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ได้ค่าความตรง 0.78 ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นจากผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความตรง 0.79

- แบบสอบถามสำหรับผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัด ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความตรง 0.86 ส่วนที่ 2 รายละเอียดข้อมูลของผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำนวน 13 ข้อ ได้ค่าความตรง 0.8

- แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากร/เจ้าหน้าที่ ผู้มีส่วนรับผิดชอบให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ ได้ค่าความตรง 0.7 ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นด้านสมรรถนะบุคลากรด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความตรง 1

ภาคผนวก ฉ
ภาพกิจกรรมสนทนากลุ่ม





ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวณัฐติญา นกแก้ว

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5710024004

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วิทยาศาสตรบัณฑิต (การแพทย์แผนไทย)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2556

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

1. ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ในหัวข้อการแก้ไขปัญหของชุมชน ประจำปี 2559 แหล่งทุนมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2560 แหล่งทุนสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนร้อน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงาน

การนำเสนอผลงานทางวิชาการ งานการจัดประชุมสนวนสุนันทาวิชาการระดับชาติ ด้าน “การวิจัยเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน” ครั้งที่ 6 ระหว่างวันที่ 22-23 มิถุนายน 2560 ณ โรงแรม เดอะรอยัล ริเวอร์ กรุงเทพมหานคร หน่วยงานที่จัด มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วันที่นำเสนอ 23 มิถุนายน 2560 การประชุมระดับชาติ รูปแบบผลงาน Full Proceedings ประเภทผลงาน Oral หัวข้อนำเสนอ อิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล การบำบัดรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมต่อการไม่กลับไปเสพยาซ้ำ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้