

การใช้สมุนไพรบำบัดผู้เสพติดซ้ำ

วุฒิพงศ์ ภักดีกุล¹, วรินทร์มาศ เกษทองมา^{2*}

¹ ปร.ด. อาจารย์ ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร 47000

² ปร.ด. อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร 47000

* **ติดต่อผู้พิมพ์:** วรินทร์มาศ เกษทองมา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร 47000 โทรศัพท์: 0955969245, อีเมลล์: warinmad.k@ku.th

บทคัดย่อ

การใช้สมุนไพรบำบัดผู้เสพติดซ้ำ

วุฒิพงศ์ ภักดีกุล¹, วรินทร์มาศ เกษทองมา^{2*}

ว. เกษตรศาสตร์อีสาน 2562; 15(3) : 104-112

รับบทความ : 6 สิงหาคม 2561

แก้ไขบทความ: 25 มีนาคม 2562

ตอบรับ: 4 เมษายน 2562

ปัญหาการเสพติดยาเสพติดจัดเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และปัญหาสังคม ดังนั้น การใช้สมุนไพรบำบัดการเสพติดจัดเป็นทางเลือกที่สำคัญ **วิธีดำเนินงานวิจัย:** เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพติด และทดลองใช้สมุนไพรร่วมกับวิธีการบำบัดแบบ Matrix Program ในกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน รวม 70 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2560 – มิถุนายน 2561 ตรวจสอบด้วยแบบ V.2 และการตรวจปัสสาวะ ก่อนและหลังการทดลองใช้สมุนไพรล้างพิษ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ OR, 95%CI, T-Test และ McNemar Test **ผลการศึกษาวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเคยเสพเมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 93.9 เข้าบำบัดมาแล้ว ร้อยละ 63.6 ด้วยระบบต้องโทษ ร้อยละ 69.7 ผลการตรวจคัดกรองก่อนการทดลอง พบมีการเสพติด ร้อยละ 54.3 และมีอาการติดยาในระดับเป็นผู้ใช้ ร้อยละ 15.7 ผู้เสพ ร้อยละ 77.1 และผู้ติด ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการบำบัดซ้ำ คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความถี่ในการเสพต่อสัปดาห์ และปัจจัยด้านสังคม ($p < 0.05$) ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเสพติดคือวิธีเสพด้วยการสูบ ความถี่ในการเสพ การคบเพื่อนที่เป็นกลุ่มเสพ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดด้วยสมุนไพรร่วมกับ Matrix Program พบว่า กลุ่มทดลองสามารถลดและเลิกการเสพติดซ้ำได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.0001$) **สรุปผลการวิจัย:** สมุนไพรล้างพิษสามารถช่วยเสริมการลด ละ เลิกการเสพติดได้

คำสำคัญ: การบำบัด, สมุนไพร, ผู้ติดยาเสพติด, การเสพติด, เมทแอมเฟตามีน



Drug Relapse Therapy with Herbs

Wuttiphong Phakdeeku¹, Warinmad Kedthongma^{2*}

¹ Ph.D. Lecturer, Division of Research Administration and Academic Service, Kasetsart University Chalermparakiat
Sakon Nakhon Province Campus 47000

² Ph.D. Lecturer, Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermparakiat Sakon Nakhon Province Campus. 47000

* **Corresponding Author:** Warinmad Kedthongma, Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermparakiat
Sakon Nakhon Province Campus 47000 Tel: 0955969245, E-mail: warinmad.k@ku.th

Abstract

Drug Relapse Therapy with Herbs

Wuttiphong Phakdeeku¹, Warinmad Kedthongma^{2*}

IJPS, 2019; 15(3): 104-112

Received: 6 August 2018

Revised: 25 March 2019

Accepted: 4 April 2019

Drug addiction is categorized to be the key threats to health, economic, and social problem. So, herbal medicinal therapy for drug relapse might be considered as another potential option. **Materials and Method:** This Quasi-experimental Study was aimed to investigate risk factors of drug relapse, and the effect of herbal medicinal therapy in combination with the Matrix program. Seventy subjects with history of drug use were recruited and randomized into two groups (control and experimental groups; 35 each) during October 2017 - June 2018. Screening tests before and after herbal medicine therapy by V.2 and urine test were conducted. Data were analyzed by descriptive statistics, OR, 95% CI, T-Test and McNemar Test. **Results:** Most subjects (93.9%) were addicted to methamphetamine, 63.6% of them had been rehabilitated, and imprisoned at 69.7%. Results of drug screening showed 54.3% of drug relapse. Among those, temporally drug users, drug users and drug addictions were counted for 15.7%, 77.1%, and 7.1%, respectively. Risk factors for repeated rehabilitation were family relationship, frequency of addiction, and social factor ($p < 0.05$). The risk factors in drug relapse were smoking method, frequency of addiction, and peer group ($p < 0.05$). Results of herbal medicinal therapy with the Matrix Program showed that the experimental group could reduce and quit drug addiction more than the control group ($p < 0.0001$). **Conclusion:** Herbal detoxification could help reduce and quit drug addiction.

Keywords: Therapy, Herb, Drug addiction, Rehabilitation, Methamphetamine

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในทุกภูมิภาคของโลกมีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มาตลอดเกือบ 4 ทศวรรษ ซึ่งปี 2014 พบผู้ใช้ทั่วโลก 247 ล้านคน (ร้อยละ 5.2 ของประชากรทั้งหมด) โดยกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ 50.0 เป็นผู้ใช้กัญชา และผู้ใช้ AMPHETAMINE-TYPE STIMULANTS (ATS) ในประเทศแถบเอเชียมีการเสพ ATS ร้อยละ 60.0 (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016) ในขณะที่สถานการณ์แพร่ระบาดของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากประมาณการผู้เสพยาเสพติดรายใหม่ ในแต่ละปี ประมาณ 70,000 คน และผู้ที่กลับไป

มีพฤติการณ์ เสพซ้ำประมาณ 30,000-40,000 คน หรือรวมกันประมาณ 100,000-110,000 คน (UNODC, 2016; Kanato, 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่จังหวัดนครพนมและจังหวัดสกลนคร พบว่ามีผู้เสพยาที่ผ่านการบำบัดยังกลับมาเสพซ้ำเป็นจำนวนมาก (Health Administration Division, 2017) ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านสถานะผู้ที่มาเข้าบำบัดยาเสพติด บริบทของแต่ละพื้นที่ บริบทของกิจกรรมบำบัด การคัดกรอง สถานะหลังการบำบัดที่ผ่านมาไม่ชัดเจน (Kanato, *et al.*, 2017; Phakdeeku *et al.*, 2011)

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเสพยาและเสพยาซ้ำ คือ ปัจจัยด้านบุคคล เกิดจากนิสัย อารมณ์ บุคลิกภาพความฝัน เป้าหมายความสำเร็จในชีวิต ความสุข ความทุกข์ การแก้ปัญหาในชีวิต คนที่รักคนที่ศรัทธายึดเหนี่ยวจิตใจ ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติดควบคุมหลายชนิด ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Suwannanon *et al.*, 2007; Becker *et al.*, 2007) ผลการติดตามผู้เข้ารับการรักษาฟื้นฟู ไปจนครบ 1 ปี พบว่า เลิกเสพยาได้ ร้อยละ 31.8 ติดตามไม่ได้ ร้อยละ 63.6 เสพยาหรือถูกจับกุมซ้ำ ร้อยละ 4.6 แนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดยาเสพติดซ้ำ มักดำเนินการกับปัจจัยจิตวิทยาบุคคล และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของสังคม โดยการแทรกแซงกิจกรรมเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยง คือการให้คำปรึกษา กิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักคิดวิเคราะห์ที่ตรงตรง และรู้จักตนเอง สามารถวางเป้าหมายและเกิดแรงจูงใจทางบวกต่อการดำเนินชีวิต การดูแลอย่างเต็มใจ พัฒนารูปแบบและเวลาที่ใช้ในการบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วย การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว ทุกฝ่ายต้องยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เปิดโอกาสให้เขามาร่วมกิจกรรมในชุมชน พร้อมๆ กับ การสร้างอาชีพและรายได้ โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Kanato *et al.*, 2017; Suwannanon *et al.*, 2007) หลังจากทั่วโลกได้ค้นพบผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะด้านสุขภาพ จึงเกิดโปรแกรมการป้องกันรักษาเพื่อลดอันตรายของผู้เสพยา ด้วยการให้สุขศึกษา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การบำบัดด้วยเมทาโดน ทดแทนเฮโรอีน (Harm reduction international, 2016; WHO, 2012) และที่สำคัญได้เริ่มมีการใช้สมุนไพรควบคุมการป้องกันและบำบัดในการพึ่งพาเสพยา เนื่องจากสมุนไพรได้ถูกนำมาใช้เพื่อเสริมฤทธิ์การรักษาเสพยาเสพติดในปัจจุบันรวมถึงการถอนพิษยา และการกำเริบหรือการเสพยาซ้ำได้ เนื่องจากกลไกทางโมเลกุลของยาออกฤทธิ์กับความก้าวหน้าในการสกัดสารสำคัญจากสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยารักษาโรคติดยาเสพติด (Phimarm *et al.*, 2016; Lu *et al.*, 2009) ผลการวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับยาสมุนไพรและกลไกทางประสาทเคมีของการรักษาเสพยาเสพติด ในการป้องกันการ ใช้ยา และการพึ่งพา Opioid Rhizoma Corydalis (Yanhusuo) มีผลในเชิงบวกต่อการเสพยา สารยับยั้ง Methamphetamine และ Ketamine ทั้ง Salvia miltiorrhiza (Danshen) และ Radix Puerariae (Gegen) มีผลต่อการติ่มแอลกอฮอล์ที่ ลดทอนการใช้มอร์ฟินและการกำเริบของการเสพยาซ้ำ เนื่องจากกลไกการทำงานของโมเลกุลของยาสมุนไพรได้รับการพัฒนาให้มีความก้าวหน้าในการรักษาการติดยาเสพติด (Zhu *et al.*, 2017)

ดังนั้น การประยุกต์ใช้สมุนไพรชาขงสูตรตำรับล้างพิษประกอบด้วย รากจิต ย่านางแดง ย่านางเขียว ผักบั้งแดง และหญ้าดอกขาวควบคู่กับการบำบัดแบบ Matrix Program จัดเป็นการบูรณาการศาสตร์ชุมชน ศาสตร์สากลและองค์ความรู้สู่การบำบัดการติดยาเสพติดในพื้นที่ (Phakdeekul *et al.*, 2017) โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาลักษณะการเสพยาเสพติด การดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการบำบัดซ้ำ และอาการติดยาของผู้ป่วยยาเสพติด และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการติดยาก่อนและหลังการใช้สมุนไพรร่วมกับรูปแบบการบำบัด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ในกลุ่มผู้เข้ารับการรักษาเสพยาเสพติดด้วยระบบกายจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ในโรงพยาบาลชุมชน จำแนกดังนี้ อาสาสมัครในกลุ่มควบคุม เป็นผู้ช่วยพื้นที่จังหวัดสกลนครจำนวน 35 คน และอาสาสมัครในกลุ่มทดลอง เป็นผู้ช่วยพื้นที่จังหวัดนครพนม จำนวน 35 คน รวมทั้งหมด 70 คน โดยมีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือก คือ อาสาสมัครเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการเสพยาซ้ำและมีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการ และเกณฑ์การยุติการศึกษาคือ อาสาสมัครผู้ป่วยย้ายหรือไม่สามารถร่วมกิจกรรมบำบัดได้ครบตามเวลาดำหนด ไม่สามารถติดต่อได้ หรืออาสาสมัครผู้ป่วยบอกลบเลิกหรือหยุดการติ่มชาชงก่อนสิ้นระยะการทดลอง

ระยะเวลาการศึกษาทั้งหมด 9 เดือน ตั้งแต่ตุลาคม 2560 – มิถุนายน 2561 เริ่มจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ขอความยินยอมอาสาสมัคร แล้วทำการศึกษาสถานการณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ ตรวจสอบคัดกรองการติดยาก่อนการทดลองด้วยแบบคัดกรอง (บคก.กสช.: V.2) และการตรวจปัสสาวะหาเมทาโดนเฟตามีน แล้วจึงทำการศึกษาโดยใช้สมุนไพรล้างพิษในกลุ่มทดลองด้วยการทำเป็นชาขง ที่ผลิตโดยนักวิจัยร่วมกับกลุ่มผู้ประกอบการโรงงานผลิตสมุนไพร (กลุ่มคลัสเตอร์สมุนไพรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ที่มีส่วนผสมของ รากจิต ย่านางแดง ย่านางเขียว ผักบั้งแดง และหญ้าดอกขาว ขนาดบรรจุซองละ 2 กรัม ด้วยการชงดื่มวันละ 1 ซอง 1 ครั้ง/วัน เช้า หรือ เย็น ก็ได้ เป็นเวลาติดต่อกันนาน 2 เดือน หลังจากนั้นอีก 1 เดือนจึงทำการตรวจคัดกรองการติดยาอีกครั้ง เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกบำบัดยาเสพติดของแต่ละโรงพยาบาล กลุ่มควบคุมไม่ได้ติ่มชาขง และได้รับการตรวจคัดกรองเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ KUscs.HE-61-003.1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่นักวิจัยพัฒนาขึ้น โดยผ่านการตรวจคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าความเที่ยง 0.79

2. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 (Ministry of Public Health, 2014)

3. ชุดตรวจสารเสพติดชนิดเร็วแบบขั้นตอนนี้เดียว ที่สามารถอ่านผลได้ด้วยตาเปล่าใช้สำหรับตรวจหาเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะมนุษย์ ตั้งแต่ความเข้มข้น 1000 นาโนกรัม/มิลลิลิตร (Department of Medical, 2017)

4. สมุนไพรล้างพิษ ด้วยการทำเป็นชาขง ผลิตโดยนักวิจัยร่วมกับกลุ่มผู้ประกอบการโรงงานผลิตสมุนไพร (กลุ่มคลัสเตอร์สมุนไพรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Minitab 18 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลสถานการณ์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการบำบัดซ้ำ และอาการติดยาของผู้ป่วย ด้วยสถิติ Odd Ratio: OR และ 95% Confidence Interval

ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent T-Test วิเคราะห์อาการติดยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired T-Test วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ McNemar Test

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลสถานการณ์การเสพติด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.8 มีอายุเฉลี่ย 28.91± 2.89 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45.2 รายได้เฉลี่ยครอบครัว 8226.09±2804.73บาท/เดือน อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 36.4 ความสัมพันธ์ในครอบครัวราบรื่นดี ร้อยละ 56.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.9 เคยผ่านการบำบัดยาเสพติดมาแล้ว ร้อยละ 63.6 เคยเข้ารับการบำบัดในระบบต้องโทษ ร้อยละ 69.7 ยาเสพติดที่ใช้ส่วนมากคือยาบ้า ร้อยละ 93.9 ลักษณะการเสพโดยการสูบ ร้อยละ 84.8 ความถี่ในการเสพคือ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 36.4 ผลการตรวจคัดกรองก่อนเข้าโครงการ พบว่ามีอัตราการเสพติด ยืนยันจากผลการตรวจปัสสาวะ Positive ร้อยละ 54.3 และผลการตรวจคัดกรองอาการติดยาด้วยแบบ บคก.กสธ.: V.2 พบว่าเป็นกลุ่มที่มีอาการติดยาในระดับที่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 77.1 ระดับผู้ใช้ยา ร้อยละ 15.7 และในระดับผู้ติดยา ร้อยละ 7.1ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของผลการตรวจคัดกรองการใช้ยาเสพติด (n= 70)

ระดับอาการติดยาเสพติด		จำนวน	ร้อยละ
ผลการตรวจคัดกรองด้วยแบบ V2			
ผู้ใช้ (2-3 คะแนน)		11	15.7
ผู้เสพ (4-26 คะแนน)		54	77.1
ผู้ติดยา (27 คะแนน)		5	7.1
ค่าเฉลี่ย = 14.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.903			
ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ			
กลุ่มทดลอง	Negative	18	51.4
	Positive	17	48.6
กลุ่มควบคุม	Negative	14	40.0
	Positive	21	60.0
รวมทั้งหมด	Negative	32	45.7
	Positive	38	54.3

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการบำบัดซ้ำ

ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการติดยาจนกลับมาเสพยาซ้ำและต้องเข้าบำบัดซ้ำ คือ คนที่มีลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น จะสามารถป้องกันการบำบัดซ้ำ ได้ร้อยละ 90.2 $[(1 - 0.098) * 100 = 90.2]$, 95%CI = 0.011-0.915, $p = 0.02$) คนที่มีความถี่ในการเสพยาเสพติดน้อยครั้ง จะสามารถป้องกัน

การเสพยาซ้ำได้ร้อยละ 56.2 $[(1 - 0.438) * 100 = 56.2]$, 95%CI = 0.299-0.648, $p = 0.05$) และปัจจัยด้านสังคมโดยผู้ที่คบเพื่อนที่เสพยาเสพติดจะเสี่ยงต่อการเสพยาซ้ำมากกว่า 2 เท่า (OR = 2.276, 95%CI = 1.502-3.264, $p = 0.03$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการติดยาจนกลับมาเสพยาซ้ำและต้องเข้าบำบัดซ้ำ (n= 70)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การเสพยาเสพติดซ้ำ		OR	x ²	95%CI lower - upper	(p-value)
	ระดับการเสพยาซ้ำมาก (ร้อยละ)	ระดับการเสพยาซ้ำน้อย (ร้อยละ)				
ความสัมพันธ์ในครอบครัว						
- ราบรื่น	40.7	59.3	0.098	5.402	0.011-0.915	0.02*
- ไม่ราบรื่น	87.5	12.5				
ความถี่ในการเสพยา						
- 1-7 ครั้ง/สัปดาห์	56.3	43.8	0.438	3.474	0.295-0.648	0.05*
- 8-200 ครั้ง/สัปดาห์	74.6	25.4				
ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม						
- มีผลมาก	64.6	34.4	2.276	4.265	1.502-3.264	0.03*
- มีผลน้อย	45.2	54.8				

*(p < 0.05)

2. การเปรียบเทียบอาการติดยาเสพติดจากผลการตรวจคัดกรองการใช้ยาเสพติด

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการติดยาเสพติด จากผลการตรวจคัดกรองอาการติดยาเสพติด ด้วยแบบ บคก.กสธ.(V.2) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองระดับคะแนนเฉลี่ยของผลการตรวจคัดกรองการใช้ยาเสพติดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p = .532$)

ส่วนผลหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนอาการติดยาเสพติด จากการตรวจคัดกรองการใช้ยาเสพติดเฉลี่ยลดลง และต่ำกว่าค่าระดับคะแนนอาการติดยาเสพติดเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.771 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .031$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอาการติดยาเสพติด จากผลการตรวจคัดกรองการใช้ยาเสพติดด้วยแบบ V2 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n= 70)

ระดับคะแนนผลการตรวจคัดกรองการใช้ยาเสพติด (V2)		จำนวน	Mean	SD.	Mean Difference	t	df	95% Confidence Interval of the Difference		p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง							Lower	Upper	
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	35	13.54	9.287	-1.343	-6.28	68	-5.609	2.923	.532
ทดลอง	กลุ่มควบคุม	35	14.89	8.584						
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	35	8.43	6.550	-3.771	-2.198	68	-7.196	-.347	.031*
ทดลอง	กลุ่มควบคุม	35	12.20	7.757						

*(p < 0.05)

3. การเปรียบเทียบอาการติดยาเสพติดจากผลการตรวจคัดกรองการใช้ยาเสพติดระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการติดยาเสพติด จากผลการตรวจคัดกรองอาการติดยาเสพติด ด้วยแบบ บคก.กสธ.(V.2) ระหว่างก่อนการทดลองใช้สมุนไพรล้างพิษควบคู่กับการบำบัดด้วยระบบ Matrix Program และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired T-Test พบว่า หลังการทดลองระดับคะแนนอาการติดยาเสพติดเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกัน โดยลดลงจากค่าเฉลี่ย 13.54±9.287 คะแนน เป็นค่าเฉลี่ย 8.43±6.550 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่างกันถึง 5.114 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

ส่วนผลการเปรียบเทียบอาการติดยาเสพติด จากผลการตรวจคัดกรองอาการติดยาเสพติด ด้วยแบบ บคก.กสธ.(V.2) ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองระดับคะแนนอาการติดยาเสพติดเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกัน โดยลดลงจากค่าเฉลี่ย 14.89±8.584 คะแนน เป็นค่าเฉลี่ย 12.20±7.757 คะแนนซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่างกัน 2.686 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอาการติดยาเสพติด จากผลการตรวจคัดกรองการใช้ยาเสพติดด้วยแบบ V2 ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n= 70)

ระดับคะแนนผลการตรวจคัดกรองการใช้ยาเสพติด (V2)	จำนวน	Mean	Std. Deviation	Mean Differences	t	df	95% Confidence Interval of the Difference		p-value
							Lower	Upper	
							1) กลุ่มทดลอง		
ก่อนการทดลอง	35	13.54	9.287	5.114	5.962	34	3.371	6.857	<0.0001**
หลังการทดลอง	35	8.43	6.550						
2) กลุ่มควบคุม									
ก่อนการทดลอง	35	14.89	8.584	2.686	6.089	34	1.789	3.582	<0.0001**
หลังการทดลอง	35	12.20	7.757						

**($p < 0.0001$)

4. การเปรียบเทียบผลจากการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลจากการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้สมุนไพรล้างพิษควบคู่กับการบำบัดด้วยระบบ Matrix Program ในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ McNemar Test พบว่า กลุ่มทดลองมีผลตรวจ Positive ก่อนการทดลองร้อยละ 70.6 หลังการทดลองลดลงเหลือเพียงร้อยละ 29.4 ($Z=35.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p

< 0.0001) ส่วนกลุ่มควบคุมมีผลตรวจ Positive ก่อนการทดลองร้อยละ 42.9 แต่หลังการทดลองมีผลตรวจ Positive เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.1 ($Z=11.826$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ดังนั้น กลุ่มทดลองใช้สมุนไพรล้างพิษควบคู่กับการบำบัดด้วยระบบ Matrix Program มีสัดส่วนของการใช้สารเสพติดช้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะของผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง (n= 70)

ผลการตรวจปัสสาวะของผู้ป่วย				หลังการทดลอง		McNemar Test	
				Negative	Positive	(Z)	P-value
1) กลุ่ม ทดลอง	ก่อนการ ทดลอง	Negative	จำนวน (ร้อยละ)	18 (100.0)	0 (0.0)	35.000	<0.0001**
		Positive	จำนวน (ร้อยละ)	12 (70.6)	5 (29.4)		
		รวม	จำนวน (ร้อยละ)	30 (85.7)	5 (14.3)		
2) กลุ่ม ควบคุม	ก่อนการ ทดลอง	Negative	จำนวน (ร้อยละ)	14 (100.0)	0 (0.0)	11.826	0.001*
		Positive	จำนวน (ร้อยละ)	9 (42.9)	12 (57.1)		
		รวม	จำนวน (ร้อยละ)	23 (65.7)	12 (34.3)		

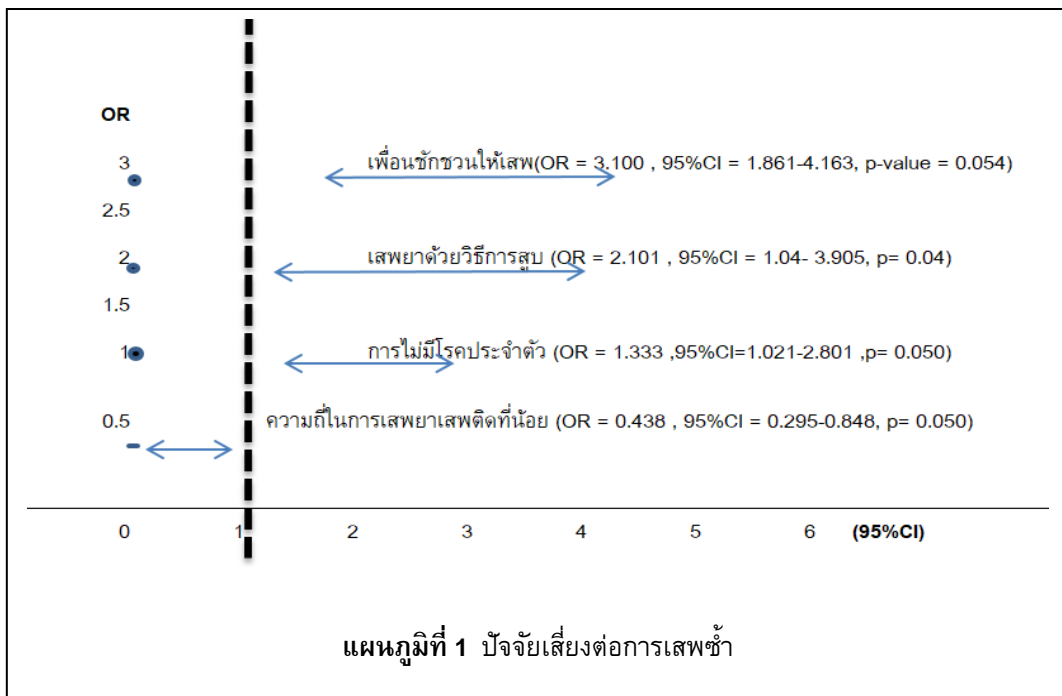
*($p < 0.05$) **($P < 0.0001$)

อภิปรายผลและสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองที่บูรณาการรูปแบบการบำบัดยาเสพติด ร่วมกับการใช้สมุนไพรในผู้ติดยาเสพติด โดยผลการวิจัยสามารถสรุปประเด็นสำคัญ พร้อมอภิปรายเหตุผลประกอบข้อค้นพบ ดังต่อไปนี้ ผลจากการทดลองใช้วิธีการบูรณาการรูปแบบการบำบัดกายจิตอารมณ์สังคมบำบัด ร่วมกับการใช้สมุนไพรในผู้ติดยาเสพติด พบว่าหลังการทดลองการบูรณาการ รูปแบบการบำบัด ร่วมกับการใช้สมุนไพรในผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย รางจืด ย่านางแดง ผักบั้งแดง อาการอยากยาลดลง และสามารถเลิกจากการเสพยาเสพติดได้ ทำให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับสังคมได้ปกติ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of life) จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยของสำนักงาน ป.ป.ส. จากการรวบรวมตำรับยาสมุนไพรที่นำมาใช้ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด เป็นตำรับและยาสมุนไพรช่วยแก้พิษสุราเรื้อรังและยาเสพติดต่างๆ และสมุนไพรที่ใช้ประกอบในตำรับยาที่พบในภาคใต้ ประกอบด้วยตำรับยาถอนพิษเป็นตัวยาค่ายาเย็น ได้แก่ ผักบั้งแดง ใบผักกะเจต ใบตำลึง ใบย่านาง เป็นยาถอนพิษ ลดไข้ รงลงมาใช้เถารางจืด (Office of the Narcotics Control Board, 2009) และการศึกษาที่พบว่า รางจืดมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทคล้ายกับสารเสพติดแอมเฟตามีน โดยไปเพิ่มการหลั่งสารโดปามีนซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่หลั่งมากขณะที่ผู้ป่วยได้รับสารแอม

เฟตามีน ทำให้คาดว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยสมุนไพรรางจืดอาจเกิดความพึงพอใจเช่นเดียวกับการรับ ยาเสพติดจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีการรักษาด้วยสารสมุนไพร อาการอยากยาลดลง และสามารถเลิกจากการเสพยาเสพติดได้ ทำให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับสังคมได้ปกติ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Thepkhun, 2014) นอกจากนี้ มีการศึกษาที่มีการรักษาอาการติดยาเสพติด และสุรา ด้วยสมุนไพรแบบดั้งเดิมสามารถให้การรักษาในการถอนพิษยา และป้องกันอาการกำเริบของโรค หรือการเสพยาซ้ำได้ ด้วยการใช้จ่ายน้อยลงและอาจมีผลข้างเคียงน้อย (Lu *et al.*, 2009) รวมทั้ง อีกการศึกษาหนึ่งที่ได้ศึกษาการใช้สารเสพติด (SUDs) ในหมู่ทหารผ่านศึกด้วยการตรวจคัดกรองและการรักษาด้วยโปรแกรมทางจิตอายุรเวท ให้ความรู้ความเข้าใจในระยะสั้น สร้างแรงบันดาลใจในการลดการใช้สารเสพติด และบำบัดตำรับยาเภสัช ผสมผสานกันส่งผลให้ช่วยลดอาการปวดหัว หรืออาการหดตัว และอาการข้างเคียงของยาเสพติดได้ Jenni *et al.*, (2017)

ข้อค้นพบจากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการมีประวัติการใช้ยาเสพติดที่เป็นยาบ้ามาก่อน ร้อยละ 93.9 เคยเข้ารับการรักษาเสพติดมาก่อน ร้อยละ 63.6 เมื่อทำการตรวจคัดกรองอาการติดยา พบการเสพยาซ้ำ ร้อยละ 54.3 และผลการตรวจคัดกรองอาการติดยาอยู่ในระดับผู้เสพ ร้อยละ 77.1 ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาซ้ำ สรุปได้ดังแผนภูมิที่ 1



จากแผนภูมิที่ 1 เป็นผลจากการศึกษานี้ที่วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงอันเป็นต้นเหตุสำคัญของการเสพยาเสพติดซ้ำ จนส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ สาเหตุหลัก คือ ปัจจัยด้านสังคม กรณีที่เพื่อนชักชวนให้เสพยาเสพติด (OR = 3.100, 95%CI = 1.861-4.163, p= 0.054) รองลงมาเป็นการไม่มีโรคประจำตัวเลยทำให้ผู้เสพยาไม่ระมัดระวัง (OR = 1.333, 95%CI=1.021-2.801, p= 0.050) ร่วมกับลักษณะการเสพยาเสพติดด้วยวิธีการสูบ (OR = 2.101, 95%CI = 1.04-3.905, p= 0.04) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านการป้องกันที่พบบ้างจากการวิจัยนี้ คือ ความถี่ในการเสพยาเสพติดที่น้อย (OR = 0.438, 95%CI = 0.295-0.848, p= 0.050) กล่าวคือ ผู้ที่มีอัตราการความถี่ในการเสพต่อสัปดาห์น้อยครั้ง จะช่วยป้องกันการเสพยาซ้ำได้ร้อยละ 56.2 [(1-0.438)*100=56.2]

จากปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาซ้ำ คือ ลักษณะการเสพยาเสพติดด้วยวิธีการสูบ การไม่มีโรคประจำตัว ความถี่ในการเสพยาเสพติด และปัจจัยด้านสังคมคือการชักชวนของเพื่อนให้เสพยาเสพติดนั้น เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยนี้จะพบความเชื่อมโยงด้านเหตุและผลที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่กล่าวมาส่งผลให้เกิดอัตราการเสพยาซ้ำและเข้าบำบัดซ้ำถึงร้อยละ 54.3 มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Brook et al., (2001) ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงสำหรับการใช้กัญชาในวัยรุ่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา แถบตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาซ้ำ กัญชา คือ บุคลิกภาพซึ่งสะท้อนถึงความเป็นตัวของวัยรุ่น

ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว การคบเพื่อน การใช้สารเสพติดที่ถูกกฎหมาย เช่น บุหรี่ สุรา และตัวแปรทางนิเวศวิทยา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kanato et al., (2017) ที่ศึกษารายงานสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทย และการประเมินค่ายบำบัดยาเสพติด ที่พบผลอันเป็นสาเหตุของการเสพยาเสพติดระดับประเทศที่คล้ายกับการศึกษาของ Phakdeeku et al., (2017) และ Penglao et al., (2017) ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำท่า เขตจังหวัดสกลนคร และจังหวัดนครพนม พบว่า สาเหตุสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การเริ่มเสพสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย การมีเพื่อนที่เสพยาเสพติด เพื่อนชักชวนให้เสพยาเสพติด การโฆษณา และสิ่งแวดล้อมในชุมชน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขพื้นที่จังหวัดสกลนครและนครพนมทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ที่ช่วยประสานและสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยที่สมัครเข้าร่วมโครงการ และกลุ่มผู้ประกอบการคลัสเตอร์สมุนไพรภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ช่วยสนับสนุนผลิตภัณฑ์สมุนไพรชาขงล่างพิษ มา ณ โอกาสนี้

References

- Becker ML, Kallewaard M, Caspers PWJ, Visser LE, Leufkens H, Stricker BHCh. Hospitalisations and emergency department visits due to drug–drug interactions: a literature review. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2007; (16)6: 641-51.
- Brook JS, Brook DW, Arencibia-Mireles O, Richter L, Whiteman M. Risk factors for adolescent marijuana use across cultures and across time. *J Genet Psychol*. 2001 Sep;162(3):357-74.
- Department of Medical. *Screening for drug*. Nonthaburi: Department of Medical; 2017.
- Harm Reduction International. *The Global State of Harm reduction*. London: Harm Reduction International; 2016.
- Health Administration Division. *Annual Report 2016*. Bangkok: Health Administration Division; 2017.
- Jenni B Teeters^{1,2} Cynthia L Lancaster^{1,2} Delisa G Brown³ Sudie E Back^{1,2}. Substance use disorders in military veterans: prevalence and treatment challenges. *Substance Abuse and Rehabilitation*. 2017; (8) 69–77.
- Kanato, M. *Epidemic Situation of Ice*. Bangkok: Charansanitwong Printing Co., Ltd.; 2012.
- Kanato M, Leyatikul P, Choomwattana C, et al. ASEAN Drug Monitoring Report 2016. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2017.
- Lu L, Liu Y, Zhu W, et al. Traditional Medicine in the Treatment of Drug Addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2009; 35(1): 1-11.
- Ministry of Public Health. *Screening for drug*. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014.
- Office of the Narcotics Control Board. *Herb recipe*. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2009.
- Penglao Y, Phakdeekul W, and Kedthongma W. *Situation and Associated Factor of Drinking, Smoking and Application of herbs in the Area of Nam Kam River, Thailand*. Universal Academic Cluster International Spring Conference in Kyoto, April 17- 19, 2017. 113-19.
- Phakdeekul W, Kedthongma W, Deela T, Srihata S, Lekla D, Wattanabu J. *Therapy Model Integration for Drug Addiction with Herbs*, The 1st Nontri International Conference : Kasetsart University, Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus, Thailand, November 26, 2017.180-85.
- Phakdeekul W, Thongkrajai T, Eiamprapai P, Kanato M. Risk Factors to Alcohol Law Violations in the Community: Quasi-Experimental Study. *American Journal of Applied Sciences*, 2011; (12): 1343-48.
- Phimarm W, Watcharachaipat T, Sungthong B, Caichompoo W, Saramunee K. A Systematic Review and Meta-analysis on Efficacy of *Thunbergia laurifolia* L. In Pesticide Intoxication In Blood stream. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2016; (11): 264-274.
- Suwannanon A, et al. *Personal Factors Related to be Relapse Drug Users*. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2007.
- Thepkhun N. *The Efficiency of Thunbergia Laurifolia Tea for the detoxification of Drug Addicted patients Using Amphetamine in Thanyaruk Pattani Hospital*. Pattani: Thanyaruk Pattani Hospital; 2014.
- United Nations Office on Drugs and Crime. *Annual Report 2015*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2016.
- World Health Organization. *Harm reduction and brief interventions for ATS users*. Technical Briefs on amphetamine-type stimulants (ARS), 2012; (1): 7-12.
- Zhu W, Zhang Y, Huang Y, Lu L. Chinese Herbal Medicine for the Treatment of Drug Addiction. *International Review of Neurobiology*, 2017; (135): 279-95.