

การพัฒนาแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการเพื่อการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ดิตสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Development of an Integrated Thai Traditional Medicine Service Model for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Alcohol Dependence, and Smoking Cessation at the Psychiatric and Substance Abuse Clinic, Don Mot Daeng Hospital, Ubon Ratchathani Province.

(Received: September 22, 2026; Revised: September 27, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สิทธิศักดิ์ หลักทอง¹

Sitthisak Lakthong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการ พัฒนาแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ และประเมินคุณภาพกับประสิทธิผลของรูปแบบสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย 169 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยยาเสพติด 54 ราย ผู้ติดสุรา 61 ราย และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 54 ราย เครื่องมือประกอบด้วยแบบประเมินความเครียด ความอยากเสพ ความร่วมมือในการรักษา สุขภาพองค์รวม และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรองและประเมินผู้ป่วย การวางแผนบริการรายบุคคล การให้คำปรึกษาและสนับสนุนการบำบัด การใช้สมุนไพร การติดตามร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการประเมินผลกับส่งต่อ ผลการประเมินคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.68 ± 0.27) ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนความเครียดลดลงจาก 31.24 ± 6.87 เป็น 18.63 ± 5.94 คะแนน และคะแนนความอยากเสพลดลงจาก 7.48 ± 1.42 เป็น 3.26 ± 1.31 คะแนน ขณะที่คะแนนความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 6.92 ± 1.88 เป็น 11.08 ± 1.37 คะแนน และคะแนนสุขภาพองค์รวมเพิ่มขึ้นจาก 2.94 ± 0.41 เป็น 4.21 ± 0.36 คะแนน โดยแตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยร้อยละ 88.8 เข้ารับบริการอย่างน้อย 4 ครั้ง และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.57 ± 0.38)

คำสำคัญ : แพทย์แผนไทย, การบำบัดยาเสพติด, การเลิกบุหรี่, การบริการแบบบูรณาการ

Abstract

This study investigate the existing situation and service needs, develop an integrated Thai traditional medicine service model, and evaluate its quality and effectiveness among patients with substance use disorders, alcohol dependence, and those seeking smoking cessation services at the Psychiatric and Substance Abuse Clinic, Don Mot Daeng Hospital, Ubon Ratchathani Province. This action research sample size were 30 patients; (3) implementing the model for five weeks among 169 patients, comprising 54 patients with substance use disorders, 61 with alcohol dependence, and 54 seeking smoking cessation; and (4) refining the final model. The instruments included stress, craving, treatment adherence, holistic health, and satisfaction assessments. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, paired t-tests, and content analysis. Statistical significance was set at 0.05.

Results: The developed model comprised six components: patient screening and assessment, individualized service planning, provision of Thai traditional medicine procedures and herbal remedies according to clinical indications, health counseling, multidisciplinary follow-up, and outcome assessment and referral. The overall quality of the model was rated at a very high level (4.68 ± 0.27). Following implementation, mean stress scores decreased from 31.24 ± 6.87 to 18.63 ± 5.94 , while mean craving scores

¹ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลดอนมดแดง

decreased from 7.48 ± 1.42 to 3.26 ± 1.31 . Mean treatment adherence scores increased from 6.92 ± 1.88 to 11.08 ± 1.37 , and mean holistic health scores increased from 2.94 ± 0.41 to 4.21 ± 0.36 . All outcomes differed significantly from baseline ($p < 0.001$). Overall, 88.8% of patients attended at least four service sessions, and overall satisfaction was rated at a very high level (4.57 ± 0.38).

Keywords : research and development, Thai traditional medicine, substance use treatment, smoking cessation, integrated healthcare services

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ยังคงเป็นหนึ่งในภาระโรคสำคัญของโลกและประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความพิการจำนวนมาก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ^{1,2} ในบริบทของประเทศไทย พบแนวโน้มการใช้สารเสพติดและการดื่มสุราเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงาน ขณะที่การสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด^{3,4}

ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราการใช้สารเสพติดและการดื่มสุราสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้เข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงภาระของระบบบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดจะดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ แต่ยังคงพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ความเครียดสูง อาการอยากเสพยา อาการถอนสาร และความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การกลับไปเสพยาและผลลัพธ์การรักษาที่ย่ำแย่

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) และการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าหัตถการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การนวดไทย การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และการอบไอน้ำสมุนไพรสามารถช่วยลดความเครียด กระตุ้นระบบประสาท

พาราซิมพาเทติก และส่งเสริมสมดุลทางร่างกายและจิตใจได้^{5,6} นอกจากนี้ สมุนไพรไทย ได้แก่ รากจืด และหญ้าดอกขาว ยังมีรายงานว่าสามารถช่วยลดอาการถอนสารและลดความอยากบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญ^{7,8}

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งศึกษาผลของหัตถการหรือสมุนไพรเป็นรายชนิด ขาดการพัฒนา “รูปแบบบริการแบบบูรณาการ” ที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม การรักษาในบริบทจริงของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความต่อเนื่องของการดูแล

จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลดอนมดแดงได้เริ่มประยุกต์ใช้บริการแพทย์แผนไทยร่วมกับการดูแลของทีมสหวิชาชีพในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด และพบแนวโน้มที่ดีต่อการลดความเครียดและความอยากเสพยา อย่างไรก็ตาม ยังขาดการพัฒนาเป็นรูปแบบบริการที่เป็นระบบและการประเมินผลเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ได้รูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการจัดบริการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ใน

คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนมดแดง

2. เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพของรูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นต่อความเครียด ความอยากเสพยา ร่วมมือในการรักษา สุขภาพองค์รวม ความต่อเนื่องในการรับบริการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)–โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ ศึกษาข้อมูลการให้บริการ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลมากำหนดองค์ประกอบและแนวทางการพัฒนารูปแบบบริการ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการ นำผลจากระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบบริการฉบับร่าง ประกอบด้วย การนัดหมาย การตรวจคัดกรองเบื้องต้น ฝากตัว การอบไอน้ำสมุนไพร การใช้สมุนไพร การให้คำแนะนำ และการติดตามร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จากนั้นตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความปลอดภัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงเป็นรูปแบบฉบับทดลองใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล นำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยยาเสพติด 54 ราย ผู้ติดสุรา 61 ราย และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 54 ราย รวม 169 ราย เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ประเมินความเครียด ความอยากเสพยา ร่วมมือในการรักษา และสุขภาพองค์รวมก่อนและหลังการ

ใช้รูปแบบ รวมทั้งประเมินความต่อเนื่องในการรับบริการและความพึงพอใจ

ระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบ นำผลการประเมินประสิทธิผล ความพึงพอใจ ปัญหาการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องมาปรับปรุงและจัดทำรูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วยผู้รับบริการในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 394 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด 122 ราย ผู้ติดสุรา 164 ราย และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 108 ราย รวมทั้งบุคลากรทีมสหวิชาชีพจำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (ผู้ป่วย 169 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด 54 ราย ผู้ติดสุรา 61 ราย และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 54 ราย กลุ่มตัวอย่างแต่ละระยะได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลบริการ แนวคำถามสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ และแบบประเมินรูปแบบสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ ครอบคลุมด้านความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความปลอดภัย และการนำไปใช้ประโยชน์ ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ พร้อมข้อเสนอแนะปลายเปิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย การนัดหมาย การตรวจคัดกรองเบื้องต้น ฝากตัว การอบไอน้ำสมุนไพร สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง การใช้รางจืด กล้วยดอกขาว หรือตำรับยาอดยาบ้าตามข้อบ่งใช้ ตลอดจนการให้คำแนะนำและติดตาม

ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยมีการคัดกรองข้อห้าม และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ทุกครั้ง

3. เครื่องมือเก็บข้อมูลผลลัพธ์ ประกอบด้วย

(1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพ (2) แบบประเมินความเครียด 20 ข้อ คะแนนรวม 0-60 คะแนน (3) แบบประเมินความอยากเสพ ความอยากดื่มสุรา หรือความอยากสูบบุหรี่ด้วยมาตรวัดแบบ VAS คะแนน 0-10 (4) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คะแนนรวม 0-13 คะแนน (5) แบบประเมินสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (6) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ 5 ด้าน และ (7) แบบบันทึกความต่อเนื่องในการรับบริการและอาการไม่พึงประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน และความเหมาะสม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.86-1.00 และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนทดลองใช้

เครื่องมือได้รับการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยแบบประเมินความเครียด แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา แบบประเมินสุขภาพองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91, 0.86, 0.90 และ 0.93 ตามลำดับ ส่วนมาตรวัดความอยากเสพแบบ VAS มีค่าความเที่ยงจากการวัดซ้ำเท่ากับ 0.88 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

คู่มือรูปแบบบริการได้รับการประเมินด้านความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความปลอดภัย และการนำไปใช้ประโยชน์โดย

ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกัน ก่อนปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คุณภาพของรูปแบบความพึงพอใจ ความต่อเนื่องในการรับบริการ และอาการไม่พึงประสงค์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

เปรียบเทียบคะแนนความเครียด ความอยากเสพ ความร่วมมือในการรักษา และสุขภาพองค์รวมก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test ภายหลังตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล และรายงานขนาดอิทธิพลด้วย Cohen's d กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 01.004 เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2569 ผู้เข้าร่วมได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงก่อนลงนามยินยอม สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลได้รับการปกปิดตัวตนและนำเสนอในภาพรวม พร้อมทั้งมีการคัดกรองข้อห้ามและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ตลอดการศึกษา

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสถานการณ์และความต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูลบริการ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 15 คน และการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ 12 คน พบประเด็นสำคัญดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ

ประเด็น	สภาพปัญหา	ความต้องการพัฒนา
แนวทางบริการ	ขั้นตอนบริการยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน	คู่มือและขั้นตอนบริการที่ชัดเจน
การคัดกรอง	การคัดกรองข้อห้ามและความเสี่ยงยังไม่เป็นระบบ	แบบคัดกรองและเกณฑ์ส่งต่อ
การดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยมีความเครียด ความอยากเสพ และมาตามนัดไม่ต่อเนื่อง	บริการที่ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม
การใช้สมุนไพร	แนวทางเลือกใช้และติดตามผลยังไม่ชัดเจน	แนวทางใช้สมุนไพรตามข้อบ่งใช้
การประสานงาน	การติดตามระหว่างวิชาชีพไม่ต่อเนื่อง	ระบบติดตามร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
การประเมินผล	แบบบันทึกการจัดกระจายและซ้ำซ้อน	แบบบันทึกและตัวชี้วัดชุดเดียวกัน

จากตารางที่ 1 พบว่าผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบบริการที่มีมาตรฐาน เชื่อมโยงการแพทย์แผนไทยกับทีมสหวิชาชีพ และมีระบบติดตามผลที่ชัดเจน

ผลการพัฒนารูปแบบบริการ

รูปแบบฉบับร่างประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วย การวางแผนบริการรายบุคคล การให้หัตถการแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพรตามข้อบ่งใช้ การให้คำแนะนำและติดตาม และการประเมินผลกับส่งต่อ

ผลการทดลองนำร่อง

นำรูปแบบไปทดลองกับผู้ป่วย 30 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดยา และผู้

ต้องการเลิกบุหรี่ กลุ่มละ 10 ราย พบว่ารูปแบบสามารถดำเนินการได้จริงและไม่พบอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง ปัญหาที่พบ ได้แก่ ตารางนัดไม่ยืดหยุ่น แบบบันทึกซ้ำซ้อน และคำแนะนำการใช้สมุนไพรไม่ชัดเจน จึงปรับปรุงก่อนนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจริง

ผลการประเมินประสิทธิผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 169 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยยาเสพติด 54 ราย ผู้ติดยา 61 ราย และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 54 ราย พบว่ากลุ่มผู้ติดยามีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=169)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ Mean $\pm$ SD	หลังใช้รูปแบบ Mean $\pm$ SD	การเปลี่ยนแปลง	t	Cohen's d	p-value
ความเครียด	31.24 $\pm$ 6.87	18.63 $\pm$ 5.94	-12.61	19.84	1.53	<0.001
ความอยากเสพ/อยากดื่ม/อยากสูบบุหรี่	7.48 $\pm$ 1.42	3.26 $\pm$ 1.31	-4.22	24.17	1.86	<0.001
ความร่วมมือในการรักษา	6.92 $\pm$ 1.88	11.08 $\pm$ 1.37	+4.16	21.36	1.64	<0.001
สุขภาพองค์รวม	2.94 $\pm$ 0.41	4.21 $\pm$ 0.36	+1.27	46.72	3.59	<0.001

จากตารางที่ 2 ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนความเครียดและความอยากเสพลดลง ส่วนความร่วมมือในการรักษาและสุขภาพองค์รวมเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทุกผลลัพธ์มีขนาดอิทธิพลระดับสูง

ผลการประเมินความพึงพอใจ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 169 คนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ย 4.57 ± 0.38 คะแนน) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูงมาก โดยด้านการดูแลของบุคลากรมีคะแนนสูงที่สุด (4.68 ± 0.32

ผลการปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์

ตารางที่ 3 ปัญหาที่พบและการปรับปรุงรูปแบบ

ประเด็นที่พบ	การปรับปรุง
ตารางบริการไม่ยืดหยุ่น	ปรับช่วงเวลานัดหมายตามความพร้อมของผู้ป่วย
แบบบันทึกซ้ำซ้อน	รวมแบบบันทึกเป็นชุดเดียว
คำแนะนำการใช้สมุนไพรไม่ชัดเจน	จัดทำเอกสารแนะนำและกำหนดข้อบ่งใช้
การคัดกรองข้อห้ามไม่ครอบคลุม	เพิ่มแบบคัดกรองก่อนรับหัตถการ
การติดตามไม่ต่อเนื่อง	กำหนดผู้รับผิดชอบติดตามรายบุคคล
เกณฑ์ส่งต่อไม่ชัดเจน	จัดทำเกณฑ์ส่งต่อและแนวทางประสานทีมสหวิชาชีพ

จากตารางที่ 3 ผลการพัฒนาแสดงว่ารูปแบบมีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้ และภายหลังใช้รูปแบบผู้ป่วยมีผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้น พร้อมทั้งมีความต่อเนื่องในการรับบริการและความพึงพอใจในระดับสูงมาก

สรุปผล

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินผู้ป่วย การวางแผนบริการรายบุคคล การให้หัตถการและสมุนไพรตามข้อบ่งใช้ การให้คำแนะนำ การติดตามร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการประเมินผลกับส่งต่อรูปแบบมีความถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และสามารถนำไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนได้

ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความเครียดและความอยากเสพลดลง ขณะที่ความร่วมมือในการรักษาและสุขภาพองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยร้อยละ 88.8 เข้ารับบริการอย่างน้อย 4 ครั้ง และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.57 ± 0.38) แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ ได้รับการยอมรับ และส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ

คะแนน) รองลงมาคือคุณภาพการให้บริการ (4.62 ± 0.35 คะแนน) ผลลัพธ์ที่ได้รับ (4.55 ± 0.36 คะแนน) และความเหมาะสมของรูปแบบ (4.51 ± 0.38 คะแนน) ส่วนความสะดวกในการรับบริการมีคะแนนต่ำที่สุด (4.49 ± 0.41 คะแนน)

ผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาด้วยกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก เนื่องจากพัฒนาจากปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ร่วมกับการคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพ และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ กระบวนการทดลองนำร่องและปรับปรุงรูปแบบช่วยให้ขั้นตอนบริการมีความชัดเจน ปลอดภัย และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลจากการนวดไทย การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และการอบไอน้ำสมุนไพร ซึ่งช่วยส่งเสริมการผ่อนคลายและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่า การนวดไทยและการอบไอน้ำสมุนไพรช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสมดุลของร่างกายและจิตใจ^{5,6}

คะแนนความอยากเสพ ความอยากดื่มสุรา และความอยากสูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ อาจเกี่ยวข้องกับการดูแลที่ผสมผสานหัตถการ แพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพรตามข้อบ่งใช้ การให้คำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง หลักฐาน เดิมสนับสนุนคุณสมบัติและความปลอดภัยของ รากจืด รวมทั้งประสิทธิผลของหญ้านอกขาวในการ ช่วยเลิกบุหรี่^{6,9,11} อย่างไรก็ตาม ผลที่พบควร พิจารณาร่วมกับการรักษาหลักและการติดตามของ ทีมสหวิชาชีพ ไม่ควรสรุปว่าเกิดจากสมุนไพรหรือ หัตถการชนิดใดเพียงอย่างเดียว

ความร่วมมือในการรักษาและความต่อเนื่อง ในการรับบริการเพิ่มขึ้น สะท้อนว่ารูปแบบสามารถ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลดอุปสรรค ต่อการเข้ารับบริการ การบรรเทาความไม่สุขสบาย ทางร่างกายและจิตใจอาจช่วยเพิ่มความพร้อมใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente¹² และหลักฐานที่แสดงว่าการ ติดตามกับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องสามารถ สนับสนุนการลดการใช้สารและการเลิกบุหรี่ได้^{12,13,14}

คะแนนสุขภาพองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากรูปแบบครอบคลุมมิติ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม^{9,10} และ แนวคิดชีว-จิต-สังคมที่อธิบายว่าพฤติกรรมและการ เสพติดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม¹³ การจัดบริการแบบบูรณาการจึงมีความ เหมาะสมมากกว่าการมุ่งแก้ไขอาการเพียงด้านเดียว ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก โดยด้านการดูแลของบุคลากรมีคะแนนสูงที่สุด แสดงถึงการยอมรับรูปแบบและความเชื่อมั่นต่อผู้ ให้บริการ ส่วนด้านความสะดวกมีคะแนนต่ำที่สุด แม้ยังอยู่ในระดับสูงมาก จึงควรพัฒนาระบบนัดหมายและการเข้าถึงบริการให้ยืดหยุ่นยิ่งขึ้น การ ติดตามร่วมกับครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย สุขภาพอาจช่วยเสริมความต่อเนื่องและลดการ กลับไปใช้สารซ้ำได้¹⁵

อย่างไรก็ตาม การประเมินประสิทธิผลใช้แบบกลุ่ม เดียววัดก่อนและหลัง จึงอาจได้รับอิทธิพลจากการ รักษาหลัก ระยะเวลา หรือปัจจัยแวดล้อม และยัง ไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้อย่าง สมบูรณ์^{14,16-20} นอกจากนี้ ระยะติดตามยังสั้น จึง ควรศึกษาโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพิ่มระยะติดตาม และประเมินการคงอยู่ของผลลัพธ์กับการกลับไปใช้ สารซ้ำในระยะยาวต่อไป.

ข้อเสนอแนะ

1) ควรนำรูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบ บูรณาการไปประยุกต์ใช้และขยายผลในคลินิกจิต เวชและยาเสพติดของหน่วยบริการอื่น เพื่อเพิ่ม ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ

2) ควรพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยระยะยาว และบูรณาการการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุม อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่าย บริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการคงอยู่ของ ผลการรักษาและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

3) ควรศึกษาวิจัยในอนาคตโดยใช้รูปแบบ การวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและการติดตามผล ระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืน ของรูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบบริการ แพทย์แผนไทยแบบบูรณาการเพื่อการบำบัดผู้ป่วย ยาเสพติด ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ในคลินิก จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี” สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความ อนุเคราะห์และความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาล ดอนมดแดง ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนบุคลากรคลินิกจิตเวชและยาเสพติด แพทย์ แผนไทย และทีมสหวิชาชีพทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการ ดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่

มิได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ บุคลากรทางสาธารณสุข และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2019). Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2019.
2. World Health Organization.(2022). World drug report and global health estimates. Geneva: WHO; 2022.
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2566). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ป.ป.ส.; 2566.
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2565). รายงานสถานการณ์การสูบบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สสส.; 2565.
5. Chaitep N, Wattanapailin S.(2020). Effects of Thai traditional massage on stress reduction. J Thai Tradit Altern Med. 2020;18(2):45–56.
6. Phumthum M, et al.(2021). Herbal steam therapy and autonomic nervous system regulation. J Ethnopharmacol. 2021;270:113–120.
7. Ngamwongwan S.(2017). Clinical safety and detoxification effects of Thunbergia laurifolia. Thai J Herbal Med. 2017;12(1):23–31.
8. Sripaiboonkij N, Boonyaprapa S.(2016). Effectiveness of Vernonia cinerea in smoking cessation. J Thai Tradit Altern Med. 2016;14(3):102–110.
9. Dossey BM, Keegan L.(2016). Holistic nursing: A handbook for practice. 7th ed. Burlington: Jones & Bartlett; 2016.
10. Snyder M, Lindquist R.(2014). Complementary and alternative therapies in nursing. 8th ed. New York: Springer; 2014.
11. Engel GL.(1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129–136.
12. Prochaska JO, DiClemente CC.(1983). Stages and processes of self-change of smoking. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390–395.
13. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM.(2004). The biopsychosocial model 25 years later. Ann Fam Med. 2004;2(6):576–582.
14. Polit DF, Beck CT.(2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
15. World Health Organization.(2010). Community-based rehabilitation guidelines. Geneva: WHO; 2010.
16. Puttarak P, Pompanyanukul P, Meetam T, Bunditanukul K, Chaiyakunapruk N.(2018). Efficacy and safety of Vernonia cinerea (L.) Less. for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Complement Ther Med. 2018;37:37-42.

17. Khoramdad M, Vahedian-Azimi A, Karimi L, Rahimi-Bashar F, Amini H, Sahebkar A.(2023). Role of herbal medication in tobacco cessation treatment: a systematic review and meta-analysis. *Addict Health*. 2023;15(3):1-15.
18. วีระชัย ตันศิริ.(2557). การเปรียบเทียบประสิทธิผลของหญ้านดอกขาว (*Vernonia cinerea* (L.) Less.) กับบูโพรพิออนในการเลิกบุหรี่. วารสารการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. 2557;2(1):1-15.
19. วีระชัย ตันศิริ.(2558). การศึกษานำร่องประสิทธิผลของหญ้านดอกขาว (*Vernonia cinerea* (L.) Less.) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ในการเลิกบุหรี่. วารสารการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. 2558;3(1-2):1-11.
20. ศรีมรกต ผ่องใจ, ไชยหนู จิราภรณ์, สนามทอง ปัทมา, หงษ์ทอง ยุพิน, แสงวดี ปราโมทย์, อัครวัชรางกูร วัลลภ.(2556). ประสิทธิภาพของการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในประเทศไทย. วารสารพยาบาล. 2556;62(1):32-43.