



เอกสารวิชาการ (Concept Paper) กิจกรรมถอดบทเรียน

เรื่อง การพัฒนาแบบประเมินผู้ผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูยา
เสพติดก่อนคืนสู่ชุมชน

จัดทำโดย กลุ่มจามจุรี

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรการบริหารงานยุติธรรมระดับกลาง รุ่นที่ 20
สถาบันพัฒนาบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม สำนักงานกิจการยุติธรรม
ประจำปี 2568

การพัฒนาแบบประเมินผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดก่อนคืนสู่ชุมชน

ยงกา ๒๐
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในปัจจุบัน

กลุ่ม 3 จามจุรี



การขาดเครื่องมือในการประเมินที่มีประสิทธิภาพสำหรับประเมินความพร้อมของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาก่อนที่จะส่งกลับคืนสู่ชุมชน



พัฒนา

แบบประเมินของผู้ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดก่อนคืนสู่สังคม 5 มิติ



แนวทางในการวางแผนติดตามรายบุคคล



การพัฒนาแบบประเมินผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดก่อนคืนสู่ชุมชน

ยชก.20 กลุ่มجامจุรี

1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นในสังคมไทย เนื่องจากประเทศไทยได้กลายเป็นทั้งทางผ่านและตลาดสำคัญของยาเสพติดหลายประเภท เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ และเฮโรอีน อันเป็นผลจากการผลิตที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ ส่งผลให้มีแนวโน้มการแพร่ระบาดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพติด โดยพบว่าการใช้ยาเสพติดที่รุนแรงมากขึ้น และมีการค้าขายผ่านช่องทางออนไลน์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบาย "ผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วย" (Drug Users as Patients) มาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ผู้เสพยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์แบบองค์รวม ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570 ซึ่งให้ความสำคัญกับการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานในระดับภูมิภาคและท้องถิ่น (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากข้อมูลการให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ปีงบประมาณ 2563-2567 ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2567) จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ในปีงบประมาณ 2563-2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลในปี พ.ศ.2567 มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.25 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในปี พ.ศ.2563

การให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วย	หน่วยนับ	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567
ผู้ป่วยมารับบริการทั้งหมด	ราย	43,388	47,095	53,420	51,800	54,344

ที่มา : ฐานข้อมูลผู้ป่วย สบยช. และ บสต. แก๊ไขล่าสุดเมื่อ (4 ตุลาคม 2567)

และข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดแล้วมีโอกาสกลับไปเสพซ้ำอยู่ที่ประมาณ 70% โดยเฉพาะผู้ป่วยยาเสพติดรุนแรงที่ต้องได้รับการติดตามดูแลอย่างครบวงจรเพื่อลดอัตราการกลับมาเสพซ้ำ (MGROnline, 2565) อย่างไรก็ตาม การพยายามในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตลอด จากข้อมูลล่าสุด ณ ปี 2567 พบว่า จากผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดและผ่านการฟื้นฟู มีผู้ที่ได้รับการติดตามครบตามเกณฑ์ภายใน 1 ปี จำนวน 79,210 คน จากทั้งหมด 141,008 คน คิดเป็นร้อยละ 56 โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ไม่กลับไปเสพซ้ำอยู่ถึง 55,649 คน หรือประมาณ 5.5 หมื่นคน ขณะที่ผู้ที่กลับไปเสพซ้ำพบประมาณ 3,123 คน และมีผู้ที่ไม่ได้ติดตามไม่ได้จำนวน 3,971 คน (The Coverage, 2567)

กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทยประกอบด้วยหลายขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา การดำเนินกระบวนการบำบัดและฟื้นฟู การเตรียมความพร้อมเพื่อคืนสู่ชุมชน การติดตามดูแลหลังการบำบัดรักษา และการบันทึกและรายงานผลการติดตาม แม้ว่าระบบการบำบัดรักษาจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาที่ยังพบอยู่เสมอคือการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (Relapse) ของผู้ผ่านการบำบัดรักษา (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากการศึกษาของ Hser et al. (2013) พบว่า อัตราการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในผู้ผ่านการบำบัดรักษาเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลก โดยมีอัตราสูงถึงร้อยละ 40-60 ภายในปีแรกหลังจากการบำบัดรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มที่ขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ McKay (2017) ที่พบว่า การกลับไปเสพยาซ้ำมักเกิดขึ้นในช่วง 3-6 เดือนแรกหลังการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่และเผชิญกับความท้าทายในการกลับคืนสู่ชุมชน

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำมีหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น สภาวะทางจิตใจ ความเครียด และความวิตกกังวล ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมที่เคยใช้ยาเสพติด การคบหาสมาคมกับกลุ่มเพื่อนที่ยังคงใช้ยาเสพติด และการถูกตีตราจากสังคม รวมถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น การว่างงาน และความยากจน Ziaaddini et al. (2019) ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูและการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในผู้ผ่านการบำบัดรักษา

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ปัญหาการตีตรา (Stigma) ยังคงเป็นสภาพปัญหาที่ฝังลึกมาอย่างยาวนานในสังคมไทย แม้จะมีนโยบาย "ผู้เสพยาคือผู้ป่วย" แต่ในความเป็นจริง ผู้ติดยาเสพติดยังคงถูกมองจากสังคมว่าเป็นผู้กระทำความผิดและเป็นบุคคลอันตราย เป็น "ภัยสังคม" มากกว่าที่จะถูกมองว่าเป็น "ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือ" ทศนคติเช่นนี้ส่งผลต่อการดำเนินมาตรการทางสังคมที่เน้นไปที่การลงโทษหรือการแยกตัวผู้ติดยาออกจากชุมชน แทนที่จะฟื้นฟูและคืนสู่สังคม ส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดมีโอกาสกลับเข้าสู่วงจรการเสพยาซ้ำอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในปัจจุบันประกอบด้วย การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา การดำเนินกระบวนการบำบัดและฟื้นฟู การเตรียมความพร้อมเพื่อคืนสู่ชุมชน การติดตามดูแลหลังการบำบัดรักษา และการบันทึกและรายงานผลการติดตามจากการศึกษากระบวนการดังกล่าวยังพบช่องว่างที่สำคัญ คือ การขาดเครื่องมือในการประเมินที่มีประสิทธิภาพสำหรับประเมินความพร้อมของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาก่อนที่จะส่งกลับคืนสู่ชุมชน ในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูมีเครื่องมือที่มุ่งเน้นไปที่การคัดกรองเพื่อประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติดและการวางแผนการบำบัดรักษา **แต่ยังขาดเครื่องมือที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับประเมินความพร้อมในการกลับคืนสู่ชุมชนและสังคม**

จากการศึกษาคู่มือเรื่อง "การคืนผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติดสู่สังคม" (Handbook on Social Reintegration of Recovered Drug Users) (Triple R Project., n.d.) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Triple R (Recovery, Reintegration, and Rehabilitation) ที่ได้รับการสนับสนุนจากสหภาพยุโรป โดยเน้นศึกษากรณีจากสี่ประเทศ ได้แก่ อิตาลี สเปน สวีเดน และโครเอเชีย เพื่อให้เห็นภาพรวมและแนวทางที่เหมาะสมในการดำเนินการฟื้นฟูทางสังคมสำหรับผู้ที่เคยเสพยาเสพติด ผลการศึกษานี้พบว่า มีกระบวนการและเครื่องมือที่หลากหลายในการประเมินผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติดก่อนที่จะ

กลับคืนสู่สังคมและชุมชน โดยเน้นไปที่การประเมินความพร้อมในมิติต่างๆ ได้แก่ ด้านจิตใจ การปรับตัว สังคม และการจัดหางาน รวมถึงการวางแผนป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะในประเทศสเปน (Dianova Spain) มีการประเมินความต้องการที่ครอบคลุมถึงสภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งความเสี่ยงต่างๆ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม นำไปสู่กระบวนการวางแผน ปฏิบัติการส่วนบุคคล และการสนับสนุนต่อเนื่องและการประเมินผล

สภาพแวดล้อมทางสังคมที่ผู้ป่วยยาเสพติดกลับไปอยู่หลังการบำบัดรักษามีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูและการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ การศึกษาของ Marlatt & Donovan (2015) ชี้ให้เห็นว่า การกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมที่เคยใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดสูง เพิ่มความเสี่ยงในการกลับไปเสพติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ การประเมินความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมทางสังคมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ควรรวมอยู่ในแบบประเมินก่อนการส่งผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน

การศึกษาของ Smith et al. (2016) ได้นำเสนอแนวคิดเรื่อง "Recovery Capital" หรือ "ทุนฟื้นฟู" ซึ่งหมายถึงทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกที่บุคคลสามารถใช้เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูและการรักษาความสำเร็จในการหยุดใช้ยาเสพติดในระยะยาว ทุนฟื้นฟูประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ ทุนส่วนบุคคล (Personal Capital) เช่น ทักษะการจัดการกับความเครียด ทุนทางสังคม (Social Capital) เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ทุนทางกายภาพ (Physical Capital) เช่น ที่อยู่อาศัยและรายได้ และทุนทางวัฒนธรรม (Cultural Capital) เช่น ค่านิยมและความเชื่อที่สนับสนุนการฟื้นฟู การประเมินทุนฟื้นฟูในมิติต่างๆ จึงเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญที่ควรรวมอยู่ในแบบประเมินก่อนการส่งผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน

ในบริบทของประเทศไทย การพัฒนาแบบประเมินที่มีความไวต่อวัฒนธรรมและบริบททางสังคมของประเทศไทยมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในประเทศตะวันตกอาจไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของประเทศไทย การศึกษาของ Wongtongkam et al. (2020) ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแบบประเมินที่คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและสังคมของประเทศไทยมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มความแม่นยำในการประเมินและการยอมรับจากผู้ใช้งาน

แบบประเมินผู้ที่ผ่านการบำบัดการติดยาเสพติดก่อนที่จะส่งกลับสู่ชุมชนสังคมควรมีคุณลักษณะที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ 1) ครอบคลุมการประเมินในหลายมิติ ทั้งมิติทางการแพทย์ จิตวิทยา สังคม และเศรษฐกิจ 2) มีความไวต่อวัฒนธรรมและบริบททางสังคมของประเทศไทย 3) สามารถใช้งานได้ง่ายโดยบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่างๆ และ 4) สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการติดตามดูแลและการสนับสนุนหลังการบำบัด

การพัฒนาแบบประเมินผู้ที่ผ่านการบำบัดการติดยาเสพติดก่อนที่จะส่งกลับสู่ชุมชนสังคม มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ลดอัตราการกลับไปเสพติดซ้ำ และเพิ่มโอกาสในการกลับคืนสู่ชุมชนอย่างยั่งยืน เครื่องมือดังกล่าวจะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถประเมินความพร้อมของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและแม่นยำ นำไปสู่การวางแผนการติดตามดูแลและการสนับสนุนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

สรุปได้ว่า การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินผู้ที่ผ่านการบำบัดการติดยาเสพติดก่อนที่จะส่งกลับสู่ชุมชนสังคมเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด และสนับสนุนนโยบาย "ผู้เสพติดคือผู้ป่วย" ของประเทศไทยให้เกิดผลอย่างเป็น

รูปธรรมมากยิ่งขึ้น เครื่องมือนี้นอกจากจะไม่เพียงแต่จะช่วยในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังช่วยในการระบุความต้องการในการสนับสนุนเฉพาะบุคคล การวางแผนการติดตามดูแลที่เหมาะสม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการฟื้นฟู ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาและการสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน

2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดก่อนส่งกลับคืนสู่สังคม
2. เพื่อพัฒนานวัตกรรมในการแก้ไขปัญหา โดยพิจารณาแนวทางพัฒนาแบบประเมินสำหรับผู้ผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดก่อนที่จะส่งกลับคืนสู่ชุมชน

3. ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินของผู้ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดก่อนคืนสู่สังคม โดยมีขอบเขตของการศึกษาขอบเขตด้านเนื้อหา (Content Scope) ดังนี้

การศึกษานี้ครอบคลุมการพัฒนาแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือและความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อประเมิน *ระดับความพร้อมของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด* ในการคืนกลับสู่ชุมชน โดยพิจารณา 5 มิติหลัก ได้แก่

1. สุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ
2. สุขภาพกายและภาวะการใช้สาร
3. การปรับตัวทางสังคมและครอบครัว
4. เศรษฐกิจ อาชีพ และทักษะชีวิต
5. ความเสี่ยงในการกลับไปเสพติด

4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดก่อนการคืนสู่สังคม เป็นประเด็นสำคัญที่ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นในวงวิชาการและเชิงนโยบาย โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่ยังขาดเครื่องมือเฉพาะในการประเมินความพร้อมของผู้ที่ผ่านการบำบัด กระบวนการนี้ไม่เพียงแค่จบลงเมื่อผู้ป่วยหยุดใช้สารเสพติด แต่ต้องครอบคลุมถึงการประเมินความสามารถในการปรับตัว การเผชิญปัจจัยเสี่ยง และการกลับไปมีบทบาทในครอบครัวและชุมชนอย่างยั่งยืน

ในการนี้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อพลวัตของการฟื้นฟูทั้งในระดับบุคคล สังคม และโครงสร้างเชิงนโยบาย ตลอดจนแนวคิดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพร้อม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้ได้เสนอกรอบแนวคิดหลากหลาย ทั้งในเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาแบบประเมินที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย อาทิ แนวคิดทุนฟื้นฟู (Recovery Capital), ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, การบำบัดแบบบูรณาการตามแนวทางชีว-จิต-สังคม รวมถึงประสบการณ์จากประเทศที่มีระบบฟื้นฟูเข้มแข็ง เช่น สเปนและเดนมาร์ก

1. ทฤษฎีทุนฟื้นฟู (Recovery Capital Theory)

แนวคิดทุนฟื้นฟู (Recovery Capital) เป็นกรอบแนวคิดที่สำคัญในการทำความเข้าใจปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการฟื้นฟูจากการเสพติดสารเสพติด โดยเสนอว่าความสามารถของบุคคลในการเลิกเสพติดอย่างยั่งยืนขึ้นอยู่กับ “ทุนทรัพยากร” หรือสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Cloud & Granfield, 2008) ทุนฟื้นฟูสามารถจำแนกออกเป็น 4 มิติหลัก ได้แก่:

1. **ทุนส่วนบุคคล (Personal Capital):** ความสามารถในการจัดการกับความเครียด การควบคุมอารมณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง
2. **ทุนสังคม (Social Capital):** การสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และเครือข่ายทางสังคม
3. **ทุนทางกายภาพ (Physical Capital):** การมีที่อยู่อาศัย รายได้ หรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างมั่นคง
4. **ทุนวัฒนธรรม (Cultural Capital):** ค่านิยม ความเชื่อ และบรรทัดฐานของสังคมที่ส่งเสริมการฟื้นฟู

งานวิจัยของ Smith et al. (2016) ที่ศึกษาผู้ติดยาในประเทศเดนมาร์ก พบว่า ผู้ที่มีทุนฟื้นฟูรวมในระดับสูงมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำเพียง 22% เทียบกับกลุ่มที่มีทุนต่ำซึ่งมีอัตราสูงถึง 67% สิ่งนี้สะท้อนว่าการประเมินทุนฟื้นฟูควรเป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินผู้ที่ผ่านการบำบัดก่อนคืนสู่ชุมชน เพื่อวางแผนการสนับสนุนที่เหมาะสมกับทรัพยากรของแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง

2. ทฤษฎีชีว-จิต-สังคม (Biopsychosocial Model)

แบบจำลองชีว-จิต-สังคม (Biopsychosocial Model) เป็นแนวคิดสำคัญในการทำความเข้าใจ “พฤติกรรมเสพติด” โดยเฉพาะในบริบทของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แนวคิดนี้เสนอว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดไม่สามารถพิจารณาได้จากด้านใดด้านหนึ่งโดยลำพัง แต่ต้องอาศัยการพิจารณาแบบองค์รวมใน 3 มิติ ได้แก่ มิติทางชีววิทยา (biological), มิติทางจิตวิทยา (psychological) และมิติทางสังคม (social) (Engel, 1977)

ในบริบทของการติดยาเสพติด ปัจจัยทางชีววิทยา เช่น ความเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทจากการใช้สาร ความอ่อนไหวทางพันธุกรรม ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพ ขณะเดียวกัน ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเอง และความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ ก็มีบทบาทอย่างยิ่ง เช่นเดียวกับปัจจัยทางสังคม เช่น สภาพแวดล้อมในครอบครัว เครือข่ายเพื่อน ความยากจน หรือการตีตราจากสังคม ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการติดยา

การศึกษาของ McLellan et al. (2014) ยืนยันว่า การบำบัดผู้ติดยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว จำเป็นต้องจัดการปัจจัยทั้งสามด้านอย่างผสมผสาน โดยเฉพาะใน “ช่วงก่อนการคืนสู่ชุมชน” ซึ่งถือเป็นช่วงเปราะบางที่สุดของผู้ป่วย เนื่องจากต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งทางอารมณ์ การเงิน ความสัมพันธ์ และความคาดหวังของสังคม

ดังนั้น แบบประเมินความพร้อมของผู้ที่ผ่านการบำบัดควรออกแบบให้สามารถสะท้อนข้อมูลทั้งสามมิติ เพื่อให้การวางแผนการฟื้นฟูต่อเนื่องมีความครอบคลุม มีความเป็นส่วนบุคคล และสอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยในแต่ละราย

3. แนวคิดการป้องกันการเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention Model)

แนวคิดการป้องกันการเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention: RP) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Marlatt และ Donovan (2015) เป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการจิตวิทยาการบำบัดสารเสพติด โดยมีเป้าหมายในการช่วยให้ผู้ที่เคยติดยาเสพติดสามารถรักษาสถานะปลอดยาได้อย่างยั่งยืน และลดโอกาสในการกลับไปเสพยาซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นปัญหาหลักของระบบการบำบัดในระยะหลังการรักษา

RP Model เสนอว่า การกลับไปเสพยาซ้ำไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน แต่เป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป และมีจุดเริ่มต้นจากการเผชิญ สถานการณ์เสี่ยงสูง (high-risk situations) เช่น ความเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หรือแรงกดดันทางสังคม หากบุคคลไม่สามารถเผชิญสถานการณ์เหล่านี้ด้วยทักษะที่เหมาะสม หรือขาดกลยุทธ์ในการเผชิญหน้า (coping strategies) ก็มีแนวโน้มสูงที่จะเกิดพฤติกรรมการกลับไปเสพยาซ้ำอีกครั้ง

องค์ประกอบสำคัญของแนวคิดนี้ยังรวมถึง การรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งหมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ในสถานการณ์ที่ท้าทาย งานวิจัยของ Marlatt & Donovan (2015) พบว่า ผู้ที่มีระดับ self-efficacy สูงสามารถลดโอกาสการเสพยาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น การบำบัดเชิงป้องกันการเสพยาซ้ำจึงเน้นการเสริมสร้างทักษะในการเผชิญหน้า สร้างความมั่นใจในตนเอง และส่งเสริมระบบสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัย การออกแบบประเมินที่สามารถประเมินระดับความเสี่ยงในการเสพยาซ้ำ รวมถึงความสามารถในการเผชิญสถานการณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรรวมไว้ในกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยสู่ชุมชน

4. แนวคิด Trauma-Informed Care (TIC)

แนวคิด Trauma-Informed Care (TIC) หรือ "การดูแลที่มีพื้นฐานจากความเข้าใจเรื่องความบอบช้ำทางจิตใจ" เป็นแนวทางที่ให้ความสำคัญกับการตระหนักและตอบสนองต่อผลกระทบของประสบการณ์บอบช้ำทางจิตใจ (trauma) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดของบุคคลจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่เคยประสบกับการถูกละเมิด การใช้ความรุนแรงในครอบครัว การสูญเสีย หรือการถูกทอดทิ้งตั้งแต่วัยเด็ก (Fallot & Harris, 2009)

TIC มองว่าการฟื้นฟูจากการเสพยาจะไม่สามารถประสบความสำเร็จ หากไม่เข้าใจรากเหง้าทางจิตใจของพฤติกรรมเสพยา ซึ่งมักเกิดขึ้นจากการพยายามหลีกเลี่ยงความทุกข์ใจที่เกิดจากบาดแผลในอดีต โดย TIC จึงเน้นการบำบัดด้วยความเข้าใจ เห็นใจ และไม่ตัดสิน ตลอดจนเน้นการสร้าง “ความปลอดภัยทางอารมณ์ (psychological safety)” ให้กับผู้รับบริการ

หนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่ใช้ประกอบการประเมินในแนวทางนี้ คือ แบบประเมินประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจในวัยเด็ก (Adverse Childhood Experiences: ACEs) ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ลบ เช่น การถูกทำร้าย การแยกจากพ่อแม่ หรือการเติบโตในสภาพแวดล้อมที่มีปัญหา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถใช้ในการออกแบบแผนบำบัดเฉพาะบุคคลที่สอดคล้องกับพื้นฐานชีวิตของผู้ป่วย

นอกจากนี้ TIC ยังเน้นให้บุคลากรที่ทำงานในระบบบำบัดเข้าใจกลไกของการเกิด trauma และเรียนรู้ที่จะสื่อสารและดูแลผู้ป่วยอย่างมีความไวต่อบริบทส่วนบุคคล ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกถูกคุกคาม และป้องกันไม่ให้เกิดการกระตุ้นซ้ำ (re-traumatization)

แนวคิด TIC จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการออกแบบประเมินผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ก่อนคืนสู่ชุมชน เนื่องจากช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลต่อเนื่องอย่างลึกซึ้ง เหมาะสม และให้เกียรติกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย

5. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change Model)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือที่รู้จักในชื่อ *Transtheoretical Model* ได้รับการพัฒนาโดย Prochaska และ DiClemente (1983) และได้รับการนำมาใช้ในวงกว้างในการศึกษาพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมถึงการเลิกใช้สารเสพติด โดยเน้นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ใช่กระบวนการที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน แต่เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นเป็นขั้นตอน ตามแนวคิดนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1. **Precontemplation** – ยังไม่ตระหนักถึงปัญหา และไม่มีเจตนาที่จะเปลี่ยนแปลง
2. **Contemplation** – เริ่มคิดว่าตนมีปัญหา และพิจารณาเปลี่ยนแปลง
3. **Preparation** – เริ่มวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง
4. **Action** – ลงมือเปลี่ยนพฤติกรรม
5. **Maintenance** – พยายามรักษาการเปลี่ยนแปลงนั้นไว้ในระยะยาว

Laudet และ White (2010) ได้นำแนวคิดนี้มาใช้กับกลุ่มผู้ติดสารเสพติด และพบว่าผู้ที่อยู่ในแต่ละขั้นตอนมีความต้องการและแรงจูงใจที่แตกต่างกัน การให้บริการบำบัดจึงควรออกแบบให้สอดคล้องกับ “ระดับความพร้อม” ของผู้ป่วย เช่น การใช้เทคนิค **Motivational Interviewing (MI)** ในกลุ่มที่อยู่ในช่วงลังเล (contemplation) เพื่อกระตุ้นความตระหนักรู้ และการใช้เทคนิค **Cognitive Behavioral Therapy (CBT)** ในกลุ่มที่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลง

ดังนั้น การประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนใดของวงจรการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนบำบัดและคืนผู้ป่วยสู่ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ แบบประเมินที่ดีควรสามารถระบุ “สถานะการเปลี่ยนแปลง” ของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ เพื่อให้การแทรกแซง (intervention) ที่เลือกใช้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

6. แนวคิด RNR (Risk-Need-Responsivity Model)

แนวคิด **Risk-Need-Responsivity (RNR) Model** ซึ่งพัฒนาโดย Andrews และ Bonta (2010) ได้กลายเป็นกรอบมาตรฐานในการประเมินและออกแบบแผนการฟื้นฟูผู้กระทำผิด โดยเฉพาะในระบบยุติธรรมทางอาญา แต่ในปัจจุบันได้มีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในงานด้านการบำบัดผู้ติดยาเสพติดและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะในช่วง “ก่อนคืนสู่ชุมชน”

RNR ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. **Risk Principle (หลักความเสี่ยง):** ระบุระดับความเสี่ยงของบุคคลในการกระทำผิดซ้ำหรือกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ โดยบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการแทรกแซงในระดับเข้มข้นมากกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ

2. **Need Principle (หลักความต้องการ):** ให้ความสำคัญกับการระบุ "ความต้องการที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (criminogenic needs)" เช่น ปัญหาการใช้สารเสพติด การว่างงาน การขาดทักษะชีวิต และความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยควรออกแบบการแทรกแซงให้ตรงกับความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล
3. **Responsivity Principle (หลักการตอบสนอง):** การแทรกแซงควรสอดคล้องกับลักษณะของบุคคล ทั้งด้านภาษา การเรียนรู้ บุคลิกภาพ และวัฒนธรรม เพื่อเพิ่มโอกาสในการตอบสนองต่อโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในบริบทของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยา แนวคิด RNR สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบ **แผนคืนสู่ชุมชนแบบรายบุคคล (Individualized Reintegration Plan)** โดยการประเมินระดับความเสี่ยงในการเสพยา ความต้องการในมิติต่าง ๆ และความสามารถในการตอบสนองต่อการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงแต่มีทุนฟื้นฟูต่ำ อาจต้องการการดูแลต่อเนื่องในระดับเข้มข้นและได้รับการจัดวางระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในเชิงลึก

RNR Model จึงถือเป็นแนวคิดสำคัญในการพัฒนา **แบบประเมินก่อนคืนสู่สังคม** โดยเน้นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงตามความต้องการ และตอบสนองกับบริบทส่วนบุคคล ซึ่งสามารถลดอัตราการเสพยา และเพิ่มความยั่งยืนของผลลัพธ์ในการฟื้นฟูได้อย่างเป็นระบบ

7. เครื่องมือวัดและการประเมินทางจิตสังคม

ในกระบวนการฟื้นฟูและคืนผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดกลับสู่สังคม การออกแบบ ประเมินที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือวัดทางจิตสังคมที่มีความน่าเชื่อถือ (reliability) และความตรงตามเนื้อหา (validity) ซึ่งสามารถสะท้อนสภาพความพร้อมของผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน โดยเฉพาะในมิติเชิงจิตใจ สังคม และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการกลับไปเสพยา

เครื่องมือวัดสำคัญที่ได้รับการยอมรับและสามารถนำมาปรับใช้ในการออกแบบประเมิน ได้แก่

1. Addiction Severity Index (ASI)

พัฒนาโดย McLellan et al. (1992) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินความรุนแรงของปัญหาการใช้สารเสพติดใน 7 ด้าน ได้แก่ การแพทย์ การใช้สาร สุขภาพจิต ครอบครัว/ความสัมพันธ์ สถานการณ์ทางกฎหมาย การจ้างงาน และพฤติกรรมทางเพศ เครื่องมือนี้สามารถใช้ประเมินความต้องการเฉพาะบุคคล และช่วยออกแบบแผนฟื้นฟูที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

2. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

พัฒนาโดย Connor และ Davidson (2003) เครื่องมือนี้ใช้วัดความสามารถในการฟื้นคืนจากความเครียด (resilience) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อโอกาสในการกลับไปเสพยาเสพติด โดยเฉพาะในช่วงหลังการบำบัดที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันจากสภาพแวดล้อม CD-RISC จึงสามารถใช้วัด "ทุนส่วนบุคคล" (personal capital) ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของ Recovery Capital

3. Social Adjustment Scale – Self Report (SAS-SR)

พัฒนาโดย Weissman & Bothwell (1976) เป็นแบบประเมินที่เน้นการวัดระดับการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วย เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูในระยะยาว โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่กำลังจะกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน SAS-SR เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินความพร้อมทางสังคมก่อนการปล่อยตัว

การนำเครื่องมือวัดเหล่านี้มาบูรณาการในการออกแบบประเมินผู้ผ่านการบำบัดก่อนคืนสู่ชุมชนจะช่วยให้การประเมินมีความแม่นยำและเป็นระบบมากขึ้น โดยสามารถตอบคำถามสำคัญเกี่ยวกับ

- ความพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคม
- ความสามารถในการเผชิญกับความเครียด
- ความเสี่ยงในการเสพยา
- ความต้องการในมิติต่าง ๆ ที่ควรได้รับการสนับสนุน

นอกจากนี้ การเลือกใช้เครื่องมือที่มีข้อมูลการวิเคราะห์ทางสถิติรองรับจะช่วยให้ผลการประเมินสามารถนำไปใช้ในการวางแผนบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. กรณีศึกษาระหว่างประเทศ: โครงการ Triple R (EU)

โครงการ Triple R (Recovery, Reintegration, and Rehabilitation) เป็นความร่วมมือระดับภูมิภาคของสหภาพยุโรป (EU) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการฟื้นฟูและคืนผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดเข้าสู่สังคมอย่างยั่งยืน โดยเน้นการวางแผนรายบุคคลและการประเมินความพร้อมอย่างรอบด้าน ซึ่งถือเป็นต้นแบบที่สำคัญของ “แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices)” สำหรับหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยในอนาคต

แนวทางหลักของโครงการ Triple R ประกอบด้วย

1. การประเมินความพร้อมแบบหลายมิติ (Multidimensional Assessment)

โครงการเน้นการประเมินความพร้อมของผู้ผ่านการบำบัดในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านจิตใจ (psychological readiness), การปรับตัวทางสังคม (social reintegration), ความสามารถทางเศรษฐกิจ (economic independence), และสุขภาพโดยรวม การประเมินเหล่านี้ช่วยให้สามารถเข้าใจระดับความเสี่ยงและความต้องการของแต่ละบุคคลได้ลึกซึ้ง

2. แผนปฏิบัติรายบุคคล (Individual Itinerary of Integration – III)

เป็นเครื่องมือหลักของโครงการ ซึ่งเน้นการวางแผนฟื้นฟูแบบเจาะจงรายบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักยภาพอย่างแท้จริง แผนนี้รวมถึงการให้คำปรึกษา การจัดฝึกอบรมทักษะอาชีพ การสนับสนุนทางจิตใจ และการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

3. การสนับสนุนต่อเนื่องหลังปล่อยตัว (Aftercare Support)

โครงการ Triple R ยังให้ความสำคัญกับการติดตามและสนับสนุนในระยะยาว แม้กระบวนการบำบัดจะสิ้นสุดลงแล้ว เช่น มีการสร้างเครือข่าย “กลุ่มสนับสนุนเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support)” และการเชื่อมโยงกับองค์กรภาครัฐและเอกชนที่พร้อมรับผู้ฟื้นฟูกลับเข้าสู่ตลาดแรงงาน

ผลการดำเนินงานจากประเทศต่าง ๆ เช่น สเปน สวีเดน และอิตาลี แสดงให้เห็นว่า แนวทางของ Triple R ช่วยลดอัตราการเสพยา (relapse rate) และเพิ่มอัตราการเข้าสู่ระบบงานได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีของ Dianova Spain ซึ่งมีการบูรณาการ III กับระบบบริการสุขภาพและท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาแนวทางของโครงการ Triple R จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแบบประเมินและวางแผนคืนผู้ผ่านการบำบัดเข้าสู่ชุมชน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประเมินแบบรายบุคคล และการจัดบริการรองรับในระยะยาว

ตารางเปรียบเทียบแนวทางประเทศไทย - Triple R (EU)

องค์ประกอบ/มิติ	ประเทศไทย	Triple R (EU)
การประเมินความพร้อมก่อนคืนสู่ชุมชน	มีการประเมินโดยเจ้าหน้าที่แต่ยังไม่มีเครื่องมือเฉพาะ หรือแบบมาตรฐาน	ประเมินแบบหลายมิติ (จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ) อย่างเป็นระบบ
แผนฟื้นฟูรายบุคคล	มีแนวคิดแผนรายบุคคลในบางพื้นที่แต่ยังไม่ใช้ระบบกลาง	มีแผน Individual Itinerary of Integration (III) เฉพาะบุคคลทุกคน
การมีส่วนร่วมของชุมชน/ครอบครัว	มีการเชื่อมโยงกับครอบครัวในระดับหนึ่งแต่ชุมชนยังมีบทบาท จำกัด	ชุมชนมีบทบาทสำคัญ เช่น peer support, องค์กรท้องถิ่น
การสนับสนุนต่อเนื่องหลังบำบัด	ขาดระบบติดตามอย่างเป็นระบบ ในระยะยาว	มีระบบ aftercare และติดตามผลตามแผนรายบุคคล
การฝึกอาชีพและคืนสู่ตลาดแรงงาน	มีโครงการฝึกอาชีพบางส่วนแต่ขาดการวางแผนต่อเนื่อง	มีการฝึกอาชีพเชื่อมโยงกับการจ้างงานจริง
การประเมินเชิงจิตสังคมหลายมิติ	ใช้แบบประเมินเฉพาะด้าน (เช่น สุขภาพจิต) ยังไม่บูรณาการ	บูรณาการการประเมินในมิติต่างๆ พร้อมวิเคราะห์ความเสี่ยง และทุนฟื้นฟู
การใช้เครื่องมือวัดมาตรฐาน	ใช้อย่างจำกัด เช่น ASI หรือ ST-5 ขึ้นกับความสนใจของเจ้าหน้าที่	ใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น CD-RISC, SAS-SR, ACEs อย่างแพร่หลาย
การเชื่อมโยงกับนโยบายภาครัฐ	อยู่ในระยะนาร่อง ขาดกลไกขับเคลื่อนร่วมจากหลายหน่วยงาน	สอดคล้องกับนโยบาย EU และมีทุนสนับสนุนข้ามประเทศ

กระบวนการประเมินความพร้อมของผู้ที่ผ่านการบำบัดมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยงของการกลับไปเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะการประเมินระดับความพร้อมในมิติต่างๆ เช่น สุขภาพจิต สังคม อาชีพ และความเสี่ยงในการเสพติดซ้ำ เครื่องมือวัดที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย เช่น Addiction Severity Index (McLellan et al., 1992) ถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงในการระบุความเสี่ยงและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง การประเมินก่อนคืนสู่ชุมชนมีความสำคัญหลายประการ ดังนี้

1. **ช่วยประเมินความเสี่ยงในการกลับไปเสพติดซ้ำ** - การประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐานช่วยชี้วัดได้ว่าผู้ป่วยคนใดมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปเสพติดอีกครั้ง ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องวางแผนการติดตามดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. **ช่วยวางแผนกระบวนการคืนสู่สังคมอย่างเหมาะสม** - การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความพร้อมด้านกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ช่วยให้หน่วยงานและชุมชนสามารถออกแบบมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสม

3. **ช่วยลดภาระของชุมชน** - การคืนสู่สังคมที่มีระบบการประเมินที่ดีจะลดความเสี่ยงที่ชุมชนจะต้องเผชิญกับปัญหาจากผู้ที่อาจกลับไปเสพยาและช่วยให้ชุมชนมีความมั่นใจในการสนับสนุนผู้ป่วยได้มากขึ้น (Pattanaseri et al., 2017)
4. **เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร** - การประเมินช่วยให้สามารถจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดไปยังผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและต้องการการสนับสนุนมากที่สุด ทำให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

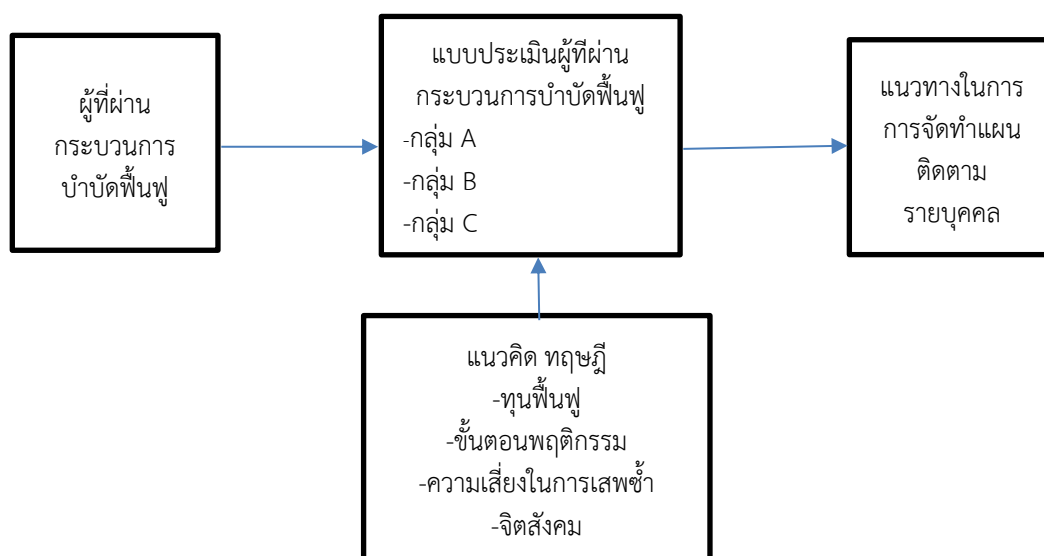
จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษาเครื่องมือ PTSD โดย Brewin et al.(2002) และการประเมินความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือ ROBIS (Whiting et al., 2016) แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือที่ผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวัดและติดตามผลของผู้ที่ผ่านการฟื้นฟูยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างเครื่องมือสำคัญที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินได้แก่ Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003) ใช้ประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ Family Assessment Device (Epstein et al., 1983) ใช้วัดการทำงานของครอบครัว Social Adjustment Scale-Self-Report (Weissman & Bothwell, 1976) ประเมินการปรับตัวทางสังคม และ Addiction Severity Index (McLellan et al., 1992) สำหรับประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติด

จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าว นำมาพัฒนาโครงสร้างของแบบประเมิน โดยกำหนดมิติหลักในการประเมินไว้ 5 ด้าน ได้แก่

1. **สุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ (Mental Health and Psychological Strength)** การประเมินสถานะทางจิตใจ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งทางใจ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความพร้อมในการกลับคืนสู่ชุมชน เนื่องจากสถานะทางจิตใจมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูและการป้องกันการกลับไปเสพยา
2. **สุขภาพกายและภาวะการใช้สารเสพติด (Physical Health and Substance Use Status)** การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป การตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ และการประเมินความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดอื่นๆ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินความพร้อมทางกายภาพของผู้ป่วย (Hser et al., 2013)
3. **การปรับตัวทางสังคมและครอบครัว (Social and Family Adjustment)** การประเมินความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน ทักษะชีวิตของครอบครัวในการยอมรับการกลับคืน และความสามารถในการเข้าสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความสำคัญในการประเมินความพร้อมทางสังคมของผู้ป่วย (Laudet & White, 2010)
4. **เศรษฐกิจ อาชีพ และทักษะชีวิต (Economic, Occupational, and Life Skills)** การประเมินทักษะด้านอาชีพและการทำงาน ความสามารถในการจัดการทางการเงินส่วนบุคคล และความพร้อมและแรงจูงใจในการประกอบอาชีพ มีความสำคัญในการประเมินความพร้อมทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย
5. **ความเสี่ยงในการเสพติดซ้ำ (Relapse Risk Assessment)** การประเมินประวัติการเสพติดซ้ำในอดีต สภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา และทัศนคติและแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพยา มีความสำคัญในการประเมินความเสี่ยงในการกลับไปเสพยาของผู้ป่วย

กรอบแนวคิด



5.ระเบียบวิธีการศึกษา

1.รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development – R&D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบประเมินที่มีความเชื่อถือได้และตรงตามเนื้อหา (validity) สำหรับประเมินความพร้อมของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดก่อนการคืนสู่สังคม

2. ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย

(1) การศึกษาวรรณกรรมและปัจจัยความเสี่ยง

ทบทวนงานวิจัย ทฤษฎี

(2) แนวทางการพัฒนาเครื่องมือเบื้องต้นตามกรอบแนวคิด 5 มิติ

ทบทวนเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง เช่น Recovery Capital, RNR, ACEs, ASI

(3) ศึกษาแนวทางในการพัฒนาแบบประเมิน (Draft Tool Development) เบื้องต้น

- สร้างแบบร่างแบบประเมิน (Draft Screening Tool) ตามมิติจากระยะที่ 1

โครงสร้างของแบบประเมินที่ประกอบด้วย 5 มิติหลัก อ้างอิงจากการสังเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดจากแหล่งงานวิจัยและเครื่องมือวัดมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในวงการวิจัยและวิชาการด้านจิตวิทยา สาธารณสุข และการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด โดยสามารถสรุปที่มาของแต่ละมิติได้ดังนี้

1. มิติสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางจิตใจ (Mental Health and Psychological Strength)

ใช้ข้อมูลอ้างอิงจากงานวิจัยและเครื่องมือวัดมาตรฐาน เช่น Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) โดย Connor & Davidson (2003) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นิยมใช้ในการประเมินความสามารถในการฟื้นคืนจากภาวะเครียด (Resilience) แบบวัดความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

2. มิติสุขภาพกายและภาวะการใช้สารเสพติด (Physical Health and Substance Use Status) ใช้ข้อมูลอ้างอิงจาก การตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ (Urine Drug Screening - UDS) ที่มีมาตรฐานการใช้งานในระบบบริการสาธารณสุข ตามแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ของกระทรวงสาธารณสุข แนวทางประเมินสุขภาพกายของผู้ป่วยยาเสพติด ตามคู่มือมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (2565)

3. มิติการปรับตัวทางสังคมและครอบครัว (Social and Family Adjustment) ใช้ข้อมูลอ้างอิงจากเครื่องมือวัดมาตรฐาน McMaster Family Assessment Device (FAD) โดย Epstein และคณะ (1983) เป็นเครื่องมือที่ใช้แพร่หลายในการประเมินการทำงานและคุณภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว Social Adjustment Scale-Self Report (SAS-SR) โดย Weissman & Bothwell (1976) สำหรับการประเมินการปรับตัวด้านสังคม

4. มิติเศรษฐกิจ อาชีพ และการดำรงชีวิต (Economic, Occupational, and Life Skills) อ้างอิงจากแนวทางมาตรฐานในการประเมินความพร้อมด้านอาชีพและทักษะชีวิตจาก แนวคิดและวิธีการวัดตามหลักการของแบบประเมิน Life Skills Scale ที่เป็นที่ยอมรับในงานวิจัยด้านสุขภาพและการฟื้นฟู แนวทางการสัมภาษณ์ประเมินความพร้อมด้านอาชีพและเศรษฐกิจ (Career Readiness Interview) ที่ใช้ในกระบวนการฟื้นฟูและเตรียมผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่สังคม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

5. มิติความเสี่ยงในการกลับไปเสพติดซ้ำ (Relapse Risk Assessment) ใช้ข้อมูลอ้างอิงจาก Addiction Severity Index (ASI) โดย McLellan et al. (1992) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลในการประเมินความเสี่ยงต่อการเสพติดซ้ำ แนวคิดของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำ (Addiction Relapse Risk Scale) ที่นิยมใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ

6. บทวิเคราะห์

1. สาเหตุและผลกระทบของปัญหา

1.1 สาเหตุของปัญหา

ปัญหาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำหลังผ่านการบำบัดยังคงเป็นหนึ่งในความท้าทายหลักของระบบการฟื้นฟูในประเทศไทย ซึ่งสามารถแจกแจงสาเหตุได้เป็น 4 กลุ่มหลัก ดังนี้

(1) ปัจจัยภายนอกระดับประเทศและภูมิภาค

ประเทศไทยอยู่ในเส้นทาง “สามเหลี่ยมทองคำ” ซึ่งเป็นแหล่งผลิตและส่งออกยาเสพติด โดยเฉพาะสารประเภทกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้าและเมทแอมเฟตามีน (ไอซ์) ทำให้มีการเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย แม้ในกลุ่มที่ผ่านการบำบัดแล้ว

(2) ปัจจัยภายในระดับบุคคล

ผู้ที่เคยใช้สารเสพติดส่วนใหญ่มักมีประวัติของความบกพร่องด้านอารมณ์หรือจิตใจ เช่น ความเครียดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรือแม้กระทั่งความบอบช้ำในวัยเด็ก (Trauma) ซึ่งส่งผลให้พวกเขาหันไปใช้ยาเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับความรู้สึกเหล่านั้น

(3) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

การกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมหลังจบบำบัด ซึ่งมักเป็นแหล่งกระตุ้นให้เกิดการเสพซ้ำ เช่น เพื่อนร่วมกลุ่มเดิม ขาดงานทำ รายได้น้อย และการถูกตีตรา (Stigmatization) จากสังคม ทำให้ขาดโอกาสในการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน

(4) ปัจจัยด้านระบบ/นโยบาย

ประเทศไทยยังไม่มี “แบบประเมิน” ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับประเมิน “ระดับความพร้อมก่อนคืนสู่ชุมชน” ซึ่งจะช่วยแยกกลุ่มเสี่ยง กลุ่มพร้อม และกลุ่มเปราะบาง ทำให้การวางแผนสนับสนุนขาดความตรงจุด

1.2 ผลกระทบของปัญหา

(1) ด้านระบบการบำบัด

อัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดในประเทศไทยยังอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าระบบการบำบัดในปัจจุบันยังไม่มี “กลไกสนับสนุนหลังการรักษา” (aftercare) ที่เพียงพอ

(2) ด้านชุมชน

ประชาชนในชุมชนจำนวนมากยังคงขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูและติดยา ทำให้ไม่กล้า “รับคืน” ผู้ที่ผ่านการบำบัดเข้าร่วมกิจกรรมหรือทำงานร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดรู้สึก “ถูกตัดขาด” และเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพ

(3) ด้านนโยบายสาธารณะ

ภาครัฐต้องลงทุนในกระบวนการบำบัดแบบวนซ้ำ (recycling) เป็นจำนวนมาก ทั้งในรูปแบบของสถานพินิจ เรือนจำ หรือศูนย์ฟื้นฟู ส่งผลให้ “ทรัพยากรระบบสาธารณสุข” สูญเสียประสิทธิภาพ แม้ นโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” จะถูกประกาศใช้อย่างต่อเนื่อง

2. แนวทางการแก้ไขปัญหาค้นหาเดิมที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2.1 ระบบบำบัดและฟื้นฟูที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ประเทศไทยมีระบบการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดภายใต้แนวทางของ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) โดยยึดหลัก “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ซึ่งมีกระบวนการตั้งแต่คัดกรอง ส่งต่อ รักษา และฟื้นฟู เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (ศพช.) หรือสถานพินิจต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในระบบ

- ASI (Addiction Severity Index): ใช้ประเมินความรุนแรงของการติดในหลายมิติ
- ST-5: แบบประเมินอาการซึมเศร้าและสุขภาพจิตในเบื้องต้น
- CES-D: แบบวัดภาวะซึมเศร้าระดับประชากรทั่วไป

เครื่องมือเหล่านี้ช่วยในการประเมินเบื้องต้น แต่ยังขาด “การเชื่อมโยงและวิเคราะห์แบบบูรณาการ” ที่ครอบคลุมทั้งความพร้อมและความเสี่ยงหลังการบำบัด

2.2 ช่องว่างของระบบในปัจจุบัน

1. ขาดการบูรณาการข้อมูลแบบรอบด้าน

แม้จะมีเครื่องมือหลายประเภท แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์รวบรวมข้อมูลแบบบูรณาการในเชิงจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และประวัติชีวิต เช่น trauma หรือ coping skills ของผู้ผ่านการบำบัด

2. ขาดระบบการจัดกลุ่มความพร้อมแบบเป็นรูปธรรม

การประเมินยังเป็นรายกรณี และไม่มีการใช้ระบบ “แบ่งกลุ่มความพร้อม” เช่น กลุ่มเสี่ยงสูง (กลุ่ม C), กลุ่มต้องเสริม (กลุ่ม B) และ กลุ่มพร้อมคืนสู่ชุมชน (กลุ่ม A) อย่างเป็นระบบ

3. ขาดแผนติดตามรายบุคคลหลังบำบัด

ยังไม่มี “แผนฟื้นฟูรายบุคคล (Individual Recovery Plan)” ที่รองรับความแตกต่างของผู้บำบัดในแต่ละราย เช่น บางคนต้องการฟื้นฟูสุขภาพจิต ขณะที่บางคนต้องการฝึกอาชีพ ซึ่งส่งผลให้การฟื้นฟูไม่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะ

3. นวัตกรรมการแก้ไขปัญห แบบประเมินแบบใหม่

บริบทของนวัตกรรม

จากช่องว่างของระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบัน โดยเฉพาะการขาดแบบประเมินที่สามารถประเมิน “ระดับความพร้อมในการคืนสู่สังคม” ได้อย่างครอบคลุม นำไปสู่การพัฒนา นวัตกรรมแบบประเมิน 5 มิติ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

- จัดกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดอย่างเป็นระบบ (แบ่งกลุ่มความเสี่ยง)
- วางแผนฟื้นฟูรายบุคคลได้แม่นยำ
- ปรับใช้ได้ในระดับชุมชน ภาครัฐ และองค์กรสนับสนุนอื่น ๆ

จุดเด่นของนวัตกรรม: แบบประเมิน 5 มิติ

แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งในและต่างประเทศ เช่น Recovery Capital, RNR, TIC, Triple R (EU) โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 5 มิติดังนี้

1. สุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ

เกณฑ์การประเมิน

- ระดับความเครียดและวิตกกังวล (Anxiety & Stress Level)
- อารมณ์และภาวะซึมเศร้า (Depression Assessment)
- ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Level)
- การรับรู้ในคุณค่าตนเอง (Self-Esteem Scale)

ตัวอย่างเครื่องมือที่สามารถนำมาประยุกต์

- แบบวัดความเครียด (ST-5)
- แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D
- Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

ตัวอย่างตัวชี้วัด

- ภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล (ใช้ CES-D, ST-5)
- ระดับ resilience (ใช้ CD-RISC)
- ความสามารถในการควบคุมตนเอง

2. สุขภาพกายและภาวะการใช้สาร

เกณฑ์การประเมิน

- สุขภาพร่างกายทั่วไป (General Health Check-up)
- ผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ (Drug Urine Screening)
- ภาวะการใช้สารอื่นที่เสี่ยง (Risk of using other substances)

ตัวอย่างเครื่องมือที่สามารถนำมาประยุกต์

- Urine Drug Screening (UDS)
- แบบสอบถามการใช้สารเสพติด (Substance Use Questionnaire)

ตัวอย่างตัวชี้วัด

- ประวัติการใช้สารซ้ำ
- ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง
- ความต้องการบำบัดเพิ่มเติม

3. การปรับตัวทางสังคมและครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน

- ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน (Family and Community Relationship)
- ทัศนคติของครอบครัวในการยอมรับกลับคืน (Family Acceptance Attitude)
- ความสามารถในการเข้าสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Social Interaction Ability)

ตัวอย่างเครื่องมือที่สามารถนำมาประยุกต์

- Family Assessment Device (FAD)
- Social Adjustment Scale – Self Report (SAS-SR)

ตัวอย่างตัวชี้วัด

- การสนับสนุนจากครอบครัว
- ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น
- ความไว้วางใจจากชุมชน

4. เศรษฐกิจ อาชีพ และทักษะชีวิต

เกณฑ์การประเมิน

- ทักษะด้านอาชีพและการทำงาน (Occupational Skills Assessment)
- ความสามารถในการจัดการทางการเงินส่วนบุคคล (Financial Management Skills)
- ความพร้อมและแรงจูงใจในการประกอบอาชีพ (Job Readiness and Motivation)

ตัวอย่างเครื่องมือที่สามารถนำมาประยุกต์

- แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความพร้อมด้านอาชีพ (Career Readiness Interview)

-แบบวัดทักษะชีวิต (Life Skills Scale)

ตัวอย่างตัวชี้วัด

- รายได้และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ
- ทักษะชีวิตพื้นฐาน เช่น การวางแผน การสื่อสาร
- โอกาสในการมีงานทำ

5. ความเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำ

เกณฑ์การประเมิน

- ประวัติการเสพติดซ้ำในอดีต (Past Relapse History)
- สภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ (Environment Risk Assessment)
- ทัศนคติและแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพ (Motivation to Stay Abstinent)

ตัวอย่างเครื่องมือที่สามารถนำมาประยุกต์

- แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเสพติดซ้ำ (Addiction Relapse Risk Scale)
- Addiction Severity Index (ASI)

ตัวอย่างตัวชี้วัด

- การอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงสูง (high-risk situation)
- ความมั่นใจในการไม่เสพซ้ำ (self-efficacy)
- การจัดการสิ่งกระตุ้น (trigger management)

จุดมุ่งหมายของแบบประเมิน

1. แยกกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 จัดเป็นกลุ่ม “พร้อมคืนสู่สังคม (กลุ่ม A)” เป็นกลุ่มผู้ที่ประเมินตามแบบประเมินแล้วได้คะแนนผ่านเกณฑ์ในทุกมิติ จัดเป็นผู้มีความพร้อมในการคืนสู่สังคม ไม่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด โดยอาจจะใช้การรายงานตัวผ่านช่องทางออนไลน์ตามระยะเวลาที่กำหนดในช่วงระยะเวลา 1 ปี

กลุ่มที่ 2 จัดเป็นกลุ่ม “ต้องเสริมพัฒนา (กลุ่ม B)” เป็นกลุ่มผู้ที่ประเมินตามแบบประเมินแล้วได้คะแนนผ่านเกณฑ์ 3 หรือ 4 ใน 5 มิติ จัดเป็นกลุ่มที่ต้องมีการติดตาม และวางแผนในการส่งเสริมพัฒนาในมิติที่ไม่ผ่านการประเมิน

กลุ่มที่ 3 จัดเป็นกลุ่ม “เปราะบาง (กลุ่ม C)” เป็นกลุ่มผู้ที่ประเมินตามแบบประเมินแล้วได้คะแนนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ 3 มิติ ขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มที่ต้องการติดตามและเสริมในการพัฒนาอย่างใกล้ชิดในทุกมิติ

2. เมื่อจำแนกผู้ผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูก่อนส่งคืนสู่ชุมชนแล้ว นำมาเป็นพื้นฐานสำหรับการวางแผนติดตาม ฟื้นฟูเฉพาะบุคคล (Individualized Reintegration Plan)

3. ใช้ประกอบการติดตามผลในระยะ 3-6-12 เดือนหลังการคืนสู่ชุมชน

7.สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและพัฒนาแบบประเมินผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดก่อนคืนสู่ชุมชน พบว่าปัญหาการกลับไปเสพซ้ำยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญของกระบวนการฟื้นฟูในประเทศไทย โดยมีสาเหตุที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล สังคม และเชิงระบบ อาทิ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด การตีตราจากชุมชน และการขาดเครื่องมือเฉพาะที่สามารถประเมินความพร้อมของผู้บำบัดก่อนการปล่อยตัว

แม้ในปัจจุบันประเทศไทยจะมีระบบการบำบัดที่เป็นทางการ และใช้เครื่องมือประเมินบางชนิด เช่น ASI, ST-5 และ CES-D แต่ยังขาดการบูรณาการข้อมูลจากหลายมิติ และไม่มีแผนฟื้นฟูรายบุคคลที่เชื่อมโยงกับระดับความพร้อมของแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง

นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้จึงมีบทบาทสำคัญในฐานะ "แบบประเมินแบบใหม่" ที่ครอบคลุม 5 มิติหลัก ได้แก่ สุขภาพจิต สุขภาพกาย สังคม เศรษฐกิจ และความเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งสามารถใช้แยกกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดเป็น 3 ระดับ (พร้อม – เสริม – เปราะบาง) และนำไปสู่การจัดทำแผนรายบุคคล (Individual Reintegration Plan) อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ควรผลักดันให้มีการนำ แบบประเมิน 5 มิติ ไปใช้ในระดับชาติ โดยเฉพาะในศูนย์ฟื้นฟู สถานพินิจ และชุมชนที่มีการรับผู้ผ่านการบำบัดกลับคืน
- ควรจัดตั้งระบบ ติดตามผลหลังการบำบัด (Aftercare System) ที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูล สุขภาพจิต และแรงงานในท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูระยะยาว

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

- ฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และอาสาสมัครชุมชน ให้สามารถใช้เครื่องมือประเมินได้อย่างถูกต้อง
- ควรพัฒนา ระบบฐานข้อมูลออนไลน์ สำหรับบันทึกคะแนนและสถานะของผู้ที่ประเมิน เพื่อนำไปใช้ประกอบการติดตามผลและรายงานต่อผู้บริหาร

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

- ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย เช่น ผู้หญิง ผู้สูงอายุ หรือเยาวชน เพื่อประเมินความเหมาะสมของแบบประเมินในแต่ละกลุ่ม
- แนะนำให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิง Validation ข้ามวัฒนธรรม เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้แบบประเมินนี้ในกลุ่มต่างภูมิภาค

ข้อเสนอแนะเชิงชุมชน

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการฟื้นฟู เช่น การสร้างเครือข่ายผู้ผ่านการบำบัด การให้บทบาทแก่ผู้นำท้องถิ่น และการรณรงค์ลดการตีตรา

๗. บรรณานุกรม (อ้างอิง)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการจัดการบริการดูแลและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดสำหรับสถานพยาบาล*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการใช้แบบประเมินความเครียด ST-5*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2567). ข้อมูลการให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ปีงบประมาณ 2563-2567. เข้าถึงจาก https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=5270&Itemid=53
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- The Coverage. (2567). ผู้ป่วยยาเสพติด '5.5. หมิ่นคน' ไม่กลับไปเสพยา 'หลังบำบัดยาเสพติด' ครบเกณฑ์. เข้าถึงจาก <https://www.thecoverage.info/news/content/7078>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th ed.). Routledge.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181(2), 158--162.
- Chaisiri, K., Thaikla, K., & Yoocharoen, P. (2016). Factors affecting relapse among drug addict patients in Thailand: A qualitative study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76(3), 104-112.
- Chen, Q., Katrina, M., & Zhang, L. (2021). Comprehensive approach to drug addiction treatment: Integration of medical, psychological, social, and economic dimensions. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(4), 1142-1158.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76--82.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171--180.
- Fallot, R. D., & Harris, M. (2009). *Trauma-informed care: A self-assessment and planning protocol*. Community Connections.
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, 11(4), 330--341.
- Hser, Y. I., Evans, E., Grella, C., Ling, W., & Anglin, D. (2013). Long-term course of opioid addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 76-89.
- Jones, C. M., Campopiano, M., & Baldwin, G. (2018). Assessment tools for recovery readiness in substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 92, 99-107.
- Kampman, K., Jarvis, M., & O'Brien, C. P. (2013). Predictive factors of relapse in substance use disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 8(1), 1-8.

- Kelly, J. F., Greene, M. C., & Bergman, B. G. (2018). Beyond abstinence: Changes in indices of quality of life with time in recovery in a nationally representative sample of U.S. adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(4), 770-780.
- Laudet, A. B., & White, W. L. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(1), 51-59.
- Limberger, J., Andretta, I., & Schneider, J. A. (2018). Social skills in drug users: An exploratory study. *Trends in Psychology*, 26(3), 1255-1269.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2015). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). Guilford Press.
- Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and self-stigma in addiction. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(2), 275-286.
- McKay, J. R. (2017). Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorders. *Addiction*, 112(5), 751-757.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199--213.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., & O'Brien, C. P. (2014). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 312(16), 1689-1695.
- Pattanasari, K., Kitisriworapan, S., & Wanitkun, N. (2017). Community participation in drug addiction rehabilitation in Thailand: Current situation and challenges. *Journal of Health Research*, 31(3), 229-237.
- Smith, D. C., Bahar, O. S., & Cleeland, L. R. (2016). Self-perceived recovery status among Danish drug users. *Journal of Drug Issues*, 46(4), 451-463.
- Triple R Project. (n.d.). *Handbook on Social Reintegration of Recovered Drug Users*. Co-funded by the European Union.
- Veysey, B. M., Grasmere, J., & Andersen, R. (2010). Supporting peer recovery in rural communities: The role of recovery community organizations. *Journal of Rural Mental Health*, 34(1), 29-39.
- Walton, M. T., Martin, C., & Reisinger, H. S. (2015). Development and validation of the Substance Use Relapse Risk Scale. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(4), 290-296.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33(9), 1111--1115.
- Whiting, P., Savović, J., Higgins, J. P., Caldwell, D. M., Reeves, B. C., Shea, B., Davies, P., Kleijnen, J., & Churchill, R. (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 69, 225--234.

- Wongtongkam, N., Russell, D. J., & Ward, P. R. (2020). Cultural adaptation of assessment tools for substance use disorders: A systematic review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(5), 1233-1251.
- Ziaaddini, H., Sharifi, A., & Nakhaee, N. (2019). The prevalence of at least one-time substance abuse among Kerman pre-university male students. *Addiction & Health*, 5(1-2), 1-6.

ประวัติผู้วิจัย

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง – สังกัด
1	นางสาวจินตวลัย จาตุรนต์	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม
2	นางสาวมิ่งขวัญ คุ่มวงศ์	ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดชัยนาท กรมคุมประพฤติ
3	นางสาวจุฑามณี เกาศรี	ผู้อำนวยการสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและ เยาวชนจังหวัดมุกดาหาร กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
4	นางสาวรัศมี ศรีสว่าง	พนักงานสอบสวนคดีพิเศษชำนาญการพิเศษ กรมสอบสวนคดีพิเศษ
5	นายณัฐกิตติ์ ธนะวงศ์ธาดากุล	เจ้าหน้าที่ศาลรัฐธรรมนูญชำนาญการพิเศษ สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ
6	พันตำรวจโท รัฐฉัตร อัสวเลิศหิรัญ	รองผู้กำกับการสืบสวน สถานีตำรวจนครบาลลาดพร้าว สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
7	นางสาวสรญา แสนโสดา	นิติกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน (ปปง.)
8	นายสิริวิชญ์ สุธรรม	ผู้อำนวยการส่วนคดี ๒ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)
9	นายถาวร รุณแสง	นิติกรชำนาญการพิเศษ สำนักงบประมาณ
10	นายพฤตพงศ์ พัวศิริ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ
11	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ กุลสวัสดิ์	หัวหน้าภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา