

ประสิทธิผลของมินิธัญารักษ์และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติดที่ คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

The effectiveness in Mini-Thanyarak and the matrix program on relapse prevention
among substance abuse patients at Sri Muang Mai Hospital.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

วศรัณ วฒนธีรางกูร¹

Wasarun Wattanateerangura¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดในมินิธัญารักษ์ (FAST Model) และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำใน 3 เดือนแรกหลังจบโปรแกรม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัด FAST Model และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัด Matrix Program จำนวนกลุ่มละ 10 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดที่คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ การเก็บข้อมูลดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยแบ่งเป็นช่วงบำบัดจริง 3 เดือน และช่วงติดตามผล 3 เดือนหลังจบโปรแกรม ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนมิถุนายน 2568 สถิติที่ใช้ Fisher's Exact Test, Independent Samples t-test, Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา: พบว่าไม่มีผู้ป่วยในกลุ่ม FAST Model รายใดกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำภายใน 3 เดือน (ร้อยละ 0.0) ในขณะที่กลุ่ม Matrix Program มีผู้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำร้อยละ 30.0 แม้ผลลัพธ์จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.21$) แต่แสดงแนวโน้ม FAST Model มีประสิทธิผลมากกว่า ผู้ป่วยในกลุ่ม FAST Model มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.01$) และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระหว่างการบำบัด ขณะที่กลุ่ม Matrix Program มีผู้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 40.0 ระหว่างการบำบัด ($p = 0.046$) นอกจากนี้ กลุ่ม FAST Model มีทัศนคติต่อการบำบัดและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากทุกแหล่งดีกว่ากลุ่ม Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ปัจจัยที่ช่วยป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ การได้รับกำลังใจและการติดตามจากเจ้าหน้าที่ การมีเครือข่ายสังคมใหม่ การมีตารางกิจกรรมชัดเจน และการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเดิมที่เคยกระตุ้นพฤติกรรมเสพยา ร่วมกับการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและทักษะในการจัดการความเครียด

คำสำคัญ (Keywords) : โปรแกรมบำบัด, มินิธัญารักษ์ (FAST Model), Matrix Program, การกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ, ผู้ติดยาเสพติด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the effectiveness of the Mini-Thanyarak treatment program (FAST Model) and Matrix Program in reducing relapse among substance abuse patients and study factors affecting relapse prevention within the first 3 months after program completion. Divided participants into two groups: FAST Model and Matrix Program recipients, with 10 participants each. The sample consisted of substance abuse patients at Sri Muang Mai Hospital's Drug Treatment Clinic. Data collection spanned 6 months (3-month treatment phase and 3-month follow-up) from January to June 2025. Statistical analyses included Fisher's Exact Test, Independent Samples t-test, Paired Samples t-test, and qualitative content analysis.

Results: No FAST Model patients relapsed within 3 months (0.0%) while 30.0% of Matrix Program patients relapsed. Although not statistically significant ($p = 0.21$), trends indicated the FAST Model may be more effective. FAST Model patients showed significantly reduced stress levels ($p = 0.01$) with no aggressive behavior during treatment, while 40.0% of Matrix Program exhibited aggressive behavior ($p = 0.046$). The FAST Model group

¹ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

demonstrated significantly better treatment attitudes and perceived social support from all sources compared to the Matrix Program ($p < 0.001$). Factors helping prevent drug relapse included receiving encouragement and follow-up from staff, having new social networks, clear activity schedules, changing environments that previously triggered drug use behavior, and building confidence and stress management skills.

Keywords: Treatment program, Mini-Thanyarak (FAST Model), Matrix Program, Relapse, Drug addiction patients

บทนำ

ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขและความมั่นคงที่สำคัญในระดับโลก รายงานยาเสพติดโลกประจำปี 2567 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ชี้ให้เห็นถึงอันตรายที่เพิ่มขึ้นจากการขยายตัวของการใช้ยาเสพติดและตลาดผิดกฎหมายทั่วโลกจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 292 ล้านคนในปี 2565 ซึ่งเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา และประมาณ 64 ล้านคนทั่วโลกประสบปัญหาความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด (Drug Use Disorders: DUDs) ทว่ามีเพียงหนึ่งในสิบเอ็ดคนเท่านั้นที่ได้รับการบำบัด¹ ช่องว่างในการบำบัดรักษานี้สะท้อนถึงวิกฤตสาธารณสุข ซึ่งวิธีการแบบเดิมอาจไม่เพียงพอต่อการบำบัด จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการนำโปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิผล และยืดหยุ่น เพื่อบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้น

ในบริบทของประเทศไทย เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ยังคงเป็นสารเสพติดที่พบมากที่สุด ซึ่งประเทศไทยยังถูกระบุว่ามีการตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนสูงสุดในเอเชีย คิดเป็นร้อยละ 66 ของทั้งหมดในปี 2561² ซึ่งโดยทั่วโลกประมาณร้อยละ 40-60 ของผู้ที่เคยเสพยาเสพติดกลับไปใช้ซ้ำ³ สำหรับในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 54.1 ของผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนกลับไปเสพยาซ้ำภายใน 7 วัน⁴ การที่อัตราการกลับไปเสพยาซ้ำสูงจึงจำเป็นต้องมีแนวทางการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมและปรับเปลี่ยนได้ในระยะยาว ซึ่งนอกเหนือจากการล้างพิษในระยะสั้น ควรคำนึงถึงการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งต้องเข้าใจว่าการติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการบำบัดรักษาไม่สามารถจำกัดอยู่แค่ระยะเฉียบพลันเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ควรสร้างทักษะ กลยุทธ์การ

ป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ และแผนการดูแลที่ปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งคำนึงถึงโอกาสในการกลับไปใช้ยา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งการปราบปราม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมไปถึงการติดตามผลเพื่อป้องกันการติดยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วยเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ซึ่งสถานการณ์ปัญหายาเสพติดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พบว่ามีความสลับซับซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งต่อผู้เสพ ครอบครัว ชุมชน และความมั่นคงของประเทศ ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ของประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ใช้และผู้ติดยาเสพติดในฐานะ "ผู้ป่วย" โดยมุ่งเน้นที่ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรม และสังคมมากกว่าการดำเนินคดีอาญา นโยบายนี้ให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาแบบสมัครใจเป็นระบบหลัก โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการใช้ยาเสพติด และลดทอนเศรษฐกิจผิดกฎหมาย⁵

โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ได้นำแนวทาง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบกาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) มาใช้ตั้งแต่ปี 2559 และได้เริ่มเปิดให้บริการบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ (FAST Model) ภายในโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นแห่งแรกของจังหวัด ในเดือนกรกฎาคม 2566 (เปิดให้บริการครั้งที่ 10 เดือน) ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่เปิดให้บริการบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบดังกล่าว และมีการให้บริการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติดในสองรูปแบบหลักนี้ มาอย่างต่อเนื่อง และต่อมาในปีงบประมาณ 2568 เปิดให้บริการเพิ่มขึ้นเป็น 12 เดือน ซึ่งปัจจุบัน

มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ จำนวน 15 คน และเข้ารับการบำบัดในรูปแบบ Matrix Program ที่คลินิกบำบัดสารเสพติด จำนวน 40 คน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าปัญหาการกลับไปเสพซ้ำเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดให้หายขาดอย่างถาวร แม้ว่าจะมีโปรแกรมบำบัดหลากหลายรูปแบบ แต่อัตราการกลับไปเสพซ้ำยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทาย โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร

Matrix Program หรือการบำบัดแบบกายจิต สังคม (Matrix Program) เป็นรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยนอกที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในประเทศไทย พัฒนามาจาก UCLA ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเน้นการให้องค์ความรู้ ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยทั่วไป Matrix Program ประกอบด้วยระยะเข้มข้น (Intensive Phase) ประมาณ 4 เดือน และระยะติดตามดูแล (After Care Program) อีก 8 เดือน⁶ ในขณะที่มินิธัญญารักษ์ โดยเฉพาะในรูปแบบที่ใช้ FAST Model ซึ่งมีองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของครอบครัว การช่วยเหลือตนเอง และชุมชนบำบัด อาจมีหลักการบางส่วนที่สอดคล้องกับการสนับสนุนทางจิตสังคมของ Matrix Program แต่มีความแตกต่างที่สำคัญคือ มินิธัญญารักษ์เป็นรูปแบบการบำบัดแบบผู้ป่วยใน หรือแบบพักค้าง (Residential Model) สำหรับการดูแลระยะกลางและระยะยาว ในขณะที่ Matrix Program มักดำเนินการในรูปแบบผู้ป่วยนอก^{7,8}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมมินิธัญญารักษ์ และ Matrix Program ในการลดการกลับไปเสพซ้ำ ของผู้ป่วยยาเสพติดในช่วง 3 เดือนแรกอย่างชัดเจน สำหรับ Matrix Program มีการระบุว่าโปรแกรมนี้นิยมใช้ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน (22-24 ครั้ง) สามารถนำไปสู่การลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำและความถี่ในการใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ติดแอมเฟตามีน

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าประสิทธิผลของ Matrix Program ในบางบริบทอาจ "ยังไม่ดีพอ" และควรได้รับการปรับปรุงในด้านการคัดเลือกผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของชุมชน^{9,10} ในส่วนของ โปรแกรมมินิธัญญารักษ์ มีการศึกษาพบว่าทั้งโปรแกรม FAST และโปรแกรมที่เน้นชุมชนเป็นศูนย์กลางอื่นๆ สามารถลดความรุนแรงของการใช้ยาเสพติดและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญในการติดตามผล 6 เดือน และผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดครบหลักสูตรของ FAST Model มีอัตราการเลิกยาเสพติดได้มากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดใน 3 เดือนแรกมีจำกัด แต่ผลลัพธ์ในระยะยาวและระยะกลางบ่งชี้ถึงประสิทธิผลของโปรแกรมนี้อย่างชัดเจน^{10,11} นอกจากนี้ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการบำบัดในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น การศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดทั้งสองรูปแบบต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดในมินิธัญญารักษ์ (FAST Model) และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำใน 3 เดือนแรกหลังจบโปรแกรม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของ FAST Model และ Matrix Program ในแง่ของความสามารถในการลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่ช่วยป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ภายในสามเดือนหลังการบำบัด โดยการดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลทั้งหมด 6 เดือน แบ่งออกเป็นช่วงการบำบัดจริงจำนวน 3 เดือน (ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568) และช่วงการติดตามผลหลังการบำบัดอีก 3 เดือน (ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2568) เพื่อประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมถึงการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการบำบัด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 20 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดด้วย FAST Model จำนวน 10 คน และกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Matrix Program จำนวน 10 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน (matching) ภายใต้เกณฑ์ที่กำหนดอย่างรัดกุม เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีความพร้อมในการเข้ารับการบำบัด และสามารถติดตามผลได้ตลอดระยะเวลาการศึกษาอย่างสมบูรณ์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ซึ่งได้รับการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2568-01.015

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 , แบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20), แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา

(Index objective Item Congruence: IOC) แต่ละข้อตั้งแต่ 0.67 - 1.00

การแทรกแซงการวิจัย

การศึกษานี้นำเสนอการเปรียบเทียบการแทรกแซงสองรูปแบบ ได้แก่ FAST Model "มินิธัญญารักษ์" สำหรับผู้ป่วยใน และ Matrix Program สำหรับผู้ป่วยนอก ซึ่ง FAST Model ใช้เวลาคงที่ 12 สัปดาห์แบบเข้มข้น ขณะที่ Matrix Program ใช้เวลา 4-16 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของผู้ป่วย พร้อมการติดตามระยะยาว 1 ปี ดังนี้

FAST Model: โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน

FAST Model ประยุกต์ใช้หลักการบำบัดแบบบูรณาการ (Integrated Treatment Approach) ที่ผสมผสานการแทรกแซงทางการแพทย์จิตสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุม ระยะเวลาการแทรกแซง 12 สัปดาห์แบ่งเป็น 3 ระยะการบำบัดตามลำดับขั้นตอนพัฒนาการ ดังนี้

ระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-4): Motivational Enhancement Therapy (MET)

ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5-8): Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และทักษะชีวิต

ระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 9-12): Relapse Prevention (RP) และการสนับสนุนทางสังคม

Matrix Program: โปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก Matrix Program เป็นการแทรกแซงแบบปรับตัวได้ (Adaptive Intervention) ที่กำหนดระยะเวลาและเนื้อหาการบำบัดตามระดับความรุนแรงของภาวะการเสพติด โดยใช้เกณฑ์การประเมิน V.2 เป็นเครื่องมือในการจำแนกกลุ่ม ดังนี้ ผู้ใช้ (2-3 คะแนน V.2): 4 สัปดาห์ (4 ครั้ง) ผู้เสพ (4-26 คะแนน V.2): 9 สัปดาห์ (9 ครั้ง) ผู้ติด (27+ คะแนน V.2): 16 สัปดาห์ (16 ครั้ง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความถี่ และสถิติอนุมาน ได้แก่ Independent Samples t-test สำหรับเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม Paired Samples t-test สำหรับเปรียบเทียบก่อน-หลังการบำบัด Fisher's Exact Test สำหรับตัวแปรเชิงหมวดหมู่ McNemar's Test สำหรับพฤติกรรมก้าวร้าว และ Mann-Whitney U Test สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ และใช้ Cohen's d วัดขนาดผลของการทดลอง

ผลการศึกษา

1. การกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด ภายในระยะเวลา 3 เดือนแรกหลังการบำบัด

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัด FAST Model และ Matrix Program ในการลดการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด ณ คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 20 คน แบ่งเป็นกลุ่ม FAST Model 10 คน และกลุ่ม Matrix Program 10 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และจับคู่ (Matching) เพื่อควบคุมตัวแปรพื้นฐานให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยมีกระบวนการติดตามอย่างเป็นระบบหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดในแต่ละโปรแกรมหลังจากจำหน่ายจากคลินิก ทั้งการสัมภาษณ์ซักถามผู้ป่วยซ้ำและผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด และการติดตามโดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกบำบัดยาเสพติดโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เพื่อยืนยันผลการไม่กลับไปเสพซ้ำอย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือ

ผลการติดตามพบว่า กลุ่มที่ได้รับ FAST Model ไม่มีผู้ป่วยที่กลับไปเสพซ้ำภายในระยะเวลา 3 เดือนแรก (0 ใน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 0.0) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับ Matrix Program มีผู้กลับไปเสพซ้ำจำนวน 3 ราย (3 ใน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0) ซึ่ง

ในทางคลินิกถือว่าพบความแตกต่างในเชิงสัดส่วนที่น่าสนใจ เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's Exact Test พบว่าการกลับไปเสพซ้ำไม่แตกต่างกัน ($p = 0.21$) แม้ว่าความแตกต่างในเชิงร้อยละจะบ่งชี้ถึงแนวโน้มที่ FAST Model มีศักยภาพสูงกว่าในการควบคุมพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำ

2. ผลกระทบของทั้งสองโปรแกรมต่อระดับความเครียด พฤติกรรมก้าวร้าว และทัศนคติต่อการบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด

ด้านการจัดการความเครียด

FAST Model แสดงประสิทธิภาพที่โดดเด่นในการลดระดับความเครียดของผู้เข้ารับการบำบัด โดยสามารถลดคะแนนความเครียดจาก 23.6 เป็น 21.6 คะแนน ซึ่งเป็นการลดลง 2.0 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ในทางตรงกันข้าม Matrix Program สามารถลดความเครียดได้เพียงเล็กน้อยจาก 24.7 เป็น 23.9 คะแนน โดยลดลงเพียง 0.8 คะแนนและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.45$)

สิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่งคือการที่ Matrix Program ก่อให้เกิดความเครียดสูงมากในระหว่างการบำบัด โดยคะแนนความเครียดเพิ่มขึ้นถึง 45.1 คะแนน เทียบกับ FAST Model ที่มีคะแนนความเครียดในระหว่างการบำบัดเพียง 30.2 คะแนน ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการบำบัดของ Matrix Program อาจมีความเข้มข้นหรือกระบวนการที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดมากเกินไป ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อการฟื้นฟูในระยะยาว

ด้านการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว

ในด้านพฤติกรรมก้าวร้าว FAST Model แสดงผลลัพธ์ที่เป็นเลิศโดยไม่มีผู้เข้ารับการบำบัดแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเลยทั้งก่อนและระหว่างการบำบัด (0.0%) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการรักษาสภาวะความสงบและการจัดการอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ Matrix Program กลับพบการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากไม่พบ เป็นร้อยละ 40 (4 คน) ระหว่างการบำบัด ($p = 0.046$)

การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในระหว่างการบำบัดถือเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญ เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลเสียต่อบรรยากาศการบำบัดเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ ดังที่ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่ม Matrix Program พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.034$)

ด้านทัศนคติต่อการบำบัด

ทั้งสองโปรแกรมสามารถปรับปรุงทัศนคติต่อการบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ FAST Model แสดงผลลัพธ์ที่เหนือกว่าอย่างชัดเจน โดยคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 4.08 คะแนน ซึ่งมีขนาดผลที่ใหญ่มาก (Cohen's $d = 4.61$) ในขณะที่ Matrix Program มีคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 2.04 เป็น 2.74 คะแนน ด้วยขนาดผลที่ใหญ่ (Cohen's $d = 2.88$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการบำบัด พบว่ากลุ่ม FAST Model มีทัศนคติที่ดีกว่ากลุ่ม Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, Cohen's $d = 4.42$)

ความเชื่อมโยงกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับความสำเร็จในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ในกลุ่ม Matrix Program ผู้ที่กลับไปเสพซ้ำมีคะแนนความเครียดเฉลี่ย 27.3 คะแนน สูงกว่าผู้ที่ไม่กลับไปเสพซ้ำที่มีคะแนนเฉลี่ย 24.1 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.028$) นอกจากนี้ ยังพบว่าทุกคนที่กลับไปเสพซ้ำในกลุ่ม Matrix Program มีประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างการบำบัด

ในทางตรงกันข้าม กลุ่ม FAST Model ไม่มีผู้กลับไปเสพซ้ำเลย (0%) เทียบกับกลุ่ม Matrix Program ที่มีผู้กลับไปเสพซ้ำ 3 คน (30%) แม้ว่าความแตกต่างนี้จะไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก ($p = 0.21$) แต่แนวโน้มดังกล่าวยังคงสะท้อนถึงประสิทธิภาพที่เหนือกว่าของ FAST Model

ข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเสริมสร้างความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างทั้งสองโปรแกรม ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่ม FAST Model รายงานว่ารู้สึกมีความหวังและมั่นใจมากขึ้น เข้าใจตัวเองและสาเหตุการเสพติดขึ้น และได้เรียนรู้ทักษะการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่ม Matrix Program ยังคงประสบปัญหาความเครียดและความรู้สึกเหงาในระดับสูง มีอาการนอนยาและความอยากเสพซ้ำที่รุนแรง และพบความยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตใหม่

3. ผลกระทบของทั้งสองโปรแกรมต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (จากครอบครัว เพื่อน ชุมชน และทีมแพทย์) การมีส่วนร่วมในการบำบัดและความพึงพอใจ

การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว

ทั้งสองโปรแกรมสามารถเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ FAST Model แสดงประสิทธิภาพที่เหนือกว่าอย่างชัดเจน กลุ่ม Matrix Program มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.04 เป็น 2.74 (Cohen's $d = 2.88$) ขณะที่กลุ่ม FAST Model เพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 4.08 (Cohen's $d = 4.61$) เมื่อเปรียบเทียบหลังการบำบัด กลุ่ม FAST Model มีคะแนนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, Cohen's $d = 4.42$)

การรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อน

ผลการศึกษาแสดงรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน โดยกลุ่ม FAST Model มีการปรับปรุงที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกัน แต่ขนาดผลของ FAST Model ใหญ่กว่ามาก (Cohen's $d = 4.61$ เทียบกับ 2.88) ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของโปรแกรมในการส่งเสริมการสนับสนุนจากเครือข่ายเพื่อนฝูงได้ดีกว่า

การรับรู้การสนับสนุนจากชุมชน

ในด้านนี้ FAST Model แสดงประสิทธิภาพที่โดดเด่นที่สุด กลุ่ม Matrix Program มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.08 เป็น 2.73 (Cohen's $d =$

2.99) ขณะที่กลุ่ม FAST Model เพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 3.90 (Cohen's $d = 5.38$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการบำบัดพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, Cohen's $d = 4.11$) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากลักษณะของ FAST Model ที่เน้นการสร้างเครือข่ายและความสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเข้มข้น

การรับรู้การสนับสนุนจากทีมแพทย์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้เข้ารับการบำบัดใน FAST Model รับรู้ถึงการสนับสนุนจากแพทย์ได้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการเพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 4.08 (Cohen's $d = 4.61$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม Matrix Program ที่เพิ่มขึ้นจาก 2.04 เป็น 2.74 (Cohen's $d = 2.88$) ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงลักษณะของ FAST Model ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการติดตามอย่างใกล้ชิดจากทีมแพทย์

การรับรู้การสนับสนุนจากพยาบาล

การสนับสนุนจากพยาบาลเป็นอีกด้านที่แสดงความแตกต่างที่ชัดเจน โดยกลุ่ม FAST Model มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.50 เป็น 4.50 คะแนน (Cohen's $d = 3.90$) ขณะที่กลุ่ม Matrix Program เพิ่มขึ้นจาก 1.80 เป็น 3.10 คะแนน (Cohen's $d = 2.50$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแสดงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.45$, $p < 0.001$, Cohen's $d = 2.10$)

การรับรู้การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกบำบัด

ด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกบำบัด กลุ่ม FAST Model มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 4.60 คะแนน (Cohen's $d = 4.12$) เทียบกับกลุ่ม Matrix Program ที่เพิ่มขึ้นจาก 1.70 เป็น 3.20 คะแนน (Cohen's $d = 2.69$) ความแตกต่างระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.20$, $p < 0.001$, Cohen's $d = 2.35$)

การมีส่วนร่วมในการบำบัด

FAST Model แสดงประสิทธิภาพที่เหนือกว่าในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับ

การบำบัด โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.60 เป็น 4.08 (Cohen's $d = 4.61$) เทียบกับกลุ่ม Matrix Program ที่เพิ่มขึ้นจาก 2.04 เป็น 2.74 (Cohen's $d = 2.88$) ความแตกต่างระหว่างกลุ่มหลังการบำบัดมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, Cohen's $d = 4.42$)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการประเมินความพึงพอใจแสดงให้เห็นว่าทั้งสองโปรแกรมมีความพึงพอใจในระดับสูงโดยรวม ในด้านความพึงพอใจต่อการดูแล คุณภาพบริการ และระยะเวลาในการบำบัด ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ในด้านผลการรักษา กลุ่ม FAST Model มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่ม Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.68 ± 0.33 เทียบกับ 4.18 ± 0.38 , $p = 0.002$, Cohen's $d = 1.33$)

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเสริมสร้างความเข้าใจในความแตกต่างของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่ม FAST Model รายงานว่าได้รับการสนับสนุนที่ต่อเนื่องและเข้าใจความต้องการเฉพาะบุคคล มีการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการสร้างเครือข่ายสังคมใหม่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

ในขณะที่ผู้เข้ารับการบำบัดในกลุ่ม Matrix Program แม้จะได้รับการสนับสนุนในระดับหนึ่ง แต่ยังคงรู้สึกขาดความเข้าใจจากบุคคลรอบข้างในบางมิติ และมีความต้องการให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟูมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำ

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างที่น่าสนใจในประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดทั้งสองรูปแบบต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำ โดย FAST Model ไม่มีผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำเลยในช่วง 3 เดือนแรก (0.0%) เมื่อเทียบกับ Matrix Program ที่มีผู้กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 30 แม้ว่าความ

แตกต่างกันี้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.21$) เนื่องจากข้อจำกัดของขนาดกลุ่มตัวอย่าง แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริพร พรหมทอง¹² ที่พบว่า FAST Model มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในระยะ 3 เดือนแรกได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับ อังกูร ภัทรากกร และนันทา ชัยพิชิตพันธ์¹³ ที่พบว่าการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ FAST Model ให้ผลการบำบัดที่ดีกว่าในผู้ป่วยที่เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และเต็มใจในการฟื้นฟูตัวเอง

ความเหนือกว่าของ FAST Model น่าจะเกิดจากการบูรณาการองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ กิจกรรมครอบครัวร่วมรักษา (Family) กิจกรรมทางเลือก (Alternative Treatment Activity) กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self Help) และกระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ซึ่งสร้างการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมากกว่า Matrix Program ที่เน้นการให้องค์ความรู้ (Cognitive Domain) ผ่านกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นหลัก งานวิจัยของ National Institute on Drug Abuse (NIDA) พบว่า Cognitive Behavioral Therapy ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของ Matrix Model สามารถลดอัตราการกลับไปเสพติดซ้ำได้ร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดอื่น^{14, 15} อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของ Matrix Model ขึ้นอยู่กับการนำไปปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำที่ครอบคลุมทุกกิจกรรม

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีส่วนร่วมต่อการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำใน FAST Model ได้แก่ การลดระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.01$) และการไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในระหว่างการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse Prevention) ของ Marlatt และ Gordon¹⁶ ที่เน้นการจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยงสูง และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ได้ระบุว่าการ

จัดการกับอุปสรรคเหล่านี้ผ่านการบำบัดและการสนับสนุนที่เป็นเป้าหมายสามารถลดความเสี่ยงของการกลับไปเสพติดซ้ำได้ในช่วงวิกฤตนี้ ในขณะที่ Matrix Program กลับพบการเพิ่มขึ้นของความเครียดและพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างการบำบัด ซึ่งตรงกันข้ามกับ วรกร ทองประเสริฐ¹⁷ ที่พบว่า Matrix Program มีอัตราการกลับไปเสพติดซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับณัฐธิดา วัฒนกุล¹⁸ ที่พบว่าการใช้ชุมชนบำบัดในโรงพยาบาลขนาดเล็กสามารถลดความเครียดและเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูได้อย่างมีนัยสำคัญ

Matrix Model ได้รับการยอมรับจาก National Institute on Drug Abuse และ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism ว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับการติดยาเสพติดและแอลกอฮอล์ โดยเป็นโปรแกรมการบำบัดแบบมีโครงสร้าง หลายองค์ประกอบที่ประกอบด้วยการปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ การบำบัดครอบครัว การบำบัดกลุ่ม การให้ความรู้ทางจิตสังคม และการช่วยเหลือตนเอง อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลเชิงคุณภาพของการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่กลับไปเสพติดซ้ำในกลุ่ม Matrix Program ทุกคนมีประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างการบำบัด ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของการบำบัด และสอดคล้องกับ จุฑารัตน์ อินทร์แก้ว¹⁹ ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพติดซ้ำได้แก่ อายุที่เริ่มใช้ยา ประวัติการใช้ยาเป็นระยะเวลานาน และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงการศึกษาของ สุพัตรา วรรณมาศ²⁰ ที่เน้นบทบาทของแพทย์ในกระบวนการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน

2.ผลกระทบของทั้งสองโปรแกรม

1) ด้านระดับความเครียด และพฤติกรรมก้าวร้าว

ผลการศึกษาที่พบว่า FAST Model สามารถลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ Matrix Program มีความเครียดสูงขึ้นระหว่างการ

บำบัด สะท้อนถึงความแตกต่างของแนวทางการบำบัดที่มีผลต่อการจัดการความเครียด ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักการทางจิตวิทยาที่ชื่อว่า โปรแกรมที่เน้นกระบวนการปรับตัวแบบค่อยเป็นค่อยไป และมีการออกแบบกิจกรรมเชิงบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของผู้ที่ได้รับการบำบัด เช่น FAST Model อาจมีประสิทธิภาพสูงกว่าในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนด้านพฤติกรรมและอารมณ์อย่างกรณีของผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งมักมีความเครียดสะสมและกลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่สมดุล นอกจากนี้ในด้านการตีความเชิงทฤษฎี ผลของ FAST Model อาจสอดคล้องกับแนวคิดของ Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) ซึ่งเน้นการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อควบคุมความเครียด ในขณะที่ Matrix Program แม้จะมีโครงสร้างชัดเจนและครอบคลุมหลายมิติ แต่ในระยะเวลาการศึกษานี้อาจยังไม่เพียงพอที่จะเห็นผลอย่างเด่นชัดในเรื่องการลดระดับความเครียด^{21, 22}

การที่ FAST Model ไม่มีผู้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเลย ขณะที่ Matrix Program มีผู้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40 ระหว่างการบำบัด สะท้อนถึงความสำคัญของการสร้างสภาพแวดล้อมการบำบัดที่เอื้อต่อการจัดการอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ของ Marlatt และ Gordon¹⁶ ที่เน้นการจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยงสูง รวมถึงจุฬารัตน์ อินทร์แก้ว¹⁹ สนับสนุนผลการศึกษานี้โดยพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ลักษณะของ FAST Model ที่เน้นการสร้างชุมชนหรือสังคมจำลองให้ผู้เลิกยาเสพติดมาอยู่ร่วมกัน เพื่อให้การช่วยเหลือกัน พัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึกความรับผิดชอบ การรู้จักตนเอง และแก้ไขปัญหายอย่างเหมาะสม²² จึงช่วยลดความขัดแย้งและความตึงเครียดที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวได้

2) ด้านทัศนคติต่อการบำบัด และการรับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาที่พบว่า FAST Model สามารถปรับปรุงทัศนคติต่อการบำบัดได้ดีกว่า Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงความสำคัญของการสร้างประสบการณ์เชิงบวกในกระบวนการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ที่เป็นรากฐานของ FAST Model ในการปรับความคิดและพฤติกรรมควบคู่กัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดเรื้อรังและติดสารเสพติด²³ การที่ FAST Model มีขนาดผลที่ใหญ่มาก (Cohen's d = 4.61) เมื่อเทียบกับ Matrix Program (Cohen's d = 2.88) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบองค์รวมที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบำบัด งานวิจัยของ สมชาย สมบูรณ์²⁴ สนับสนุนผลการศึกษานี้โดยพบว่าโปรแกรมบำบัดจิตเวชที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพจิตและเพิ่มความพึงพอใจในการรักษา

ในด้านการรับการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาที่พบว่า FAST Model มีประสิทธิภาพเหนือกว่าในทุกมิติ ทั้งจากครอบครัว เพื่อน ชุมชน และทีมแพทย์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนา พูลสวัสดิ์ และบุญมา คงคาน้อย²⁵ ที่พบว่าการพัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น การที่ FAST Model เน้นการสร้างความสัมพันธ์แบบองค์รวมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมบำบัด และชุมชน ผ่านกิจกรรมครอบครัวร่วมรักษา (Family) และกระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community)²³ จึงทำให้ผู้ป่วยรับการสนับสนุนทางสังคมได้ดีกว่า Matrix Program ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้และการบำบัดกลุ่มเป็นหลัก การศึกษาของ อีรพงษ์ ปานเจริญ และคณะ²⁶ สนับสนุนผลการศึกษานี้โดยพบว่าโปรแกรมครอบครัวบำบัดช่วยลดอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ด้านการมีส่วนร่วมในการบำบัดและความพึงพอใจของผู้ป่วย

การที่ FAST Model สามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการบำบัดได้ดีกว่า Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จินตนา สาระ²⁷ ที่พบว่า การเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในโปรแกรมบำบัดมีผลเชิงบวกต่อความสำเร็จของการรักษา และสอดคล้องกับ สุภาพร ประเสริฐศิลป์²⁸ ที่พบว่า การตัดสินใจร่วมกันและบทบาทผู้นำที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมส่งผลให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการบำบัดมากขึ้น หลักการสำคัญของ FAST Model ที่ยึดหลักการ 4 ประการ คือ บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ กิจกรรมกลุ่มก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แต่ละคนต้องมีความรับผิดชอบต่อกิจกรรมของตนเอง และการมีโครงสร้างที่เหมาะสมสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงได้²³ จึงช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย แม้ว่าทั้งสองโปรแกรมจะมีความพึงพอใจในระดับสูงโดยรวม แต่ FAST Model มีคะแนนความพึงพอใจต่อผลการรักษาสูงกว่า Matrix Program อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของการบำบัดที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ ผลการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของ สมยศ ตันเจริญ²⁹ ที่พบว่าการบริหารจัดการทีมแพทย์ที่มีประสิทธิภาพมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การที่ FAST Model สามารถสร้างการรับรู้การสนับสนุนจากทีมแพทย์และพยาบาลได้ดีกว่า Matrix Program แสดงให้เห็นว่าโครงสร้างการบำบัดที่เน้นความสัมพันธ์แบบองค์รวมช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับทีมบำบัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบำบัดในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร การศึกษาของ สุพัตรา วงษ์ชัย³⁰ พบว่าการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ

เครือข่ายสังคมช่วยเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมและลดการกลับไปใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำจากข้อมูลเชิงคุณภาพ (กรณีสัมภาษณ์)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้ารับการบำบัดทั้งสองกลุ่ม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพยาซ้ำมีความหลากหลายและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยกลุ่ม Matrix Program สะท้อนถึงความท้าทายในการจัดการความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ความเปราะบางทางอารมณ์และการกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมที่เอื้อต่อการใช้ยา ขณะที่กลุ่ม FAST Model แม้จะยังคงมีอุปสรรคด้านความเครียดและความกลัวการกลับไปเสพยาซ้ำ แต่สามารถรับการสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่บำบัดและการฝึกทักษะชีวิตที่ช่วยสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการฟื้นฟู ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Maslow ที่เน้นความต้องการด้านความปลอดภัยและความเป็นเจ้าของ รวมถึงทฤษฎีพฤติกรรมเสพติดของ Bandura เกี่ยวกับบทบาทของปัจจัยสิ่งแวดล้อมและการเสริมแรงทางสังคม

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพนี้สนับสนุนแนวคิดของ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ที่เป็นรากฐานของ FAST Model ในการปรับความคิดและพฤติกรรมควบคู่กัน³¹ และสอดคล้องกับทฤษฎี Stress Appraisal and Coping ของ Folkman³² ที่ชี้ว่าโปรแกรมบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความเครียดอย่างเหมาะสมจะสามารถลดระดับความเครียดในระยะยาวได้ ในทางตรงกันข้าม Matrix Program แสดงถึงความไม่เสถียรของการจัดการกับความเครียด ซึ่งอาจสะท้อนถึงลักษณะของโปรแกรมที่เน้นความเข้าใจในโครงสร้างการเสพติดแต่ไม่ลงลึกในการฝึกฝนการจัดการกับอารมณ์เชิงลบอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่าการเลือกใช้โปรแกรมบำบัดที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยและบริบทของสถานพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการลดการกลับไปเสพยาซ้ำ โดยเฉพาะใน FAST Model ที่มีโครงสร้างการบำบัด

ชัดเจนอิงจากแนวคิด CBT และสามารถดำเนินการ
ภายใต้เวลาที่จำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า
Matrix Program

ข้อเสนอในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ขยายผลและศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกันโดยเน้นการปรับใช้ตามความต้องการเฉพาะถิ่นและบริบทของชุมชนนั้น ๆ
2. ควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่เหมาะสมกับประเภทของยาเสพติดที่ผู้เสพใช้ เช่น ยาประเภท opioid, ยากระตุ้น (stimulants), หรือสารเสพติดประเภทอื่นๆ เพราะแต่ละประเภทอาจต้องใช้วิธีการ
3. ศึกษาผลระยะยาวและติดตามอย่างต่อเนื่อง ควรมีการติดตามผลการบำบัดและฟื้นฟูในระยะยาวอย่างน้อย 6-12 เดือนขึ้นไป เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโปรแกรมในระยะยาว

4. ควรมีการศึกษาวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนา
รูปแบบการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะในการจัดการ
ความเครียดและการควบคุมอารมณ์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย
สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายในชีวิตโดยไม่
ต้องพึ่งพาการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณี
ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดการบำบัดที่
แตกต่างกันไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อ
ทีมเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ที่
ให้ความร่วมมือ สนับสนุน และอำนวยความสะดวก
ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดระยะเวลา
การศึกษาและกราบขอขอบคุณคณาจารย์และ
ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้มอบความรู้และคำแนะนำอัน
ทรงคุณค่าในการดำเนินการศึกษาวิจัย และให้ความ
ช่วยเหลือในทุกด้าน จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. UNODC World Drug Report Harms of world drug problem continue to mount amid expansions in drug use and markets [Internet] United Nations: Office on Drugs and Crime; 2024 [cited 2025 Jun 10]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html.
2. อับดุลคอลิก อรรอฮิมีย, สวัสดิ์ ไหลภรณ์, จิรัชยา เจียวัก, ฐานิดาภักดิ์ แสงทอง. ; (2564).รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในศูนย์บำบัดบ้านแสนสุข และสถาบันปอเนาะพัฒนาเยาวชน. กรุงเทพฯ: สนับสนุนโดยศูนย์ศึกษาปัญหายาเสพติด (ศศก.).
3. Americanaddictioncenters. Relapse Prevention Strategies and Techniques for Addiction 2025 [cited 2025 January 1]. Available from: <https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/aftercare/relapse-prevention>.
4. สุริย์รัตน์ ยอดเทพ. (2565) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานพยาบาลจังหวัดบึงกาฬ [cited 10 มกราคม 2568]. 1-20]. Available from: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20241018105909.pdf>.
5. เสาวลักษณ์ ทูลธรรม. ประสิทธิภาพของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด กรณีศึกษา พื้นที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ปทุมธานี: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2564.
6. นริศรา งามขจรวิวัฒน์, สุนทรพจน์ ชูช่วย, สุพิศพร แก้วชื่น. การประเมิน การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบ กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2563. ปัตตานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี 2563.

7. กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล. ประสิทธิผลและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2562;16(1):23-33.
8. อภิรักษ์ พิศุทธอาภรณ์, มณฑนา เหมชะญาติ, สดับพินท์ พสุหิรัณย์, ญัทยา เกียรติเกษม, สมจิต ยาใจ, ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์. การพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระยะยาว จังหวัดจันทบุรี: Chan THARAK System. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2568;7(1):1-16.
9. Farhad H, Abolghasemi S, Hamzehpoor Haghighi T. The effectiveness of matrix therapy in resilience and relapse of amphetamine addicts. Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies 2024;5:111-6. doi:10.61838/kman.jayps.5.1.13.
10. Kaewkham N, Leelahanaj T, Yingwiwattanapong J, Rattanasumawong W. The effectiveness of military hospital-based drug treatment program (PMK) when compared with the traditional community-based drug treatment program (FAST). BMC Health Services Research 2019;19. doi:10.1186/s12913-019-4479-1.
11. Patarakorn A. FAST Model: The evolution of rehabilitation for substance abuse treatment in Thailand. Thai Journal of Addiction 2014;2(2):25-34.
12. สิริพร พรมทอง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ FAST Model ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;31(2):123-35.
13. อังกูร ภัทรการ, นันทา ชัยพิชิตพันธ์. เปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วยเสพยาเสพติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด: กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2566;60(1):71-81.
14. Wagener D. Matrix model of addiction treatment 2024 [cited 2025 February10]. Available from: <https://rehab.com/treatment/outpatient/matrix-model/>.
15. Valley Spring Editorial Team. Matrix model: definition, how it works and effectiveness in addiction treatment [cited 2025 January 1].
16. Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors: Guilford press; 2005.
17. วรากร ทองประเสริฐ. ประสิทธิผลของ Matrix Program ต่อการกลับไปเสพยาในผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารวิจัยและพัฒนา 2562;14(3):45-57.
18. ณัฐธิดา วัฒนกุล. การใช้ชุมชนบำบัดในโรงพยาบาลขนาดเล็ก: ผลกระทบต่อการลดความเครียดและเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช 2564;29(1):33-47.
19. จุฑารัตน์ อินทร์แก้ว. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพยาในผู้ป่วยยาเสพติดในสถานฟื้นฟูจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2563;28(1):67-79.
20. สุพัตรา วรรณมาศ. บทบาทของแพทย์ในกระบวนการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2562;18(2):123-34.
21. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: บริษัท ดินาตุ มีเดีย พลัส จำกัด; 2564.
22. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์ (Long Term Residential Care). ขอนแก่น: บริษัท เคทีทีเอ็กซ์ จำกัด; 2566.
23. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัด และ FAST MODEL. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2558.
24. สมชาย สมบูรณ์. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดจิตเวชที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารจิตเวชศาสตร์ชุมชน 2563;12(2):45-58.

25. รัตนา พูลสวัสดิ์, บุญมา คงคาน้อย. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(1):33-47.
26. อีรพงษ์ ปานเจริญ, สุชาดา กลิ่นหอม, ศิริพร ดำรงชัย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมครอบครัวบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562;33(2):45-58.
27. จินตนา สาระ. การเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในโปรแกรมบำบัดและผลต่อความสำเร็จของการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพชุมชน 2564;15(3):77-89.
28. สุภาพร ประเสริฐศิลป์. ผลของการตัดสินใจร่วมกันและบทบาทผู้นำต่อการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในโปรแกรมบำบัด. วารสารพัฒนาการสุขภาพ 2562;18(1):32-44.
29. สมยศ ตันเจริญ. การบริหารจัดการทีมแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน: ผลต่อการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. วารสารการแพทย์ชุมชน 2564;12(1):45-56.
30. สุพัตรา วงษ์ชัย. การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสังคมในโรงพยาบาลชุมชน. วารสาร วิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ 2565;15(2):45-62.
31. Beck JS. Cognitive-behavioral therapy. Clinical textbook of addictive disorders 2011;491:474-501.
32. Folkman S. Stress: appraisal and coping. Encyclopedia of behavioral medicine: Springer; 2013. p. 1913-5.