การสนับสนุนทางสังคมในการบำบัดและฟื้นฟูผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน: การสังเคราะห์ในมิติทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์

วันที่รับ: 6 กรกฎาคม 2569
วันที่แก้ไข: 24 พฤศจิกายน 2569
วันที่ตอบรับ: 26 พฤศจิกายน 2569

เรืองสิทธิ์ เนตรนวลใย

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญ: ความผิดปกติจากการใช้สารเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม การดูแลจึงต้องเชื่อมการรักษาทางคลินิกกับความสัมพันธ์และทรัพยากรที่บุคคลเข้าถึงได้ โดยเฉพาะช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน **วัตถุประสงค์**: เพื่อสังเคราะห์แนวคิดและกลไกของการสนับสนุนทางสังคม เปรียบเทียบหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การบำบัดและการฟื้นคืนสุขภาวะ และเสนอกรอบประยุกต์ใช้ในการดูแล **วิธีการศึกษา**: เอกสารอ้างอิงประกอบการสังเคราะห์มี 26 รายการ ครอบคลุมงานวิจัย บทความทบทวนทฤษฎี และแนวทางบริการที่เผยแพร่ถึง ค.ศ. 2025 รวมทั้งทฤษฎีพื้นฐานก่อน ค.ศ. 2000 **ผลการศึกษา**: ผลการสังเคราะห์ชี้ว่าการสนับสนุนที่รับรู้ ความช่วยเหลือที่ได้รับจริง และลักษณะเครือข่ายเป็นมิติที่สัมพันธ์กันแต่ใช้แทนกันไม่ได้ ประโยชน์ของการสนับสนุนขึ้นอยู่กับความสอดคล้องระหว่างความต้องการ ประเภทความช่วยเหลือ แหล่งสนับสนุน และระยะการดูแล หลักฐานรายงานความสัมพันธ์กับความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการใช้สาร แต่แตกต่างตามประชากร ชนิดสาร และรูปแบบบริการ ความช่วยเหลือที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของผู้รับบริการอาจเพิ่มภาระหรือความรู้สึกถูกควบคุม **สรุปผลการศึกษา**: บทความเสนอกรอบเชื่อมการประเมินก่อนจำหน่าย การวางแผนร่วม การส่งต่อที่ตรวจสอบการได้รับบริการ และการติดตามปรับแผน โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนกำหนดเป้าหมายและเลือกผู้สนับสนุน พร้อมเชื่อมทรัพยากรด้านที่อยู่อาศัย อาชีพ และสวัสดิการ กรอบดังกล่าวเป็นข้อเสนอจากการสังเคราะห์ซึ่งต้องประเมินความเหมาะสมและผลลัพธ์ในบริบทจริงผู้ป่วย

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม; ความผิดปกติจากการใช้สาร; การดูแลต่อเนื่อง; เครือข่ายทางสังคม; การฟื้นคืนสุขภาวะ

ศูนย์วิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
Corresponding author email: netnuanyai@gmail.com

Social Support in Treatment and Recovery for People with Substance Use Disorders from Hospital to Community: A Social and Behavioral Sciences Synthesis

Received: 6 July 2026
Revised: 24 November 2026
Accepted: 26 November 2026

Ruangsit Netnuanyai

Abstract

Background and Rationale: Substance use disorders involve biological, psychological, and social factors. Care therefore requires connections between clinical treatment and the relationships and resources available in everyday life, particularly during the transition from hospital to community. **Objective:** This article aims to synthesize social support concepts and mechanisms, compare evidence concerning treatment and recovery outcomes, and propose a framework for continuing care. **Methods:** A narrative review was undertaken using Thai- and English-language documents. Twenty-six references informed the synthesis, including primary studies, reviews, theoretical publications, and service guidelines published through 2025, together with foundational works published before 2000. **Results:** The synthesis indicates that perceived support, received support, and network characteristics are related but distinct dimensions. The potential value of support depends on the alignment of individual needs, support functions, support sources, and stages of care. Associations have been reported with stress, self-efficacy, quality of life, and substance use, although findings vary across populations, substances, and service settings. Assistance that conflicts with service users' goals may increase burden or perceived control. **Conclusions:** The proposed framework connects pre-discharge assessment, shared planning, referral with confirmation of service receipt, and adaptive follow-up. It emphasizes service users' participation in setting goals and selecting supporters, alongside access to housing, employment, and welfare resources. The framework represents a synthesis-informed proposal whose feasibility and outcomes require evaluation in local practice.

Keywords: Social support; Substance use disorders; Continuing care; Social networks; Recovery

Research and Development Center, Vachira Phuket Hospital
Corresponding author email: sirinya.nanthanangkul@gmail.com

บทนำ

ความผิดปกติจากการใช้สารเป็นภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของบุคคลในหลายด้าน ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ การทำงาน และการดำรงชีวิต การบำบัดที่ตอบสนองเฉพาะอาการระหว่างอยู่ในสถานพยาบาลจึงอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการหลังจำหน่าย มาตรฐานการบำบัดรักษาขององค์การอนามัยโลกและสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติให้ความสำคัญกับบริการที่อาศัยหลักฐาน เคารพศักดิ์ศรี และจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้รับบริการ[1] สำหรับประเทศไทย แนวทางของกรมการแพทย์และกองบริหารการสาธารณสุขครอบคลุมการคัดกรอง การประเมิน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู โดยเชื่อมสถานพยาบาลกับหน่วยงานและทรัพยากรในพื้นที่[2,3]

ช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนมีความสำคัญ เนื่องจากผู้รับบริการต้องนำแผนการรักษาและทักษะที่ได้รับไปใช้ภายใต้เงื่อนไขชีวิตจริง การมีใบนัดหรือคำแนะนำก่อนจำหน่ายไม่ได้หมายความว่าบุคคลจะเข้าถึงบริการต่อเนื่องได้เสมอไป หากยังมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง รายได้ ที่พัก ความสัมพันธ์หรือผู้ช่วยประสานบริการ การทบทวนของ McKay อธิบายว่าการดูแลต่อเนื่องประกอบด้วยรูปแบบบริการที่หลากหลาย เช่น การติดต่อเชิงรุก การติดตาม และการปรับความเข้มข้นของบริการตามความต้องการ แต่ผลลัพธ์แตกต่างกันตามรูปแบบและกลุ่มผู้รับบริการ[4]

หลักฐานเชิงคุณภาพในประเทศไทยช่วยสะท้อนประสบการณ์หลังการบำบัด งานของพัชรินทร์ วงษ์สว่าง และคณะ ศึกษาผู้ผ่านการบำบัดและฟื้นฟูแอมเฟตามีน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 12 คน พบประเด็นเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน การติดตามต่อเนื่อง และคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ[5] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้อธิบายประสบการณ์เฉพาะบริบท ไม่สามารถใช้ประมาณขนาดปัญหาการขาดบริการหรือยืนยันผลเชิงสาเหตุในประชากรไทยทั้งหมดได้ ประเด็นดังกล่าวชี้ความจำเป็นของการศึกษาให้ลึกขึ้นว่า ผู้รับบริการได้รับความช่วยเหลือแบบใด จากใคร และภายใต้เงื่อนไขใดหลังกลับสู่ชุมชน

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่ช่วยเชื่อมความสัมพันธ์ในชีวิตประจำวันกับการบำบัดและการฟื้นคืนสุขภาวะ แต่การมีคนอยู่รอบตัวไม่เท่ากับการได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม บุคคลอาจมีสมาชิกครอบครัวจำนวนมากแต่ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ หรือได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดจนรู้สึกถูกควบคุม ขณะเดียวกัน ผู้ที่มีเครือข่ายขนาดเล็กอาจเข้าถึงผู้สนับสนุนที่ไว้วางใจและตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพิจารณาเฉพาะจำนวนสมาชิกเครือข่ายจึงไม่เพียงพอ

แนวคิดทุนเพื่อการฟื้นคืนสุขภาวะช่วยขยายการวิเคราะห์จากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไปสู่ทรัพยากรที่ทำให้บุคคลดำรงชีวิตได้ เช่น ความรู้ ทักษะ ที่อยู่อาศัย รายได้ และโอกาสทางสังคม[6,7] การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของทรัพยากรเหล่านี้ แต่ไม่สามารถทดแทนบริการทางคลินิก สวัสดิการ หรือโครงสร้างโอกาสที่จำเป็นได้ทั้งหมด

แม้วรรณกรรมเดิมจะอธิบายแนวคิดการสนับสนุนเครือข่าย เพื่อนร่วมประสบการณ์ และการดูแลต่อเนื่องไว้แล้ว แต่เมื่อพิจารณาร่วมกันยังมีประเด็นที่ต้องจัดระบบให้ชัด ได้แก่ ความแตกต่างระหว่างการรับรู้กับความช่วยเหลือที่ได้รับจริง การแยกผลต่อผู้รับบริการออกจากผู้ดูแล และการเชื่อมหลักฐานแต่ละประเภทกับความต้องการในช่วงก่อนจำหน่าย การส่งต่อ และการติดตาม การนำผลจากต่างประชากรหรือสารต่างชนิดมาใช้ร่วมกันโดยไม่พิจารณาขอบเขตอาจทำให้ข้อเสนอเกินกว่าหลักฐานรองรับ

บทความนี้จึงใช้มุมมองทางสังคมศาสตร์เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ บทบาท ทรัพยากร และความเหลื่อมล้ำ ควบคู่กับมุมมองทางพฤติกรรมศาสตร์ที่อธิบายความเครียด การรับรู้ความสามารถ การเรียนรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณูปการของบทความอยู่ที่การจัดความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิด หลักฐาน และขั้นตอนการดูแลให้เป็นกรอบประยุกต์ใช้ร่วมกัน โดยคำนึงถึงสิทธิ ความปลอดภัย และเป้าหมายของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสังเคราะห์แนวคิด ประเภท และกลไกเชิงแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมในการบำบัดและฟื้นฟูผู้มีความผิดปกติจากการใช้สาร

2. เพื่อเปรียบเทียบหลักฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์การบำบัดและการฟื้นคืนสุขภาวะ โดยพิจารณาความน่าเชื่อถือและข้อจำกัดของการศึกษา

3. เพื่อเสนอกรอบประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และระบุประเด็นการพัฒนาบริการและการวิจัยในบริบทไทย

วิธีการทบทวนวรรณกรรม

รูปแบบและขอบเขต

บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย เพื่อบูรณาการแนวคิดทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์กับหลักฐานด้านการบำบัดและการฟื้นคืนสุขภาวะ ไม่ได้ออกแบบเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์อภิมาน จึงไม่ประมาณขนาดผลรวมและไม่อ้างว่าครอบคลุมการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

เอกสารที่นำมาใช้ในการสังเคราะห์มีจำนวน 26 รายการ ประกอบด้วย งานวิจัยปฐมภูมิ บทความทบทวน เอกสารทฤษฎี และแนวทางบริการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเอกสารเชิงประจักษ์และแนวทางที่นำมาใช้เผยแพร่ถึง ค.ศ. 2025 และคงเอกสารทฤษฎีต้นฉบับก่อน ค.ศ. 2000 ที่จำเป็นต่อการอธิบายแนวคิด การสังเคราะห์ครั้งนี้ครอบคลุมเอกสารที่เผยแพร่ถึง ค.ศ. 2025 จึงมีข้อจำกัดในการสะท้อนหลักฐานและความก้าวหน้าทางวิชาการที่เผยแพร่ใน ค.ศ. 2026

ประชากรในเอกสารที่พิจารณาครอบคลุมผู้ใช้สารหรือผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารในสถานบำบัดบริการผู้ป่วยนอก บ้านพักเพื่อการฟื้นคืนสุขภาวะและชุมชน รวมทั้งผู้ดูแล บทความนำหลักฐานเกี่ยวกับแอลกอฮอล์มาพิจารณาเพื่อทำความเข้าใจการสนับสนุนที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สาร แต่แยกข้อสรุปจากหลักฐานเกี่ยวกับโอปิออยด์ โคเคน และแอมเฟตามีน

แหล่งข้อมูลและความโปร่งใสของการสืบค้น

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการทบทวน ได้แก่ PubMed, Thai Journals Online และเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก และสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ โดยพิจารณาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม การบำบัดและฟื้นฟูผู้มีความผิดปกติจากการใช้สาร และการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

กลุ่มคำค้นที่ใช้ประกอบการสืบค้น ได้แก่ “การสนับสนุนทางสังคม” “เครือข่ายทางสังคม” “การบำบัดสารเสพติด” “การฟื้นฟู” “การสนับสนุนจากครอบครัว” “เพื่อนร่วมประสบการณ์” และ “การดูแลต่อเนื่อง” ตลอดจนคำภาษาอังกฤษ ได้แก่ social support, social network, family support, peer support, substance use disorder, continuing care และ recovery

การทบทวนครั้งนี้ไม่มีข้อมูลบันทึกวันสืบค้น ชุดคำค้นฉบับสมบูรณ์ จำนวนเอกสารที่ค้นพบและคัดเลือก ตลอดจนรายละเอียดกระบวนการคัดเลือกและสกัดข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการตรวจสอบย้อนหลัง จึงมีข้อจำกัดด้านความโปร่งใส ความครอบคลุม และความสามารถในการทำซ้ำกระบวนการสืบค้น ข้อจำกัดนี้มีผลต่อความสามารถในการทำซ้ำกระบวนการและการประเมินอคติจากการคัดเลือกเอกสาร

หลักในการพิจารณาเอกสาร

การจัดเนื้อหาพิจารณาความเกี่ยวข้องกับคำถามหลักสามประการ ได้แก่ เอกสารอธิบายมิติการสนับสนุนใด ศึกษาผลลัพธ์ของใคร และให้ข้อมูลที่นำไปใช้กับการดูแลต่อเนื่องได้เพียงใด เอกสารทฤษฎีใช้กำหนดแนวคิด เอกสารแนวทางใช้พิจารณาการจัดบริการ และงานเชิงประจักษ์ใช้ประกอบการประเมินความสัมพันธ์หรือผลของโปรแกรมตามรูปแบบการศึกษาจริง

เอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการสนับสนุน เครือข่าย การดูแลต่อเนื่อง หรือทรัพยากรเพื่อการฟื้นคืนสุขภาวะ ไม่ได้ใช้เป็นฐานของข้อสรุปหลัก ส่วนรายการที่ข้อมูลบรรณานุกรมไม่ครบและยังตรวจสอบไม่เพียงพอไม่ได้ใช้ยืนยันข้อค้นพบเฉพาะ การไม่ใช้เอกสารลักษณะดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าเอกสารนั้นไม่มีอยู่ แต่สะท้อนข้อจำกัดในการตรวจสอบสำหรับการสังเคราะห์ครั้งนี้

การสังเคราะห์และการพิจารณาน้ำหนักหลักฐาน

การสังเคราะห์จัดข้อมูลตามแนวคิด มิติการสนับสนุน ผลลัพธ์ และระยะการดูแล พร้อมเปรียบเทียบประชากร ชนิดสาร รูปแบบวิจัย วิธีวัดระยะติดตาม และปัจจัยกวนเท่าที่เอกสารเปิดเผย โดยใช้การวิพากษ์เชิงบรรยาย ไม่รายงานคะแนนคุณภาพ หรือระดับความเชื่อมั่นจากเครื่องมือที่ยังไม่มีหลักฐานว่าได้ดำเนินการจริง

หลักการรายงานให้ความสำคัญกับความชัดเจนของคำถาม แหล่งข้อมูล การอ้างอิง ระดับหลักฐานและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับประเด็นคุณภาพของบทความทบทวนเชิงบรรยายที่เสนอใน SANRA ทั้งนี้ การอ้างถึง SANRA ไม่ได้หมายความว่าบทความผ่านการประเมินด้วยแบบวัดดังกล่าวแล้ว[8]

เมื่อใช้บทความทบทวนร่วมกับงานปฐมภูมิ บทความไม่ถือว่าการกล่าวถึงงานเดียวกันหลายครั้งเป็นหลักฐานอิสระหลายชุด และแยกการนำเสนอเป็นข้อค้นพบเชิงประจักษ์ กลไกเชิงทฤษฎี และข้อเสนอของผู้เขียน

ผลการทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรม

1. ความหมายและขอบเขตของแนวคิดสำคัญ

1.1 การฟื้นฟู การฟื้นคืนสุขภาวะ และการดูแลต่อเนื่อง

บทความใช้คำว่า **การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการฟื้นฟู (rehabilitation)** หมายถึงกระบวนการหรือบริการที่ช่วยพัฒนาหรือฟื้นความสามารถในการดำรงชีวิต การทำงาน และการมีส่วนร่วมทางสังคม ส่วน **การฟื้นคืนสุขภาวะ (recovery)** หมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงชีวิตที่บุคคลกำหนดความหมายและเป้าหมายของตน ซึ่งอาจครอบคลุมสุขภาพ ความสัมพันธ์ ความหวัง อัตลักษณ์ และการดำรงชีวิตที่มีคุณค่า

แนวคิดการฟื้นคืนสุขภาวะส่วนบุคคลในงานสุขภาพจิตให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยง ความหวัง อัตลักษณ์ ความหมาย และพลังอำนาจในการกำหนดชีวิต[9] บทความนำแนวคิดนี้มาใช้ประกอบการอธิบายขอบเขตของ recovery โดยไม่ถือว่าหลักฐานจากสุขภาพจิตใช้ยืนยันผลการบำบัดสารเสพติดได้โดยตรง

สำหรับ **การดูแลต่อเนื่อง (continuing care)** หมายถึงบริการติดตาม สนับสนุน และปรับการดูแลภายหลังการรักษาระยะเข้มข้นหรือระหว่างการเปลี่ยนระดับบริการ[4] จึงเป็นลักษณะการจัดบริการที่ช่วยสนับสนุนการฟื้นฟูและการฟื้นคืนสุขภาวะ มิใช่คำที่มีความหมายเดียวกัน

แม้ชื่อเรื่องคงคำว่า “การบำบัดและฟื้นฟู” ตามต้นฉบับ แต่ในเนื้อหาใช้คำทั้งสามตามขอบเขตดังกล่าว เพื่อให้การแปลและการตีความมีความสม่ำเสมอ

1.2 การสนับสนุนทางสังคมและหน้าที่ของความสัมพันธ์

Cobb อธิบายการสนับสนุนทางสังคมผ่านข้อมูลจากความสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนได้รับความรัก การดูแล และการยอมรับ[10] House จำแนกหน้าที่ของความช่วยเหลือเป็นด้านอารมณ์ ข้อมูล เครื่องมือหรือทรัพยากร และการประเมินคุณค่า[11] ขณะที่ Weiss เสนอว่าความสัมพันธ์ตอบสนองความต้องการหลายด้าน เช่น ความผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการได้รับคำแนะนำ[12]

แนวคิดเหล่านี้ช่วยอธิบายคนละส่วนของความสัมพันธ์ กล่าวคือ บุคคลรับรู้ความหมายอย่างไร ผู้สนับสนุนให้ความช่วยเหลืออะไร และความช่วยเหลือนั้นตอบความต้องการใด การได้รับคำแนะนำจำนวนมากจึงอาจไม่ตอบปัญหาค่าเดินทาง ขณะที่การได้รับเงินช่วยเหลืออาจไม่ทดแทนความต้องการด้านความไว้วางใจและการยอมรับ

การประเมินจึงควรพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างมิติต่าง ๆ เช่น บุคคลอาจรับรู้ว่าครอบครัวพร้อมช่วย แต่ยังไม่ได้รับการช่วยด้านการเดินทาง หรือได้รับการติดตามทุกวันแต่ไม่รู้สึกไว้วางใจ การแยกมิติเหล่านี้ทำให้ทราบว่าต้องปรับความช่วยเหลือที่จุดใด

ตารางที่ 1 มิติของการสนับสนุนทางสังคมที่ควรแยกในการประเมิน

กลุ่มมิติ	ความหมาย	ตัวอย่างคำถามประเมิน	ข้อควรระวัง
การสนับสนุนที่รับรู้	ความเชื่อว่ามีผู้พร้อมช่วยเหลือเมื่อจำเป็น	หากมีปัญหา ท่านคิดว่าสามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้	ไม่ยืนยันว่าความช่วยเหลือเกิดขึ้นแล้ว
ความช่วยเหลือที่ได้รับจริง	การกระทำหรือทรัพยากรที่ได้รับในช่วงเวลาหนึ่ง	หลังจำหน่าย ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องใดบ้าง	การได้รับมากอาจสะท้อนความต้องการสูง
หน้าที่ของการสนับสนุน	ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล ทรัพยากร และการประเมินคุณค่า	ความช่วยเหลือใดตอบปัญหาสำคัญของท่าน	ความช่วยเหลือแต่ละหน้าที่ใช้แทนกันไม่ได้ทั้งหมด
ลักษณะเครือข่าย	จำนวน ความสัมพันธ์ ความถี่การติดต่อ และพฤติกรรมของสมาชิก	ใครสนับสนุนหรือขัดขวางเป้าหมายการดูแล	เครือข่ายขนาดใหญ่ไม่ได้มีคุณภาพดีกว่าเสมอ
ความเหมาะสมของความช่วยเหลือ	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ความสมัครใจ และสถานการณ์	สิ่งที่ได้รับช่วยให้ตัดสินใจได้ดีขึ้นหรือทำให้รู้สึกถูกควบคุม	ต้องฟังความเห็นผู้รับบริการร่วมด้วย

ที่มา: ผู้เขียนสังเคราะห์จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[10–12] โดยเพิ่มคำถามประเมินเป็นข้อเสนอสำหรับการประยุกต์ใช้

2. กลไกเชิงแนวคิดในมิติทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์

Cohen และ Wills เสนอคำอธิบายเกี่ยวกับการสนับสนุนสองลักษณะ ได้แก่ **ผลหลัก** ซึ่งความสัมพันธ์และทรัพยากรเชื่อมกับสุขภาวะโดยทั่วไป และ **การลดทอนผลของความเครียด** ซึ่งความช่วยเหลือช่วยให้บุคคลจัดการสถานการณ์กดดันได้ดีขึ้น[13] สำหรับผู้มีความผิดปกติจากการใช้สาร กลไกทั้งสองอาจเกี่ยวข้องกัน แต่ต้องแยกในการทดสอบ เพราะการพบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนกับความเครียดต่ำยังไม่เพียงพอที่จะยืนยันการลดทอนผลของความเครียด หากไม่ได้ทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการสนับสนุน

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองอธิบายบทบาทของประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการตีความสภาวะกายใจ[14] ครอบครัวหรือเพื่อนร่วมประสบการณ์อาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการเหล่านี้ผ่านการให้กำลังใจ การสะท้อนความก้าวหน้า และการเป็นตัวอย่างของการจัดการปัญหา อย่างไรก็ตาม ความเป็นไปได้เชิงทฤษฎีต้องแยกจากหลักฐานว่าการสนับสนุนชนิดใดทำให้การรับรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นจริง

มุมมองเครือข่ายช่วยอธิบายว่า บุคคลไม่ได้รับอิทธิพลจากความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐาน โอกาสในการใช้สาร และการยอมรับภายในกลุ่ม การศึกษาที่ใช้เครือข่ายโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจึงควรพิจารณาทั้งผู้ที่ช่วยเหลือ ผู้ที่ยังใช้สาร และความสัมพันธ์ที่มีบทบาทหลายด้าน[15]

เมื่อเชื่อมมุมมองทั้งสองศาสตร์ การสนับสนุนอาจเริ่มจากทรัพยากรหรือความสัมพันธ์ทางสังคม แล้วเกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ ความเครียด ความเชื่อในความสามารถ และพฤติกรรม แต่ความสัมพันธ์เหล่านี้อาจเป็นสองทิศทาง เช่น ผู้ที่มีสุขภาพดีขึ้นอาจกลับไปสร้างความสัมพันธ์ได้มากขึ้นด้วย จึงไม่ควรอธิบายทุกกรณีเป็นเส้นทางเหตุและผลทิศทางเดียว

3. หลักฐานเชิงประจักษ์และขอบเขตการตีความ

3.1 ความเครียดและระดับการวิเคราะห์

Islam และคณะศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในประชากรที่อยู่ในกระบวนการฟื้นคืนสุขภาวะ โดยใช้การวิเคราะห์หลายระดับเพื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับความเครียด[16] ประเด็นสำคัญคือความสัมพันธ์ระดับบุคคลและระดับบ้านพักอาจมี

ทิศทางต่างกัน การมีการสนับสนุนสูงในระดับบุคคลจึงไม่จำเป็นต้องมีความหมายเหมือนการอยู่ในบ้านพักที่มีระดับการสนับสนุนโดยรวมสูง

คำอธิบายที่เป็นไปได้ ได้แก่ ความแตกต่างของความต้องการในแต่ละบ้านพัก การตอบสนองของเครือข่ายเมื่อสมาชิกมีความเครียด หรือปัจจัยระดับกลุ่มที่ไม่ได้วัดครบถ้วน แต่คำอธิบายเหล่านี้ควรถือเป็นสมมติฐานสำหรับศึกษาต่อ ไม่ใช่ข้อสรุปที่ยืนยันจากความสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว

ข้อสังเคราะห์คือ ต้องระบุให้ชัดว่ากำลังวิเคราะห์บุคคล ครอบครัว กลุ่ม หรือชุมชน และหลีกเลี่ยงการนำความสัมพันธ์ระดับหนึ่งไปอธิบายอีกระดับโดยตรง

3.2 คุณภาพชีวิตและองค์ประกอบเครือข่าย

Muller และคณะรายงานว่า ผู้ที่มีเครือข่ายงดใช้สารเพิ่มขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[17] งานนี้ช่วยชี้ความสำคัญขององค์ประกอบเครือข่ายมากกว่าการนับจำนวนผู้ติดต่อทั้งหมด อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนเครือข่ายอาจเกิดควบคู่กับสุขภาพ ที่พัก การทำงาน หรือความก้าวหน้าในการรักษา จึงต้องพิจารณาปัจจัยร่วมและความสัมพันธ์ย้อนกลับด้วย

การประยุกต์ใช้ไม่ควรกำหนดให้ผู้รับบริการตัดความสัมพันธ์ทั้งหมดกับผู้ที่ยังใช้สารโดยไม่ประเมินบริบท เพราะบุคคลเหล่านั้นอาจเป็นผู้ร่วมบ้าน ผู้ดูแล หรือแหล่งทรัพยากรสำคัญ แนวทางที่เหมาะสมกว่าคือประเมินความเสี่ยงและร่วมวางแผนเพิ่มความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย พร้อมหาทางเลือกด้านการดำรงชีวิต

3.3 พฤติกรรมการใช้สารและความจำเพาะของการสนับสนุน

Wasserman และคณะศึกษาผู้รับการรักษาด้วยยาทดแทนโอปิออยด์ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนกับการงดใช้สารแตกต่างกันระหว่างโคเคนกับโอปิออยด์ และการสนับสนุนทั่วไปไม่ได้ให้ข้อค้นพบเช่นเดียวกับการสนับสนุนที่จำเพาะต่อการงดสาร[18] งาน COMBINE พบว่าองค์ประกอบเครือข่ายและท่าทีต่อการดื่มมีคุณค่าในการพยากรณ์ผลลัพธ์การดื่ม[19]

ข้อค้นพบร่วมคือ การวัดเพียงความรู้สึกว่า “ได้รับการช่วยเหลือมาก” อาจไม่เพียงพอ หากไม่ทราบว่าความช่วยเหลือนั้นสนับสนุนพฤติกรรมใด เช่น สมาชิกเครือข่ายอาจช่วยเรื่องเงินและที่พัก แต่ยังชักชวนให้ดื่มหรือใช้สาร ความสัมพันธ์หนึ่งจึงอาจให้ทั้งประโยชน์และความเสี่ยง

อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาแอลกอฮอล์โคเคน หรือโอปิออยด์ไม่ควรถูกใช้แทนกัน การนำมาประยุกต์กับผู้ใช้แอมเฟตามีนในประเทศไทยต้องพิจารณาความแตกต่างของการรักษา อาการร่วม และบริบทเครือข่าย

3.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

งานของจุไรพร สัมพุทธานนท์ และจินตนา ยูนิพันธุ์ ในวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดของรัฐ จำนวน 140 คน พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ โดยมีค่าสหสัมพันธ์ .34 และ .17 ตามลำดับ[20] ผลดังกล่าวสนับสนุนความเกี่ยวข้องของแหล่งสนับสนุนทั้งสอง แต่ไม่ยืนยันว่าแหล่งใดมีผลเชิงสาเหตุมากกว่า และไม่ควรสรุปความแตกต่างของค่าสหสัมพันธ์โดยไม่มีการทดสอบโดยตรง

การรับรู้ความสามารถเป็นผลลัพธ์ทางจิตวิทยา ซึ่งต้องแยกจากผลด้านพฤติกรรมบุคคลอาจมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นแต่ยังเผชิญข้อจำกัดด้านที่พัก รายได้ หรือเครือข่ายที่เอื้อต่อการใช้สาร การพัฒนาบริการจึงควรประเมินทั้งความเชื่อในตนเองและสภาพแวดล้อมที่ทำให้ปฏิบัติได้จริง

3.5 ผลต่อผู้ดูแลและครอบครัว

นรากร สารีแหล้ และคณะ ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด โดยประเมินภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทัศนคติ และการทำหน้าที่ของครอบครัว[21] งานนี้มีคุณค่าต่อการออกแบบบริการดูแลผู้ดูแล แต่ไม่ควรถูกใช้อ้างว่าพิสูจน์ผลต่อการหยุดใช้สารของผู้รับบริการโดยตรง

ข้อสังเคราะห์คือ ครอบครัวควรได้รับการมองว่าเป็นทั้งผู้ร่วมดูแลและผู้มีความต้องการของตนเอง การให้ความรู้โดยไม่พิจารณาภาระ เวลา รายได้ ความปลอดภัย และความสัมพันธ์ อาจทำให้ครอบครัวได้รับหน้าที่เพิ่มโดยไม่มีทรัพยากรสนับสนุน

4. เพื่อนร่วมประสบการณ์ ชุมชน และการดูแลต่อเนื่อง

การสนับสนุนโดยเพื่อนร่วมประสบการณ์ครอบคลุมหลายรูปแบบ ตั้งแต่กลุ่มช่วยเหลือกันโดยสมัครใจไปจนถึงผู้ช่วยที่ปฏิบัติงานในระบบบริการ การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Bassuk และคณะ และบทความทบทวนของ Tracy และ Wallace ชี้ศักยภาพของบริการดังกล่าว แต่พบความแตกต่างของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง และคุณภาพการศึกษา[22,23] จึงไม่ควรถือว่าบริการที่ใช้คำว่า peer support ทุกแบบมีประสิทธิผลเท่ากัน

สำหรับประเทศไทย งานของนุชรีย์ ทองเจิม และคณะ แสดงกระบวนการพัฒนารูปแบบบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐานผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่[24] คุณค่าของงานลักษณะนี้อยู่ที่การแสดงความเป็นไปได้และกระบวนการประสานงานในบริบทจริง แต่ผลของโปรแกรมหลายองค์ประกอบไม่สามารถแยกเป็นผลของการสนับสนุนทางสังคมเพียงส่วนเดียวได้

หลักฐานทดลองด้านแอลกอฮอล์ช่วยเพิ่มน้ำหนักให้การพิจารณาเครือข่าย งานของ Litt และคณะ ศึกษาการแทรกแซงที่มุ่งเปลี่ยนเครือข่ายให้สนับสนุนการไม่ดื่ม[25] ขณะที่การทบทวน Cochrane ของ Kelly และคณะ พบประโยชน์ของ Alcoholics Anonymous และการบำบัดที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในแนวทาง 12 ขั้นตอนต่อผลลัพธ์บางด้าน โดยเฉพาะการงดดื่ม ในเงื่อนไขที่ศึกษา[26] แต่หลักฐานเหล่านี้เป็นหลักฐานของแนวทางที่มีองค์ประกอบเฉพาะ ไม่ได้ยืนยันว่าการเพิ่มผู้ติดต่อหรือกำลังใจทั่วไปให้ผลเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาตารางที่ 2–3 ร่วมกัน ผลลัพธ์ควรจัดเป็นอย่างน้อยสี่กลุ่ม ได้แก่ การเข้าถึงและเชื่อมบริการ ผลลัพธ์ทางจิตวิทยา พฤติกรรมการใช้สาร และคุณภาพชีวิตหรือการดำรงชีวิต การจัดกลุ่มนี้เป็นฐานของกรอบประยุกต์ใช้ เพราะความช่วยเหลือที่เหมาะกับผลลัพธ์หนึ่งอาจไม่ตอบอีกผลลัพธ์หนึ่ง เช่น การจัดค่าเดินทางช่วยแก้อุปสรรคการไปตามนัด แต่ไม่ใช่หลักฐานว่าความเครียดหรือการใช้สารจะลดลงโดยอัตโนมัติ

5. ข้อสังเคราะห์ร่วมจากหลักฐาน

5.1 ความสอดคล้องสำคัญกว่าปริมาณความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว

ข้อค้นพบจากงานเครือข่ายและแนวคิดหน้าที่ของการสนับสนุนร่วมกันชี้ว่า ควรประเมินความช่วยเหลือที่ตอบปัญหาจริงมากกว่ากำหนดให้ทุกคนได้รับกิจกรรมชุดเดียวกัน[11,17–19] ผู้ที่ขาดค่าเดินทางต้องการทรัพยากรต่างจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ขัดแย้ง ขณะที่ผู้ที่อยู่ลำพังอาจต้องการทั้งผู้ติดต่อที่ไว้วางใจและการประสานบริการสังคม

อย่างไรก็ตาม การจัดความช่วยเหลือตามความต้องการในรายละเอียดเป็นข้อเสนอเชิงปฏิบัติจากการสังเคราะห์ ยังไม่ได้รับการทดสอบว่ารูปแบบที่เสนอนี้ให้ผลเหนือกว่าบริการเดิมในประเทศไทย

5.2 ความสัมพันธ์เดียวกันอาจให้ทั้งความช่วยเหลือและความเสี่ยง

การสนับสนุนไม่ควรถูกกำหนดว่าเป็นคุณสมบัติเชิงบวกของครอบครัวหรือชุมชนโดยอัตโนมัติ สมาชิกเครือข่ายอาจช่วยด้านทรัพยากร แต่กดดัน ตำหนิ หรือส่งเสริมพฤติกรรมที่ขัดกับเป้าหมายการรักษา การประเมินจึงต้องถามถึงคุณภาพ ความสมัครใจ และผลของความสัมพันธ์ ไม่ใช่เพียงถามว่ามีผู้ดูแลหรือไม่

5.3 ผลทางจิตวิทยาและพฤติกรรมต้องประเมินแยกกัน

หลักฐานเกี่ยวกับความเครียด การรับรู้ความสามารถ และคุณภาพชีวิตมีความหมายต่อการฟื้นคืนสุขภาวะ แต่ไม่ควรใช้แทนหลักฐานการงดหรือลดใช้สาร[16,17,20] ในทำนองเดียวกัน การไม่กลับไปใช้สารในช่วงติดตามสั้นไม่ได้แสดงว่าบุคคลมีที่พักมั่นคง มีงาน หรือรู้สึกได้รับการยอมรับแล้ว

5.4 การดูแลต่อเนื่องต้องมีทั้งความสัมพันธ์และระบบรองรับ

การสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนจะเกิดประโยชน์ได้จำกัด หากไม่มีบริการที่เข้าถึงได้ ผู้รับผิดชอบการประสาน และทรัพยากรที่ตอบปัญหา[1,4,6,7] การพัฒนาระบบจึงต้องเชื่อมความช่วยเหลือระหว่างบุคคลกับการรักษา สวัสดิการ และโอกาสทางสังคม โดยไม่ผลักภาระทั้งหมดให้ผู้รับบริการและครอบครัว

ตารางที่ 2 หลักฐานปฐมภูมิสำคัญและขอบเขตการนำไปใช้

เอกสาร	ประเด็นหลัก	สาระที่ใช้ในการสังเคราะห์	ขอบเขตและข้อจำกัด
พัชรินทร์ และคณะ [5]	ประสบการณ์หลังการบำบัดแอมเฟตามีนโดยชุมชนมีส่วนร่วม	ความหมายของครอบครัว ชุมชน และการติดตามจากมุมมองผู้รับบริการ	กลุ่มเฉพาะบริบท ไม่ประมาณผลเชิงสาเหตุ
Islam และคณะ [16]	การสนับสนุนกับความเครียดหลายระดับ	ต้องแยกความสัมพันธ์ระดับบุคคลและบ้านพัก	ไม่ควรอธิบายข้ามระดับหรือสรุปเหตุและผล
Muller และคณะ [17]	เครือข่ายงดสารกับคุณภาพชีวิต	คุณภาพและองค์ประกอบเครือข่ายมีความสำคัญ	มีปัจจัยร่วมและความสัมพันธ์ย้อนกลับได้
Wasserman และคณะ [18]	การสนับสนุนกับการงดโอปิออยด์และโคเคน	ต้องแยกชนิดสารและการสนับสนุนทั่วไปกับแบบจำเพาะ	ใช้แทนผู้ใช้สารทุกชนิดไม่ได้
Longabaugh และคณะ [19]	เครือข่ายกับผลลัพธ์การดื่ม	พฤติกรรมและท่าทีของสมาชิกเครือข่ายมีคุณค่าต่อการพยากรณ์	การพยากรณ์ไม่เท่ากับการยืนยันผลของการเปลี่ยนเครือข่าย
จุไรพร และจินตนา [20]	การสนับสนุนกับการรับรู้ความสามารถ	แหล่งสนับสนุนสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางจิตวิทยา	วัยรุ่นชายในสถานบำบัด ไม่ใช่หลักฐานผลระยะยาว
นรากร และคณะ [21]	โปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแล	ต้องดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้ดูแลร่วมด้วย	ผลของผู้ดูแลไม่ใช่ผลต่อการใช้สารของผู้รับบริการ

ที่มา: ผู้เขียนสังเคราะห์จากเอกสาร[5,16–21]

ตารางที่ 3 หลักฐานระดับการทบทวนและการแทรกแซงที่ใช้ประกอบข้อเสนอ

เอกสาร	สิ่งที่ช่วยอธิบาย	สิ่งที่ยังไม่ควรสรุป
McKay [4]	รูปแบบการดูแลต่อเนื่องและการปรับบริการตามความต้องการ	ทุกบริการต่อเนื่องให้ผลเท่ากัน
Hennessy [7]	ทรัพยากรเพื่อการฟื้นคืนสุขภาวะมีหลายมิติ	ความสัมพันธ์ทางสังคมทดแทนทรัพยากรทุกด้านได้
Stone และคณะ [15]	วิธีคิดและการศึกษาองค์ประกอบเครือข่าย	วิธีวัดเครือข่ายเป็นหลักฐานประสิทธิผลของบริการ
Bassuk และคณะ [22]	ศักยภาพและข้อจำกัดของบริการเพื่อนร่วมประสบการณ์	รูปแบบเพื่อนร่วมประสบการณ์ทุกชนิดมีผลเหมือนกัน
Tracy และ Wallace [23]	บทบาทของกลุ่มช่วยเหลือกันและความหลากหลายของผลลัพธ์	ผลของกลุ่มหนึ่งใช้แทนทุกประชากรได้
Litt และคณะ [25]	ผลของโปรแกรมที่มุ่งปรับเครือข่ายสนับสนุนการไม่ดื่ม	การเพิ่มจำนวนสมาชิกเครือข่ายเพียงอย่างเดียวเพียงพอ
Kelly และคณะ [26]	หลักฐานของ AA และการส่งเสริมแนวทาง 12 ขั้นตอนในปัญหาแอลกอฮอล์	ใช้ยืนยันผลต่อสารทุกชนิดหรือบริการเพื่อนทุกแบบ

ที่มา: ผู้เขียนสังเคราะห์จากเอกสาร[4,7,15,22,23,25,26]

กรอบประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

1. หลักการและที่มาของกรอบ

ผู้เขียนเสนอกรอบที่เชื่อม ความต้องการของบุคคล แหล่งสนับสนุน หน้าที่ของความช่วยเหลือ ระยะการดูแล และผลลัพธ์ โดยมีสิทธิ ความสมัครใจ และความปลอดภัยเป็นเงื่อนไขกำกับ องค์ประกอบของกรอบมาจากฐานความรู้สามส่วน ได้แก่

ฐานทฤษฎี ได้แก่ หน้าที่ของการสนับสนุน ผลหลักและการลดทอนความเครียด การรับรู้ความสามารถ และทุนเพื่อการฟื้นคืนสุขภาวะ[6,10–14]

ฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ความแตกต่างของผลตามชนิดสาร องค์ประกอบเครือข่าย ประชากร และผลลัพธ์ รวมทั้งการแยกผลต่อผู้รับบริการกับผู้ดูแล[16–26]

ข้อเสนอของผู้เขียน ได้แก่ การจัดขั้นตอนประเมินก่อนจำหน่าย วางแผนร่วม ส่งต่อโดยตรวจสอบการได้รับบริการ และติดตามปรับแผน

กรอบนี้ช่วยจัดระบบการตัดสินใจและประเด็นประเมิน ไม่ใช่แบบจำลองเชิงเหตุและผลที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว

2. การเลือกแหล่งและประเภทความช่วยเหลือ

3. การจัดความช่วยเหลือตามระยะการดูแล

ตารางที่ 4 ใช้ช่วยเลือกว่าควรให้ความช่วยเหลืออะไรและจากใคร ส่วนตารางที่ 5 ใช้จัดความช่วยเหลือตามช่วงเวลาและผู้รับผิดชอบ การเลือกแหล่งสนับสนุนจึงต้องเชื่อมกับการส่งมอบความช่วยเหลือจริง มิใช่จบเพียงการระบุรายชื่อบุคคลในแผน

ตารางที่ 4 กรอบเลือกความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้รับบริการ

ความต้องการที่ประเมินพบ	หน้าที่ของความช่วยเหลือ	แหล่งสนับสนุนที่อาจเหมาะสม	กลไกที่คาดหมาย	ผลลัพธ์ที่ควรติดตาม
กังวลหรือไม่มั่นใจหลังกลับบ้าน	อารมณ์และการประเมินคุณค่า	บุคคลที่ไว้วางใจ บุคลากร หรือเพื่อนร่วมประสบการณ์	เพิ่มความไว้วางใจและความมั่นใจในการขอความช่วยเหลือ	ความเครียด การรับรู้ความสามารถ ความพึงพอใจ
ไม่เข้าใจแผนรักษาและช่องทางติดต่อ	ข้อมูล	ทีมรักษาและผู้ประสานบริการ	เพิ่มความเข้าใจและความสามารถตัดสินใจ	ความเข้าใจแผนและการติดต่อเมื่อมีปัญหา
ขาดค่าเดินทางหรือมีเวลาทำงานไม่แน่นอน	ทรัพยากรและการประสานบริการ	นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยบริการ และเครือข่ายสวัสดิการ	ลดอุปสรรคการเข้าถึง	การได้รับบริการและความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง
ไม่มีที่พักมั่นคงหรือไม่มีผู้ช่วยดูแล	ทรัพยากรและความปลอดภัย	บริการสังคม ที่พักที่เหมาะสม และทีมสหวิชาชีพ	เพิ่มความมั่นคงในการดำรงชีวิต	ความมั่นคงของที่พักและความต่อเนื่องของบริการ
เครือข่ายชักชวนให้ใช้สาร	การสร้างทางเลือกและกำหนดขอบเขต	ผู้สนับสนุนที่ผู้รับบริการเลือก บุคลากร หรือกลุ่มที่เหมาะสม	เพิ่มทางเลือกในความสัมพันธ์และกิจกรรม	การสัมผัสสถานการณ์เสี่ยงและพฤติกรรมการใช้สาร

ตารางที่ 4 *(ต่อ)*

ความต้องการที่ประเมินพบ	หน้าที่ของความช่วยเหลือ	แหล่งสนับสนุนที่อาจเหมาะสม	กลไกที่คาดหมาย	ผลลัพธ์ที่ควรติดตาม
ผู้ดูแลเหนื่อยล้าหรือมีความขัดแย้ง	ข้อมูล อารมณ์ และการช่วยแบ่งภาระ	ทีมรักษา บริการครอบครัว และแหล่งสนับสนุนผู้ดูแล	เพิ่มทักษะและลดภาระที่จัดการได้	สุขภาพ คุณภาพชีวิต และภาระผู้ดูแล

หมายเหตุ: กลไกและแนวทางจัดบริการในตารางเป็นข้อเสนอของผู้เขียนที่สังเคราะห์จากเอกสาร[1,4,6,7,11,13,14,17–23] ต้องปรับตามการประเมินรายบุคคล

ตารางที่ 5 ขั้นตอนการดูแลต่อเนื่องและความรับผิดชอบ

ระยะ	การดำเนินการหลัก	การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ	ผู้รับผิดชอบหรือภาคี	หลักฐานการดำเนินงานที่ควรมี
ก่อนจำหน่าย	ประเมินสุขภาพ ความต้องการทางสังคม เครือข่าย และความปลอดภัย	ระบุเป้าหมาย ผู้ที่ไว้วางใจ และผู้ที่ไม่ประสงค์ให้มีส่วนร่วม	ทีมรักษาและนักสังคมสงเคราะห์ตามความจำเป็น	สรุปความต้องการและข้อตกลงการแบ่งปันข้อมูล
วางแผนร่วม	เลือกความช่วยเหลือ กำหนดผู้รับผิดชอบ นัดหมาย และแผนเมื่อมีปัญหา	ร่วมตัดสินใจและเลือกช่องทางติดต่อ	ผู้รับบริการ ทีมรักษา และผู้สนับสนุนที่ได้รับความยินยอม	แผนที่เข้าใจง่ายและรายชื่อช่องทางติดต่อ
ช่วงส่งต่อ	ประสานหน่วยรับ แจ้งข้อมูลจำเป็น และตรวจสอบการเข้ารับบริการ	ยืนยันความสะดวกและแจ้งอุปสรรค	ผู้ประสานงานต้นทางและหน่วยรับ	ผลการตอบรับและการได้รับบริการจริง
ระยะแรกในชุมชน	ติดตามความเหมาะสมของความช่วยเหลือและปัญหาการดำรงชีวิต	ประเมินว่าความช่วยเหลือเป็นประโยชน์หรือเพิ่มภาระ	หน่วยบริการพื้นที่และภาคีที่เกี่ยวข้อง	บันทึกปัญหา การช่วยเหลือ และการปรับแผน
ระยะต่อเนื่อง	ประเมินผลและปรับความเข้มข้นตามความต้องการ	ทบทวนเป้าหมายและเลือกความช่วยเหลือต่อไป	ผู้รับบริการและทีมดูแล	ผลลัพธ์ที่แยกด้านสุขภาพ สังคม และผู้ดูแล

ที่มา: ผู้เขียนเสนอโดยประยุกต์หลักการดูแลต่อเนื่องและบริการที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง[1–4]

4. การประเมินก่อนจำหน่ายและการวางแผนร่วม

การประเมินควรเริ่มจากเป้าหมายของผู้รับบริการ เช่น ต้องการกลับไปทำงาน ฟื้นความสัมพันธ์ หรือมีที่พักปลอดภัย แล้วจึงพิจารณาว่าความต้องการใดเกี่ยวข้องกับการรักษาและการดำรงชีวิต การถามว่า “ใครช่วยท่านได้บ้าง” ควรตามด้วย “ช่วยเรื่องใดได้จริง” และ “ท่านต้องการให้บุคคลนั้นมีส่วนร่วมอย่างไร”

การวางแผนร่วมต้องมากกว่าการขอความยินยอม ให้ครอบครัวรับทราบข้อมูล ผู้รับบริการควรมีโอกาส

เลือกผู้สนับสนุน กำหนดขอบเขตข้อมูล และแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบความช่วยเหลือ หากรู้สึกว่าการติดตามเพิ่มความกดดัน ควรทบทวนวิธีดำเนินงานแทนการตีความว่าไม่ร่วมมือทันที

สำหรับผู้ที่ไม่มีครอบครัวหรือมีความสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ควรประเมินทางเลือกอื่น เช่น บุคคลที่ไว้วางใจ บริการสังคม ผู้ประสานรายกรณี หรือเพื่อนร่วมประสบการณ์ที่เหมาะสม การมีญาติไม่ควรถูกกำหนดเป็นเงื่อนไขจำเป็นสำหรับการได้รับบริการต่อเนื่อง

5. การส่งต่อที่ตรวจสอบการได้รับบริการ

การส่งต่อควรประกอบด้วยการระบุหน่วยรับ ช่องทางติดต่อ ผู้รับผิดชอบ และการตรวจสอบว่าผู้รับบริการได้รับบริการแล้วหรือไม่ หากยังไม่ได้รับควรค้นหาเหตุ เช่น เวลาไม่เหมาะสม ค่าใช้จ่าย ความกังวลเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล หรือการเดินทาง แล้วร่วมปรับแผน

ผู้ประสานงานอาจเป็นบุคลากรเดิมที่ได้รับมอบหมายตามภาระงาน ไม่จำเป็นต้องตั้งตำแหน่งใหม่สำหรับทุกกรณี แต่ต้องมีความชัดเจนว่าใครรับผิดชอบติดตามผลการส่งต่อ และหน่วยรับแจ้งกลับผ่านช่องทางใด ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนควรจำกัดเท่าที่จำเป็นต่อการดูแล

6. ขอบเขตบทบาทของเครือข่ายและการส่งต่อเมื่อมีความเสี่ยง

ครอบครัวอาจช่วยเรื่องการเดินทาง กิจวัตร การรับฟัง และการสังเกตความเปลี่ยนแปลงตามแผนที่ตกลงร่วมกัน แต่ไม่ควรได้รับมอบหมายให้วินิจฉัยอาการ ปรับยา หรือรับผิดชอบผลการรักษาทั้งหมด

อาสาสมัครอาจช่วยเชื่อมบริการและทรัพยากรตามบทบาทที่ได้รับการฝึก ขณะที่เพื่อนร่วมประสบการณ์อาจช่วยแบ่งปันประสบการณ์ รับฟัง และสนับสนุนเป้าหมายของผู้รับบริการ โดยต้องแยกจากการให้คำแนะนำทางคลินิกที่เกินขอบเขต

หน่วยบริการควรกำหนดช่องทางปรึกษาบุคลากรและเกณฑ์ส่งต่อเมื่อพบอาการรุนแรงหรือความเสี่ยงที่เครือข่ายจัดการไม่ได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมาก อาการสับสน หรือปัญหาความปลอดภัย พร้อมจัดการฝึกอบรมและนิเทศตามบทบาท การใช้เครือข่ายจึงต้องมีระบบสนับสนุนเครือข่ายด้วย

7. ความเหลื่อมล้ำและทรัพยากรทางสังคม

ผู้รับบริการที่อยู่ลำพัง ไม่มีที่พักมั่นคง มีปัญหาสุขภาพจิตร่วม หรือมีรายได้และการเดินทางจำกัด อาจต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างจากผู้มีเครือข่ายพร้อม อย่างไรก็ตาม บทความนี้ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะระบุขนาดความแตกต่างของผลในทุกกลุ่ม จึงเสนอให้ใช้ประเด็นดังกล่าวเป็นหัวข้อประเมินและศึกษาต่อ

การเชื่อมอาชีพ ที่อยู่อาศัย และสวัสดิการเป็นการขยายมิติทางสังคมตามแนวคิดทุนเพื่อการฟื้นคืนสุขภาวะ[6,7] ไม่ใช่ข้อยืนยันว่าการจัดทรัพยากรชนิดใดเพียงอย่างเดียวทำให้หยุดใช้สารได้ การออกแบบบริการควรพิจารณาว่าทรัพยากรนั้นช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตและเข้าถึงการดูแลตามเป้าหมายได้อย่างไร

ตารางที่ 6 ตัวอย่างตัวชี้วัดสำหรับประเมินการประยุกต์ใช้กรอบ

มิติ	ตัวอย่างตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	ข้อควรระวัง
การวางแผนร่วม	สัดส่วนผู้รับบริการที่มีเป้าหมายและผู้สนับสนุนตามความสมัครใจ	แผนดูแลและการสอบถามผู้รับบริการ	มีเอกสารไม่เท่ากับมีส่วนร่วมจริง
การเชื่อมบริการ	สัดส่วนผู้ส่งต่อที่ได้รับบริการตามแผน	ข้อมูลต้นทางและหน่วยรับ	แยกจากการออกใบส่งต่อ

ตารางที่ 6 *(ต่อ)*

มิติ	ตัวอย่างตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	ข้อควรระวัง
ความต้องการทางสังคม	จำนวนหรือสัดส่วนความต้องการที่ได้รับการช่วยเหลือ	การติดตามรายบุคคล	ต้องกำหนดขอบเขตความต้องการก่อนคำนวณ
การสนับสนุน	การสนับสนุนที่รับรู้และความช่วยเหลือที่ได้รับจริง	แบบประเมินและการสัมภาษณ์	วัดแยกกันและใช้ช่วงเวลาชัดเจน
ผลทางจิตวิทยา	ความเครียดและการรับรู้ความสามารถ	เครื่องมือที่เหมาะกับประชากร	ไม่ใช้แทนผลด้านพฤติกรรม
พฤติกรรมการใช้สาร	การงด ลด หรือกลับไปใช้สารตามนิยามที่กำหนด	การรายงานตนเองและข้อมูลคลินิกตามความเหมาะสม	ระบุชนิดสาร วิธีวัด และระยะติดตาม
การดำรงชีวิต	คุณภาพชีวิต ที่พัก การทำงาน และการมีส่วนร่วมทางสังคม	แบบประเมินและข้อมูลผู้รับบริการ	การไม่มีงานอาจเกี่ยวข้องกับโครงสร้างโอกาส
ผลต่อผู้ดูแล	ภาระ สุขภาพ และคุณภาพชีวิต	ข้อมูลผู้ดูแลโดยได้รับความยินยอม	แยกจากผลผู้รับบริการ
ผลไม่พึงประสงค์	ความรู้สึกถูกควบคุม ความขัดแย้ง หรือปัญหาความลับ	การสอบถามและระบบรับข้อร้องเรียน	ต้องมีช่องทางให้ข้อมูลอย่างปลอดภัย

หมายเหตุ: ตัวชี้วัดเป็นข้อเสนอสำหรับเลือกใช้ตามบริบท ไม่ใช่ชุดเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพร่วมกันแล้ว

8. การติดตามกระบวนการและผลลัพธ์

หน่วยบริการควรกำหนดนิยาม ตัวตั้ง ตัวหาร แหล่งข้อมูล และช่วงติดตามก่อนเริ่มดำเนินงาน โดยเลือกตัวชี้วัดที่จำเป็นและเหมาะกับภาระงาน ไม่เพิ่มแบบบันทึกจำนวนมากโดยไม่มีการใช้ข้อมูลเพื่อปรับบริการ

อภิปราย

1. จากการเพิ่มความช่วยเหลือสู่การพิจารณาความเหมาะสม

เมื่อพิจารณาแนวคิดหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับหลักฐานเกี่ยวกับองค์ประกอบเครือข่ายและพฤติกรรมการใช้สาร พบว่า ความช่วยเหลือแต่ละประเภทมีหน้าที่และความสัมพันธ์กับผลลัพธ์แตกต่างกัน โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูล และทรัพยากรไม่สามารถใช้ทดแทนกันได้ทั้งหมด ขณะที่องค์ประกอบและท่าทีของสมาชิกเครือข่ายอาจมีความสำคัญต่อผลลัพธ์มากกว่าจำนวนผู้ให้ความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว[11,17–19] ข้อค้นพบเหล่านี้นำไปสู่ข้อสังเคราะห์ว่า การพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมจำเป็นต้องคำนึงถึงความสอดคล้องระหว่างหน้าที่ของความช่วยเหลือ ความต้องการของผู้รับบริการ และลักษณะของเครือข่ายทางสังคม อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่นำมาสังเคราะห์มีความแตกต่างด้านประชากร ชนิดสาร และรูปแบบการศึกษา จึงยังไม่สามารถสรุปเชิงสาเหตุได้ว่าการจัดความช่วยเหลือให้สอดคล้องกับความต้องการมีประสิทธิผลเหนือกว่าการจัดบริการรูปแบบอื่น โดยเฉพาะในบริบทประเทศไทย

2. การเชื่อมข้อค้นพบกับทฤษฎีผลหลักและการลดทอนความเครียด

ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายที่เอื้อต่อการไม่ใช้สารกับคุณภาพชีวิตสอดคล้องในเชิงแนวคิดกับผลหลักของความสัมพันธ์และทรัพยากร ส่วนความช่วยเหลือที่ตอบปัญหาในช่วงเปลี่ยนผ่านมีความเป็นไปได้ที่

จะเกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียด[13,17] อย่างไรก็ตาม งานเชิงสัมพันธ์ไม่เพียงพอที่จะตัดสินว่ากลไกใดเป็นคำอธิบายหลัก

ผลที่แตกต่างกันระหว่างระดับบุคคลกับบ้านพัก[16] แสดงข้อจำกัดของการใช้ทฤษฎีแบบกว้างโดยไม่พิจารณาระดับการวิเคราะห์ บ้านพักที่มีการสนับสนุนสูงอาจมีลักษณะผู้พักอาศัยหรือความต้องการแตกต่างจากแห่งอื่น การศึกษาต่อจึงควรติดตามทั้งการเปลี่ยนแปลงของความเครียด ความต้องการ และการสนับสนุน ไม่สรุปจากคะแนนการสนับสนุนเพียงตัวแปรเดียว

3. น้ำหนักของหลักฐานและขอบเขตข้อเสนอ

หลักฐานด้านโปรแกรมที่มุ่งปรับเครือข่ายการดื่มและแนวทาง 12 ขั้นตอนมีฐานการศึกษาที่รองรับผลในประชากรและรูปแบบเฉพาะ[25,26] มากกว่าการอนุมานจากความสัมพันธ์ทั่วไป แต่ยังไม่รองรับการขยายผลไปยังสารทุกชนิด ส่วนหลักฐานเพื่อนร่วมประสบการณ์มีความหลากหลายของนิยามและการดำเนินงาน จึงต้องระบุรูปแบบบริการให้ชัดก่อนประเมินผล[22,23]

สำหรับงานไทย หลักฐานช่วยอธิบายความสัมพันธ์ทางจิตวิทยา ผลต่อผู้ดูแล และการพัฒนาระบบชุมชน[20,21,24] แต่ยังไม่เพียงพอที่จะยืนยันกรอบรวมที่เสนอในบทความนี้ การประเมินเครือข่ายและการวางแผนร่วมสามารถใช้เป็นแนวทางประกอบการดูแล ส่วนการจัดบริการใหม่ที่ใช้ทรัพยากรมากควรทดลองประเมินความเป็นไปได้ ภาระงาน และผลลัพธ์ก่อนขยาย

4. สิทธิและอำนาจในการกำหนดความช่วยเหลือ

การสนับสนุนอาจกลายเป็นการควบคุมได้เมื่อผู้ให้ความช่วยเหลือกำหนดเป้าหมายแทนผู้รับบริการ เปิดเผยข้อมูลเกินความจำเป็น หรือใช้การติดตามเป็นเครื่องมือกดดัน ประเด็นนี้ทำให้การยินยอมต้องเชื่อมกับการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ มิใช่เป็นเพียงการลงนามก่อนเริ่มกิจกรรม

การฟังมุมมองผู้รับบริการช่วยตรวจสอบความคลาดเคลื่อนระหว่างความตั้งใจของผู้ช่วยกับประสบการณ์ของผู้ได้รับความช่วยเหลือ ขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงความต้องการและความปลอดภัยของผู้ดูแล เพื่อไม่ให้การเคารพเป้าหมายฝ่ายหนึ่งนำไปสู่การละเลยภาระอีกฝ่าย

5. ความเหมาะสมในบริบทไทย

ความสัมพันธ์ครอบครัวและชุมชนเป็นทรัพยากรสำคัญ แต่ความพร้อมแตกต่างกันตามโครงสร้างครอบครัว รายได้ ภาระงาน และบริการในพื้นที่ การนำรูปแบบต่างประเทศมาใช้จึงต้องประเมินว่าใครทำหน้าที่ใด มีผู้ฝึกอบรมและนิเทศหรือไม่ และมีช่องทางส่งต่อที่เข้าถึงได้จริงเพียงใด

ข้อเสนอเรื่องการเชื่อมที่อยู่อาศัย อาชีพ และสวัสดิการช่วยป้องกันการอธิบายปัญหาว่าเกิดจากแรงจูงใจหรือครอบครัวเพียงอย่างเดียว แต่การทำงานข้ามหน่วยงานต้องมีความรับผิดชอบและทรัพยากรที่ชัดเจน กรอบที่นำเสนอจึงควรใช้เป็นเครื่องมือทบทวนช่องว่างบริการและออกแบบการทดลองในพื้นที่ มากกว่าประกาศเป็นมาตรฐานสำเร็จรูปสำหรับทุกชุมชน

การประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน

กรณีศึกษาสมมติ

ชายอายุ 29 ปี กำลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลหลังรับการบำบัดปัญหาการใช้แอมเฟตามีน มีงานรับจ้างไม่แน่นอนและพักกับญาติซึ่งทำงานต่างเวลา ผู้รับบริการต้องการกลับไปทำงาน แต่กังวลเรื่องค่าเดินทางไปตามนัด และไม่ต้องการให้นายจ้างทราบข้อมูลการรักษา พี่สาวยินดีโทรศัพท์พูดคุย ส่วนเพื่อนบางคนยังใช้สาร ผู้รับบริการยังไม่แน่ใจว่าต้องการเข้ากลุ่มเพื่อนร่วมประสบการณ์หรือไม่

ตัวอย่างการใช้กรอบ

ทีมดูแลเริ่มจากเป้าหมายของผู้รับบริการ ได้แก่ การทำงาน การไปตามนัด และการรักษาความลับ จากนั้นแยกความต้องการเป็นด้านข้อมูล การเดินทาง และความสัมพันธ์ พี่สาวอาจช่วยด้านอารมณ์ตามเวลาที่ตกลงร่วมกัน ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประสานงานประเมินทางเลือกด้านการเดินทางและเวลารับบริการ หน่วยรับได้รับข้อมูลเท่าที่จำเป็น และมีการยืนยันการเข้ารับบริการหลังส่งต่อ

การเข้ากลุ่มเพื่อนร่วมประสบการณ์เสนอเป็นทางเลือกพร้อมข้อมูล ไม่กำหนดเป็นเงื่อนไขการได้รับบริการ ส่วนความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ยังใช้สารนำมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อกำหนดขอบเขตและทางเลือก โดยไม่สั่งให้ตัดความสัมพันธ์ทันทีโดยไม่ประเมินผลต่อชีวิตจริง

คำถามชวนวิเคราะห์

1. ปัญหาใดต้องใช้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูล หรือทรัพยากร และใครมีความพร้อมช่วยจริง
2. จะประสานการส่งต่ออย่างไรโดยรักษาความลับและสิทธิในการตัดสินใจของผู้รับบริการ
3. ตัวชี้วัดใดแสดงความสำเร็จของการเชื่อมบริการ และตัวชี้วัดใดแสดงผลต่อสุขภาพหรือการดำรงชีวิต
4. หากผู้รับบริการรู้สึกว่าการโทรศัพท์ติดตามถี่เกินไป ควรปรับแผนอย่างไร
5. หากไม่มีพี่สาวหรือญาติช่วยเหลือ หน่วยบริการควรจัดทางเลือกใดเพิ่มเติม

กรณีนี้เป็นสถานการณ์สมมติสำหรับฝึกการประเมินและให้เหตุผล ไม่ใช่หลักฐานว่าการจัดความช่วยเหลือตามตัวอย่างให้ผลสำเร็จในผู้รับบริการทุกราย

ข้อเสนอเชิงนโยบายและการพัฒนาบริการ

1. จัดให้การประเมินความต้องการทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของแผนจำหน่าย

หน่วยบริการควรพิจารณาความต้องการด้านที่พัก การเดินทาง รายได้ ผู้สนับสนุน และความปลอดภัยร่วมกับการประเมินทางคลินิก โดยใช้ข้อมูลเพื่อจัดความช่วยเหลือ ไม่ใช่เพิ่มเอกสารโดยไม่มีผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อ

2. พัฒนาระบบส่งต่อที่มีข้อมูลตอบกลับ

การติดตามควรแยกการออกใบส่งต่อจากการได้รับบริการจริง และมีช่องทางให้หน่วยต้นทางกับหน่วยรับร่วมแก้อุปสรรค โดยกำหนดการใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็นและสอดคล้องกับความยินยอม

3. สนับสนุนเครือข่ายควบคู่กับการกำหนดขอบเขตบทบาท

การฝึกครอบครัว อาสาสมัคร หรือเพื่อนร่วมประสบการณ์ควรครอบคลุมการรับฟัง การรักษาความลับ การกำหนดขอบเขต และการปรึกษาหรือส่งต่อเมื่อเกินความสามารถ พร้อมมีผู้ให้คำปรึกษาและระบบนิเทศ

4. จัดทางเลือกสำหรับผู้ที่พึ่งครอบครัวไม่ได้

บริการควรรองรับผู้ที่อยู่ลำพัง ไม่มีที่พักมั่นคง หรือมีความสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ผ่านการเชื่อมบริการสุขภาพและสังคมตามความจำเป็น โดยไม่ลดโอกาสได้รับบริการเพราะไม่มีญาติร่วมดูแล

5. ทดลองและประเมินก่อนขยายรูปแบบใหม่

รูปแบบผู้ประสานรายกรณีหรือบริการเพื่อนร่วมประสบการณ์ควรประเมินการยอมรับ ต้นทุน ภาระงาน ความเป็นธรรม ผลต่อผู้รับบริการและผู้ดูแล รวมถึงผลไม่พึงประสงค์ ก่อนขยายในวงกว้าง

ข้อเสนอด้านการวิจัย

1. ศึกษาความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับความช่วยเหลือ

โดยแยกการสนับสนุนที่รับรู้ ความช่วยเหลือที่ได้รับจริง และความพึงพอใจต่อความช่วยเหลือ เพื่อพิจารณาว่ามิติใดสัมพันธ์กับผลลัพธ์ในแต่ละระยะ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ตามเวลาและหลายระดับ

ด้วยการติดตามซ้ำทั้งบุคคลและบริบทบริการ เพื่อแยกความสัมพันธ์ย้อนกลับและปัจจัยระดับกลุ่ม

3. ประเมินผลตามชนิดสารและประชากร

โดยไม่รวมผลจากแอลกอฮอล์ โอปิออยด์ โคเคน และแอมเฟตามีนเป็นข้อสรุปเดียว และเพิ่มการศึกษากลุ่มที่มีข้อจำกัดทางสังคม

4. ทดสอบกรอบการดูแลต่อเนื่องในบริบทไทย

โดยประเมินการส่งต่อสำเร็จ ความต้องการที่ได้รับการตอบสนอง ผลด้านพฤติกรรม คุณภาพชีวิต และต้นทุน แยกจากความสำเร็จของกิจกรรม

5. ศึกษาผลต่อผู้ดูแลและผลไม่พึงประสงค์

เช่น ภาระ ความขัดแย้ง ความรู้สึกถูกควบคุม และปัญหาความลับ เพื่อไม่ให้การประเมินมุ่งเฉพาะประโยชน์ที่คาดหวัง

6. ศึกษาประสบการณ์และการตัดสินใจของผู้รับบริการ

เพื่อทำความเข้าใจการเลือกผู้สนับสนุน การปฏิเสธความช่วยเหลือ และเงื่อนไขที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนยังมีอำนาจกำหนดชีวิต

ข้อจำกัดของบทความ

บทความใช้การทบทวนเชิงบรรยายและเอกสารภาษาไทยกับภาษาอังกฤษ จึงอาจมีอคติจากการเลือกแหล่งข้อมูล ภาษา และเอกสาร กระบวนการทบทวนไม่มีข้อมูลการสืบค้นและรายละเอียดการคัดเลือกเอกสารที่ครบถ้วนเพียงพอสำหรับการตรวจสอบย้อนหลัง จึงมีข้อจำกัดในการประเมินความครอบคลุมและการทำซ้ำกระบวนการทบทวน อีกทั้งไม่ได้รายงานผลการประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือมาตรฐานหรือประมาณขนาดผลรวม

หลักฐานมีความแตกต่างด้านประชากร ชนิดสาร การวัดการสนับสนุน รูปแบบบริการ และระยะติดตาม งานเชิงสังเกตมีข้อจำกัดจากปัจจัยกวนและความสัมพันธ์ย้อนกลับ ส่วนโปรแกรมหลายองค์ประกอบแยกผลของการสนับสนุนออกจากการรักษาอื่นได้จำกัด การใช้บทความทบทวนร่วมกับงานปฐมภูมิต้องระวังความซ้ำซ้อนของหลักฐานด้วย

ขอบเขตเอกสารถึง ค.ศ. 2025 ไม่ครอบคลุมหลักฐานใน ค.ศ. 2026 อย่างเป็นระบบ ขณะที่หลักฐานไทยบางส่วนมาจากประชากรหรือพื้นที่เฉพาะ กรอบประยุกต์ใช้และตัวชี้วัดที่เสนอยังไม่ได้รับการทดสอบร่วมกัน จึงต้องประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และผลลัพธ์ก่อนนำไปขยายใช้

บทสรุป

การสนับสนุนทางสังคมในการบำบัดและฟื้นฟูผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารต้องแยกการสนับสนุนที่รับรู้ ความช่วยเหลือที่ได้รับจริง หน้าที่ของความช่วยเหลือและลักษณะเครือข่าย แนวคิดทางสังคมศาสตร์ช่วยอธิบายความสัมพันธ์และทรัพยากร ขณะที่พฤติกรรมศาสตร์ช่วยอธิบายความเครียด การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรม ทั้งสองมุมมองจึงควรใช้ร่วมกันโดยไม่ลดปัญหาเหลือเพียงแรงจูงใจส่วนบุคคล

หลักฐานที่ทบทวนพบความเกี่ยวข้องกับความเครียด การรับรู้ความสามารถ คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการใช้สาร แต่ผลแตกต่างตามชนิดสาร ประชากร และบริการ การสนับสนุนที่มากขึ้น จึงไม่จำเป็นต้องเหมาะสมขึ้นเสมอ และผลต่อผู้ดูแลต้องแยกจากผลต่อผู้รับบริการ

ผู้เขียนเสนอให้จัดการสนับสนุนตามความต้องการและระยะการดูแล ตั้งแต่ประเมินก่อนจำหน่าย วางแผนร่วม ส่งต่อโดยตรวจสอบการได้รับบริการและติดตามปรับแผน พร้อมเชื่อมทรัพยากรด้านที่พัก อาชีพ และสวัสดิการ โดยให้ผู้รับบริการร่วมกำหนดเป้าหมายและเลือกผู้สนับสนุน กรอบนี้เป็นข้อเสนอสำหรับพัฒนาและประเมินบริการที่เคารพสิทธิ ความสมัครใจ ความลับ และความปลอดภัยของทุกฝ่าย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Oct 22]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders
2. กรมการแพทย์. แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. กองบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [สืบค้นเมื่อ 22 ต.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31037

4. McKay JR. Impact of continuing care on recovery from substance use disorder. Alcohol Res. 2021;41(1):01. doi: 10.35946/arcr.v41.1.01.
5. พัชรินทร์ วงษ์สว่าง, ปฐพร แสงเขียว, อารีรัตน์ อยู่ยิ่ง. ประสบการณ์ผู้ติดสารแอมเฟตามีนภายหลังผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 22 ต.ค. 2569];17(1):e279661. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/e279661
6. Cloud W, Granfield R. Conceptualizing recovery capital: expansion of a theoretical construct. Subst Use Misuse. 2008;43(12-13):1971-86. doi: 10.1080/10826080802289762.
7. Hennessy EA. Recovery capital: a systematic review of the literature. Addict Res Theory. 2017;25(5):349-60. doi: 10.1080/16066359.2017.1297990.
8. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev. 2019;4:5. doi: 10.1186/s41073-019-0064-8.
9. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry. 2011;199(6):445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
10. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976;38(5):300-14. doi: 10.1097/00006842-197609000-00003.
11. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
12. Weiss RS. The provisions of social relationships. In: Rubin Z, editor. Doing unto others: joining, molding, conforming, helping, loving. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1974. p. 17-26.
13. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310-57. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310.
14. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191.
15. Stone A, Jason LA, Light JM, Stevens EB. The role of ego networks in studies of substance use disorder recovery. Alcohol Treat Q. 2016;34(3):315-28. doi: 10.1080/07347324.2016.1182818.
16. Islam MF, Guerrero M, Nguyen RL, Porcaro A, Cummings C, Stevens E, et al. The importance of social support in recovery populations: toward a multilevel understanding. Alcohol Treat Q. 2023;41(2):222-36. doi: 10.1080/07347324.2023.2181119.
17. Muller AE, Skurtveit S, Clausen T. Building abstinent networks is an important resource in improving quality of life. Drug Alcohol Depend. 2017;180:431-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.09.006.
18. Wasserman DA, Stewart AL, Delucchi KL. Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. Drug Alcohol Depend. 2001;65(1):65-75. doi: 10.1016/S0376-8716(01)00151-X.
19. Longabaugh R, Wirtz PW, Zywiak WH, O'Malley SS. Network support as a prognostic indicator of drinking outcomes: the COMBINE Study. J Stud Alcohol Drugs. 2010;71(6):837-46. doi: 10.15288/jsad.2010.71.837.

20. จุไรพร สัมพุทธานนท์, จินตนา ยูนิพันธุ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(1):6-14.
21. นรากร สารีแหล้, อัจฉรา คำมะทิตย์, กรรณิกา นามหย่อง, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(1):146-57.
22. Bassuk EL, Hanson J, Greene RN, Richard M, Laudet A. Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: a systematic review. J Subst Abuse Treat. 2016;63:1-9. doi: 10.1016/j.jsat.2016.01.003.
23. Tracy K, Wallace SP. Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. Subst Abuse Rehabil. 2016;7:143-54. doi: 10.2147/SAR.S81535.
24. นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์, ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2566;13(2):17-30.
25. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E, Petry NM. Changing network support for drinking: network support project 2-year follow-up. J Consult Clin Psychol. 2009;77(2):229-42. doi: 10.1037/a0015252.
26. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2020;3(3):CD012880. doi: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.