การเชื่อมต่อสู่การดูแลสุขภาพสำหรับผู้พ้นโทษ: บทสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางเฉพาะสำหรับบริบทสังคมไทย

โภคิน ศักรินทร์กุล*

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาระโรค รูปแบบการเชื่อมต่อสู่การดูแล (Linkage to Care: LTC) และความท้าทายในกระบวนการกลับคืนสู่สังคมของผู้พ้นโทษ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ต้องหาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยอ้างอิงจากวรรณกรรมสำคัญในระดับนานาชาติและปรับสู่บริบทสังคมไทย ผลการทบทวนชี้ให้เห็นว่าผู้ต้องขังและผู้พ้นโทษแบกรับภาระโรคที่สูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งโรคเรื้อรัง โรคติดเชื้อ ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด และปัญหาสุขภาพจิต การขาดความต่อเนื่องของการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านจากเรือนจำสู่ชุมชนเป็นสาเหตุสำคัญของการกำเริบของโรคและการกระทำผิดซ้ำ รูปแบบที่ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิผล ได้แก่ โปรแกรมก่อนปล่อยตัว รูปแบบนำโดยพยาบาล การนำทางการดูแล และการแพทย์ทางไกล สำหรับบริบทไทย บทความเสนอแนวทาง 5 มิติหลัก ประกอบด้วย การประเมินความต้องการเชิงระบบ การใช้ประโยชน์จากระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ รูปแบบนำโดยพยาบาลและการแพทย์ทางไกล การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการลดอันตรายที่เหมาะกับบริบท

คำสำคัญ: การกลับคืนสู่สังคม, การเชื่อมต่อสู่การดูแล, บริบทสังคมไทย, ผู้พ้นโทษ, ห่วงโซ่การดูแล

*แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน จังหวัดลำพูน 51000

*Corresponding author E-mail: sakarinkhul@gmail.com

Linkage to Care for Post-Incarcerated Persons: A Synthesis of Evidence and Contextual Solutions for Thai Society

Pokin Sakarinkhul*

Abstract

This article reviews and synthesizes empirical evidence on disease burden, linkage to care (LTC) models, and challenges in community reintegration for post-incarcerated and drug related persons, drawing on international literature and contextualizing findings for the Thai societal setting. Evidence indicates that incarcerated and formerly incarcerated individuals bear a disproportionately high disease burden compared to the general population, encompassing chronic non-communicable diseases, infectious diseases—particularly hepatitis C and HIV—substance use disorders, and mental health conditions. Disruptions in care continuity during the transition from correctional facilities to the community represent a primary driver of disease recurrence and recidivism. Evidence-based LTC models include prerelease planning programs, nurse-led care models, care navigation, and telehealth interventions. For the Thai context, this article proposes a five-dimensional framework: systematic pre-release needs assessment; utilization of Thailand's primary healthcare network; nurse-led models with telemedicine integration; family engagement as a reintegration resource; and context-appropriate harm reduction strategies adapted to Thailand's predominantly stimulant-type substance use profile.

Keywords: care cascade, correctional health, linkage to care, post-incarceration, Thailand

*Addiction Family Medicine Physician, Lamphun Provincial Health Office, Lamphun 51000, Thailand
*Corresponding author E-mail: sakarinkhul@gmail.com

บทนำ

การกลับคืนสู่สังคมของผู้พ้นโทษ (community reintegration) นับเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและท้าทายทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และเชิงนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติด้านสุขภาพที่ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นในวงวิชาการระดับสากล ในบริบทประเทศไทย สถานการณ์มีความเฉพาะเจาะจงยิ่งกว่า เนื่องจากผู้ต้องขังส่วนใหญ่ถูกดำเนินคดีในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด และกำลังเผชิญกับภาระโรคที่สูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่กระบวนการปล่อยตัวและการเชื่อมต่อสู่บริการสุขภาพในชุมชนยังคงขาดความเป็นระบบและความต่อเนื่อง[1]

รายงานในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนระบุว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดที่ถูกบันทึกในระบบข้อมูลเพิ่มขึ้นจาก 252,208 คน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 567,609 คน ในปี พ.ศ. 2565 โดยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดมากที่สุดคือกลุ่มกระตุ้นประสาท (amphetamine-type stimulants: ATS) รองลงมาคือกลุ่มโอปิเอต/โอปิออยด์ ผลที่ตามมาคือเรือนจำทั่วประเทศแออัดเกินขนาด และผู้ต้องขังต้องแบกรับภาระโรคที่หลากหลาย ทั้งโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ต้องขังที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเพียง 5,826 รายจากผู้ต้องขังทั่วประเทศ 310,080 ราย สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างขนาดใหญ่ในการเข้าถึงบริการ[1]

Dumont และคณะ[2] อธิบายว่าการคุมขังสร้างความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพในเชิงระบบ แม้ผู้ต้องขังบางส่วนจะได้รับการดูแลสุขภาพระดับหนึ่งระหว่างโทษ แต่อัตราการเสียชีวิตหลังปล่อยตัวกลับพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว สะท้อนถึงความล้มเหลวเชิงระบบในการดูแลอย่างต่อเนื่อง บทความนี้จึงมุ่งทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาระโรค รูปแบบการเชื่อมต่อสู่การดูแล และเสนอแนวทางที่เหมาะสมสำหรับบริบทสังคมไทย

1. แนวคิดการเชื่อมต่อสู่การดูแลและความต่อเนื่องของการดูแล

การเชื่อมต่อสู่การดูแล (Linkage to Care: LTC) หมายถึงกระบวนการเชื่อมโยงบุคคลที่ได้รับการปล่อยตัวจากเรือนจำหรือทัณฑสถานสู่การดูแลทางการแพทย์ที่ต่อเนื่องในชุมชน โดยมุ่งหวังให้ครอบคลุมผู้ต้องขังทุกรายอย่างไม่มีข้อแม้ ไม่ว่าจะมีหรือไม่มีโรคประจำตัวที่ทราบก่อนหน้า เพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพเชิงป้องกัน การรับวัคซีน การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงองค์รวม[3,4]

แนวคิดนี้แตกต่างจากความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care) ซึ่งหมายถึงการรับบริการทางการแพทย์ต่อเนื่องสำหรับผู้ที่มีความต้องการด้านสุขภาพที่ทราบล่วงหน้าอยู่แล้ว ในมิติหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการเชื่อมต่อสู่การดูแลในโรคเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบซี ปัญหาสุขภาพจิต และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด[5,6] อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดคือการพิจารณาสถานะโรคอย่างเป็นกลาง (disease status neutral) กล่าวคือกระบวนการ LTC ควรได้รับการออกแบบให้รองรับความต้องการที่หลากหลาย มิใช่มุ่งเน้นเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง[7]

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ประเทศไทยพยายามขับเคลื่อนผ่านระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีคำถามที่สำคัญว่าผู้พ้นโทษสามารถเข้าถึงสิทธิเหล่านี้ได้อย่างต่อเนื่องและไร้อุปสรรคหรือไม่ โดยเฉพาะในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างเรือนจำกับชุมชน ซึ่งมักพบปัญหาเอกสารขาดหาย ที่อยู่ไม่คงที่ และขาดผู้ประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

2. ภาระโรคและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ต้องขัง

2.1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

หลักฐานจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผู้ต้องขังมีอัตราการเกิดโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ Maruschak และคณะ[8] รายงานว่าร้อยละ 51 ของผู้ต้องขังในเรือนจำของรัฐเคยได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง และร้อยละ 40 ยังคงมีโรคเรื้อรังอยู่ขณะถูกคุมขัง ที่น่าสังเกตคือผู้ต้องขังหญิงมีอัตราการป่วยโรคเรื้อรังสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน (ร้อยละ 60 เทียบกับร้อยละ 56) ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการวางแผนบริการสุขภาพทั้งในระหว่างและหลังการปล่อยตัว

เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมมีความเสี่ยงสูงกว่าต่อปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[9] ในบริบทไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตพบว่ามีผู้ต้องขังที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเพียง 5,826 รายจากผู้ต้องขังทั่วประเทศ 310,080 ราย สะท้อนถึงช่องว่างขนาดใหญ่ในการเข้าถึงบริการ[1]

2.2 โรคติดเชื้อ: ไวรัสตับอักเสบซีและเอชไอวี

ความชุกของไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C Virus: HCV) ในกลุ่มผู้ต้องขังสูงกว่าประชากรทั่วไปถึงประมาณ 10 เท่า Lewis และคณะ[10] รายงานว่าความชุกของ HCV ที่ตรวจพบไวรัส (viremic HCV) ในประชากรทั่วไปอายุ 18 ปีขึ้นไปในสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2017–2020 อยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.9 ขณะที่ Spaulding และคณะ[11] พบว่าความชุกในกลุ่มผู้ต้องขังอยู่ที่ประมาณร้อยละ 9 และมีความแปรปรวนระหว่างรัฐอย่างมีนัยสำคัญ ตั้งแต่ร้อยละ 1 จนถึงร้อยละ 25 ขึ้นอยู่กับลักษณะประชากรและนโยบายการตรวจคัดกรองในแต่ละพื้นที่

ในกรณีของเชื้อเอชไอวี ความชุกในระบบเรือนจำสูงกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 3.7 เท่า โดยประมาณการว่าผู้ต้องขังในสหรัฐอเมริกามีอัตราความชุกเอชไอวีที่ร้อยละ 1.1 เทียบกับร้อยละ 0.3 ในประชากรทั่วไป[12] ข้อมูลเหล่านี้มีนัยสำคัญต่อการออกแบบโปรแกรมตรวจคัดกรองและรักษาที่เหมาะสมทั้งในและนอกเรือนจำ ซึ่งองค์การ CDC แนะนำให้มีการตรวจคัดกรองแบบสากล (universal screening) สำหรับ HCV และ HIV ในสถานที่กักขังทุกแห่ง[13]

2.3 ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต

ประเด็นที่น่ากังวลอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ต้องขังคือความชุกของความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต Maruschak และคณะ[8] รายงานว่าร้อยละ 40 ของผู้ต้องขังในเรือนจำของรัฐมีความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด และร้อยละ 43 มีประวัติปัญหาสุขภาพจิต เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปที่มีความผิดปกติทางจิตเวชประมาณร้อยละ 23[14] ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการบริการสุขภาพจิตที่เข้มข้นและเข้าถึงได้จริงสำหรับกลุ่มประชากรนี้

ยิ่งกว่านั้นจากการศึกษาของ Ranapurwala และคณะ[15] พบว่าอดีตผู้ต้องขังมีความเสี่ยงเสียชีวิตจากยาเกินขนาดกลุ่มโอปิออยด์ภายใน 2 สัปดาห์แรกหลังปล่อยตัวสูงกว่าประชากรทั่วไปถึงประมาณ 47 เท่า ซึ่งนับเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่ต้องการการสนับสนุนทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน ในบริบทไทยที่ยาเสพติดหลักเป็นกลุ่มกระตุ้นประสาทมากกว่าโอปิออยด์ ความเสี่ยงในช่วงทันทีหลังปล่อยตัวอาจมีรูปแบบที่แตกต่างออกไป แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องมีแผนรองรับสุขภาพจิตและการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในช่วงวิกฤตนี้

ในบริบทไทย ปัญหาสารเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาทเป็นสาเหตุหลักของการถูกดำเนินคดี กลยุทธ์การลดอันตราย (harm reduction) จึงต้องได้รับการปรับให้สอดคล้องกับบริบทนี้ โดยเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลสุขภาพจิต และการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ[1,16]

2.4 กลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุ

แนวโน้มที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือการเพิ่มขึ้นของผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำทั่วโลก Widra[17] รายงานว่าสัดส่วนผู้ต้องขังในสหรัฐอเมริกา

ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2 ในปี ค.ศ. 1991 เป็นร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2021 และมีการประมาณการว่าสัดส่วนนี้อาจสูงถึงหนึ่งในสามภายในปี ค.ศ. 2030[18] Berg และคณะ[19] ยังพบว่าการถูกคุมขังมีความสัมพันธ์กับการแก่ชราทางชีววิทยาที่เร็วกว่าปกติและระดับการแก่อย่างมีสุขภาพดีที่ต่ำกว่า[20] ข้อค้นพบเหล่านี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการออกแบบโปรแกรม LTC ที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ต้องขังสูงอายุ

3. ความเหลื่อมล้ำระหว่างภาระโรคกับการเข้าถึงยา

การศึกษาวิเคราะห์ข้ามภาคส่วน (cross-sectional study) ที่ใช้ข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 2018–2020 โดย Curran และคณะ[21] เผยให้เห็นความเหลื่อมล้ำที่น่าตระหนกระหว่างภาระโรคและปริมาณยาที่จ่ายในสถานที่กักขังในสหรัฐอเมริกา พบว่าในทุกโรคที่ศึกษา สัดส่วนภาระโรคในกลุ่มผู้ต้องขังและอดีตผู้ต้องขังสูงกว่าสัดส่วนปริมาณยาที่จ่ายในสถานที่กักขังเสมอ ความเหลื่อมล้ำที่รุนแรงที่สุดพบในโรคหอบหืด (ห่างกันประมาณ 5.5 เท่า) รองลงมาคือปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงและภาวะซึมเศร้า (ห่างกันประมาณ 4.1 เท่า) ขณะที่ความเหลื่อมล้ำที่น้อยที่สุดพบในกลุ่มไวรัสตับอักเสบบีและซี (ห่างกันประมาณ 1.9 เท่า)

ในบริบทไทย แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความคุ้มครองประชาชนในวงกว้าง แต่ยังคงมีคำถามสำคัญว่าผู้พ้นโทษสามารถเข้าถึงสิทธิเหล่านี้ได้อย่างไร้อุปสรรคและต่อเนื่องหรือไม่ ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวไม่ใช่เพียงปัญหาทางการแพทย์ แต่เป็นประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพ (health equity) ที่ต้องการการแก้ไขเชิงโครงสร้าง

4. ห่วงโซ่การดูแลและช่องว่างในระยะเปลี่ยนผ่าน

Iroh และคณะ[22] ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ (systematic review) เกี่ยวกับห่วงโซ่การดูแลเอชไอวี (HIV care cascade) ก่อน ระหว่าง และหลังการถูกคุมขัง พบว่าแม้ในระหว่างการถูกคุมขัง ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอัตราการรับการรักษาและการกดไวรัสที่สูงกว่าช่วงก่อนและหลังถูกคุมขัง แต่หลังจากปล่อยตัว ตัวชี้วัดเหล่านี้กลับตกต่ำลงอย่างรวดเร็ว โดยอัตราการรับยาต้านไวรัส (antiretroviral therapy: ART) และการกดไวรัสได้ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 30 และร้อยละ 21 ตามลำดับ

Baxter และคณะ[23] ยืนยันในการศึกษาเชิงแบบจำลองว่าประมาณร้อยละ 87 ของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นจากกลุ่มที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อหรือทราบแต่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่งยิ่งตอกย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนากลยุทธ์การเชื่อมต่อสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เพิ่งได้รับการปล่อยตัว ซึ่งสะท้อนถึง "ระบบการดูแลหลังพ้นโทษเพื่อให้เชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขและสังคมหลังการปล่อยตัว ยังมีความอ่อนแอไม่เป็นระบบ ทำให้การดูแลรักษาโรคเรื้อรังที่สำคัญทั้งทางกายและทางจิตใจหลังพ้นโทษเกิดความไม่ต่อเนื่อง อันเป็นเหตุสำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะจิตเวช วัณโรค โรคติดเชื้อเอชไอวี ตับอักเสบชนิดบีและซี"[1]

5. รูปแบบการเชื่อมต่อสู่การดูแลที่ผ่านการพิสูจน์

5.1 โปรแกรมก่อนปล่อยตัว

การวางแผนการปล่อยตัวล่วงหน้า (prerelease planning) เป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดช่องว่างของห่วงโซ่การดูแล Sugarman และคณะ[3] “ศึกษาผลกระทบของโปรแกรม Medicaid และ Ryan White ก่อนการปล่อยตัวในรัฐลุยเซียนา สหรัฐอเมริกา โดยติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี 650 รายที่ได้รับการปล่อยตัวระหว่างปี ค.ศ. 2017–2019 พบว่ากลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงใดก็ตามมีอัตราการเชื่อมต่อสู่การดูแลภายใน 30 วันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการแทรกแซงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 47 เทียบกับร้อยละ 37, $p < 0.05$)

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (CDC)[24] แนะนำให้สถานที่กักขังทุกแห่งจัดทำ

แผนการปล่อยตัวที่รอบด้าน ประกอบด้วย การจัดหายาต้านไวรัสสำรองให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเชื่อมช่องว่างก่อนที่จะได้รับการดูแลต่อในชุมชน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ PrEP แก่ผู้ที่มีความเสี่ยง การส่งต่อผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีและเอชไอวีไปยังบริการทางการแพทย์และสังคมในชุมชน รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อ

5.2 รูปแบบนำโดยพยาบาล

รูปแบบการดูแลนำโดยพยาบาลเชี่ยวชาญ (nurse-led model) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่น่าประทับใจในบริบทของเรือนจำ McDonald และคณะ[25] รายงานผลลัพธ์ของโปรแกรมที่ดำเนินการในเรือนจำ 14 แห่งในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย โดยใช้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเต็มเวลา 2 คน ทำงานร่วมกับแพทย์ตับนอกเวลา 3 คน ร่วมกับระบบบันทึกทางการแพทย์แบบรวมศูนย์และการใช้เครื่อง FibroScan แบบพกพา

Papaluca และคณะ[26] รายงานว่าในจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรอง 1,334 ราย มีผู้ที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสชนิดออกฤทธิ์โดยตรง (direct-acting antivirals: DAA) จำนวน 865 ราย และในจำนวนนี้ร้อยละ 95 บรรลุเป้าหมายการกดไวรัสได้อย่างยั่งยืน (sustained virologic response at week 12: SVR12) ผลลัพธ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบนำโดยพยาบาลไม่เพียงมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่ยังมีประสิทธิผลทางคลินิกที่เทียบเคียงได้กับการรักษาในสถานพยาบาลมาตรฐาน ซึ่งมีนัยสำคัญต่อบริบทของทรัพยากรจำกัดในประเทศไทย

5.3 การนำทางการดูแล

Papaluca และคณะ[27] ดำเนินการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) เพื่อเปรียบเทียบการแทรกแซงด้วยการนำทางการดูแล (care navigation) กับการดูแลมาตรฐาน (standard of care) สำหรับผู้ที่มีการติดเชื้อ HCV ที่ยังไม่ได้รับการรักษาและได้รับการปล่อยตัวจากเรือนจำ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนำทางการดูแลมีสัดส่วนการเริ่มรักษาด้วย DAA ภายใน 6 เดือนหลังปล่อยตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 73 เทียบกับร้อยละ 33, $p = 0.049$) และระยะเวลาระหว่างการปล่อยตัวกับการได้รับใบสั่งยาสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (21 วัน เทียบกับ 82 วัน, $p < 0.01$)

การนำทางการดูแลในการศึกษานี้ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์ การจ่ายยาทางไปรษณีย์หรือร้านขายยาในชุมชน และการชดเชยค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งตอบสนองต่ออุปสรรคในทางปฏิบัติที่ผู้พ้นโทษต้องเผชิญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ Loeliger และคณะ[5] ยืนยันจากการศึกษา retrospective cohort ว่าปัจจัยทำนายสำคัญของการเชื่อมต่อสู่การดูแลและการกดไวรัสสำเร็จ ได้แก่ การมีประกันสุขภาพก่อนปล่อยตัว การมีที่พักอาศัยที่มั่นคง และการได้รับบริการจัดการกรณีในช่วงเปลี่ยนผ่าน

5.4 แนวทางการแพทย์ทางไกลและเทคโนโลยีมือถือ

การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพ (health information technology) นับเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่มีศักยภาพสูงในการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้พ้นโทษ Brantley และคณะ[28] รายงานผลการศึกษานำร่องของโปรแกรมการประชุมทางวิดีโอ (video conferencing) สำหรับผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีในรัฐลุยเซียนา ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ต้องขังเชื่อมต่อกับนักสังคมสงเคราะห์ในชุมชนก่อนการปล่อยตัว เพื่อวางแผนรองรับความต้องการทางการแพทย์ การเงิน และสังคมหลังการปล่อยตัว

Kuo และคณะ[29] ทดสอบการแทรกแซงด้วยเทคโนโลยีมือถือ (mHealth intervention) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่งได้รับการปล่อยตัวจากเรือนจำในกรุงวอชิงตัน ดี.ซี. ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) CARE+ Corrections:

การให้คำปรึกษาผ่านคอมพิวเตอร์แบบมีเสียงบรรยาย ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และให้แผนลดความเสี่ยงเฉพาะบุคคล และ (2) CARE+ SMS: ข้อความสั้นติดตามผลหลังปล่อยตัว รวมถึงข้อความสนับสนุนเชิงพฤติกรรมและการเตือนนัดหมาย แนวทางเหล่านี้มีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับบริบทไทย ซึ่งมีอัตราการใช้งานสมาร์ตโฟนสูงและโครงสร้างพื้นฐานด้านโทรคมนาคมที่ครอบคลุม

6. ความท้าทายและข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การพัฒนาและขยายโปรแกรม LTC ต้องเผชิญกับความท้าทายเชิงโครงสร้างและเชิงจริยธรรมหลายประการ ในมิติเชิงโครงสร้าง ช่องว่างด้านทรัพยากรและข้อมูลระหว่างระบบเรือนจำกับระบบสาธารณสุขชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะความไม่ต่อเนื่องของระบบบันทึกสุขภาพ ความแตกต่างของสิทธิและสวัสดิการระหว่างหน่วยงาน และการขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่ประสานงานระยะเปลี่ยนผ่าน[30]

ในมิติจริยธรรม ประเด็นสำคัญคือการสร้างสมดุลระหว่างวาระของผู้ให้บริการ ผู้จ่ายเงิน และผู้รับบริการ ซึ่งอาจมีลำดับความสำคัญที่แตกต่างกัน[6] ผู้พ้นโทษมีสิทธิในความเป็นอิสระในการตัดสินใจ (patient autonomy) ซึ่งต้องได้รับการเคารพแม้ในสถานการณ์ที่มีแรงกดดันจากผู้ให้บริการหรือหน่วยงานรัฐ ประเด็นสำคัญอีกประการคือการยืนยันความยินยอม (informed consent) ในบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ LTC ซึ่งชุมชนและผู้ให้บริการต้องมีข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับความคาดหวังจากทั้งสองฝ่าย

อคติทางสังคม (social stigma) เป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พ้นโทษ Paat และคณะ[32] พบว่าอดีตผู้ต้องขังรับรู้ถึงการเลือกปฏิบัติในระบบสุขภาพ ระบบการจ้างงาน และที่อยู่อาศัย ซึ่งยิ่งทำให้การกลับคืนสู่สังคมเป็นไปอย่างยากลำบาก ในบริบทไทย อคติต่อผู้พ้นโทษ โดยเฉพาะในคดียาเสพติดมีความรุนแรงเป็นพิเศษ เนื่องจากทัศนคติทางสังคมที่มองปัญหายาเสพติดเป็นความอ่อนแอทางศีลธรรมมากกว่าปัญหาทางสุขภาพ

ประการสุดท้าย แนวคิด "paradox of choice" หรือ "choice overload" มีความสำคัญอย่างยิ่งในการออกแบบบริการ กล่าวคือการให้ตัวเลือกมากเกินไปแก่ผู้พ้นโทษในช่วงทันทีหลังปล่อยตัว ซึ่งเป็นช่วงที่สภาพจิตใจและความสามารถในการตัดสินใจยังอยู่ในสภาวะเปราะบาง อาจนำไปสู่ความสับสนและการไม่ปฏิบัติตาม[31] แนวทางที่เหมาะสมจึงควรเน้นการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการเร่งด่วน ระยะกลาง และระยะยาวอย่างชัดเจน

7. แนวทางสำหรับบริบทสังคมไทย

จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้น บทความนี้ขอเสนอแนวทางเฉพาะสำหรับบริบทสังคมไทยใน 5 มิติหลัก ดังนี้

มิติที่ 1: การประเมินความต้องการก่อนปล่อยตัวอย่างเป็นระบบ

การประเมินความต้องการก่อนการปล่อยตัวนับเป็นรากฐานสำคัญของระบบ LTC ที่มีประสิทธิภาพ[33] ซึ่งควรครอบคลุมอย่างน้อย 3 ด้านหลัก ได้แก่ (1) ความต้องการทางคลินิกและการแพทย์ (2) ความต้องการด้านการกลับคืนสู่สังคม ได้แก่ ที่พักอาศัย เอกสารประจำตัว การเดินทาง และการสนับสนุนจากครอบครัว และ (3) ความต้องการด้านการป้องกันและลดอันตราย เช่น ยาต้านพิษ Naloxone ข้อมูลการป้องกันการแพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์ และบริการสุขภาพจิต[6,30] ในบริบทไทย ควรเพิ่มการประเมินความเสี่ยงการกระทำผิดซ้ำและปัจจัยด้านครอบครัวและชุมชน

มิติที่ 2: การใช้ประโยชน์จากโครงสร้างระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ

ประเทศไทยมีจุดแข็งสำคัญที่หลายประเทศขาด นั่นคือระบบสาธารณสุขปฐมภูมิที่ครอบคลุมทั่วประเทศผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชน ระบบนี้สามารถเป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญสำหรับ

ผู้พ้นโทษที่กลับไปยังชุมชนต้นทาง โดยอาศัยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ในการติดตาม ส่งเสริม และเชื่อมต่อผู้พ้นโทษกับบริการสุขภาพ รูปแบบนี้สอดคล้องกับ Transitions Clinic Network ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งประสบความสำเร็จในการใช้คลินิกสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับผู้ประสานงานที่มีประสบการณ์การถูกคุมขัง[34]

มิติที่ 3: การพัฒนาแบบจำลองนำโดยพยาบาลและการแพทย์ทางไกล

ในบริบทของทรัพยากรจำกัด รูปแบบนำโดยพยาบาลเชี่ยวชาญร่วมกับการใช้การแพทย์ทางไกลเพื่อเชื่อมโยงกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีความเป็นไปได้และมีความคุ้มค่าสูง ตัวอย่างจากประเทศออสเตรเลียแสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้สามารถบรรลุผลลัพธ์ทางคลินิกระดับสูงได้ในสภาวะทรัพยากรจำกัด[26] สำหรับประเทศไทย ควรพิจารณาบูรณาการโปรแกรม LTC ผ่านหน่วยงานทางสาธารณสุขระดับพื้นที่ และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ที่ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องนี้

มิติที่ 4: การใช้ครอบครัวเป็นทรัพยากรสำคัญ

ในบริบทสังคมไทยที่โครงสร้างครอบครัวและชุมชนยังมีความเข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการ LTC มีศักยภาพสูงมาก Naser และ La Vigne[35] พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวนับเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อการกระทำผิดซ้ำ อย่างไรก็ตาม ครอบครัวของผู้พ้นโทษเองก็ต้องการการสนับสนุนด้วยเช่นกัน เนื่องจากประสบกับบาดแผลทางจิตใจ ความเครียด และความสับสนในบทบาท[36] แนวทางนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด P-A-R-A-K (Pause-Analyze-Reframe-Act-Keep Focus) ที่มุ่งเสริมสร้างความสามารถของครอบครัวในการเป็นผู้สนับสนุนผู้พ้นโทษอย่างมีประสิทธิภาพ

มิติที่ 5: การลดอันตรายที่เหมาะกับบริบท

ในบริบทที่ยาเสพติดหลักเป็นกลุ่มกระตุ้นประสาท กลยุทธ์การลดอันตรายต้องได้รับการปรับให้เหมาะสมกับความเป็นจริงของผู้พ้นโทษไทย[16] โดยเน้นการให้ความรู้ การเสริมทักษะ และการเชื่อมต่อกับบริการบำบัดที่เป็นมิตรและเข้าถึงง่าย ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานสากลที่ระบุว่าการบำบัดด้วยยา (medication-assisted treatment: MAT) ควรเป็นพื้นฐานของการรักษาความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด[37] ทั้งนี้ กลยุทธ์ใด ๆ ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิมนุษยชนของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

บทสรุป

การพัฒนาระบบการเชื่อมต่อสู่การดูแลสำหรับผู้พ้นโทษในประเทศไทยจำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่บูรณาการและสอดคล้องกับบริบทเฉพาะ หลักฐานจากต่างประเทศยืนยันว่าการลงทุนในโปรแกรม LTC ที่ออกแบบอย่างรอบด้าน ตั้งแต่การประเมินความต้องการก่อนปล่อยตัว การวางแผนการปล่อยตัวอย่างเป็นระบบ การใช้รูปแบบนำโดยพยาบาลและการแพทย์ทางไกล ไปจนถึงการนำทางการดูแลที่ต่อเนื่องหลังปล่อยตัว สามารถลดช่องว่างของห่วงโซ่การดูแลและปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในระยะสั้น ควรมุ่งเน้นการพัฒนาโปรแกรมนำร่องในสถานที่กักขังที่มีความพร้อม โดยอาศัยเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ ตลอดจนโรงพยาบาลในเครือข่ายระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ ในระยะยาวควรมีการพัฒนาข้อมูลเชิงประจักษ์จากบริบทไทยเพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายที่อิงหลักฐาน

ความสำเร็จของการเชื่อมต่อสู่การดูแลมิได้ขึ้นอยู่กับการดำเนินการทางคลินิกเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทางสังคม การลดอคติต่อผู้พ้นโทษ และการสร้างระบบนิเวศแห่งการสนับสนุนที่ครอบคลุมทุกมิติของการกลับคืน

สู่สังคม ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโครงการ "ราชทัณฑ์ปันสุข" ที่มุ่งพัฒนาระบบสาธารณสุขในเรือนจำให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล[1]

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ บทความนี้มีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและการปฏิบัติดังนี้

1. ด้านนโยบาย: ควรกำหนดให้การวางแผนก่อนปล่อยตัวเป็นมาตรฐานบังคับ โดยบูรณาการระหว่างกรมราชทัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้ผู้พ้นโทษไม่สูญหายจากระบบการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่าน

2. ด้านระบบข้อมูล: ควรพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างสถานที่กักขังและสถานบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและไม่หยุดชะงักในช่วงเปลี่ยนผ่าน

3. ด้านการวิจัย: ควรส่งเสริมการวิจัยเชิงประจักษ์ในบริบทไทยเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบ LTC ต่าง ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้พ้นโทษคดียาเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลัก เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เฉพาะสำหรับบริบทไทย

4. ด้านทรัพยากรมนุษย์: ควรพัฒนาหลักสูตรอบรมบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ (รพ.สต. และ อสม.) ให้สามารถรองรับและเข้าใจความต้องการด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงของผู้พ้นโทษ รวมถึงการลดอคติที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ

5. ด้านสังคมและชุมชน: ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการกลับคืนสู่สังคม โดยพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนสำหรับครอบครัวผู้พ้นโทษควบคู่กับผู้พ้นโทษเอง เพื่อเสริมสร้างทุนทางสังคมในการฟื้นฟู

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ ผศ.ดร.นพ.อภินันท์ อร่ามรัตน์ ผู้อำนวยการ Thailand International Technology Transfer Center (T-ITTC) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ รศ.พญ.วิชุดา จิรพรเจริญ ที่ให้คำแนะนำด้านวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. ศักรินทร์กุล โภคิน. การเชื่อมโยงการดูแลหลังพ้นโทษ (Post-release Linkage to Care). เชียงใหม่: บ็อกซ์ ออฟฟิส กราฟิก ดีไซน์; 2568.
2. Dumont DM, Brockmann B, Dickman S, Alexander N, Rich JD. Public health and the epidemic of incarceration. Annu Rev Public Health. 2012;33:325-39.
3. Sugarman OK, Dunne M, Matheson T, Imbert E, Levin B, Scott HM, et al. Impact of prerelease linkage to HIV care programs on the HIV care continuum following release from state correctional facilities. AIDS Behav. 2023;27(12):3916-26.
4. Akiyama MJ, Kaba F, Rosner Z, Alper H, Holzman RS, Litwin AH. Hepatitis C screening and linkage to care for incarcerated individuals in New York City. BMC Infect Dis. 2019;19(1):703.
5. Loeliger KB, Altice FL, Desai MM, Ciarleglio MM, Cormier K, Meyer JP. Predictors of linkage to HIV care and viral suppression after release from jails and prisons: A retrospective

cohort study. Lancet HIV. 2018;5(2): e96-106.

6. National Center for Innovation in HIV Care. Models for improving linkage to care for people living with HIV released from jail or prison [Internet]. Boston: Fenway Health; 2017 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://fenwayhealth.org/wp-content/uploads/TFIE-1-HIV-and-Incarceration-Brief-Web-Final.pdf
7. Zack B, Kramer K. After-release linkage to care [workshop proceedings]. Chiang Mai: The Bridging Group; 2024.
8. Maruschak LM, Bronson J, Alper M. Medical problems reported by prisoners: Survey of prison inmates, 2016 (NCJ 256504) [Internet]. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics; 2021 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://bjs.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh236/files/media/document/mprpspi16st.pdf
9. Centers for Disease Control and Prevention. About correctional health [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://www.cdc.gov/correctional-health/about/index.html
10. Lewis KC, Yehia BR, Winstead HD, Muñoz-Plaza CE. Hepatitis C viremic prevalence in the United States civilian noninstitutionalized population compared to the incarcerated population. Clin Infect Dis. 2023;77(10):1413-5.
11. Spaulding AC, Kim AY, Harzke AJ, Sullivan JS, Swindells S, Gonzalez CJ. Hepatitis C viremic prevalence in US state prisons. J Infect Dis. 2023;228(Suppl 3):S160-7.
12. Maruschak LM. HIV in prisons, 2023: Statistical tables [Internet]. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics; 2025 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://bjs.ojp.gov/library/publications/hiv-prisons-2023-statistical-tables/web-report
13. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
14. National Institute of Mental Health. Mental illness [Internet]. Bethesda: National Institutes of Health; 2024 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness
15. Ranapurwala SI, Shanahan ME, Alexandridis AA, Proescholdbell SK, Naumann RB, Edwards D, et al. Opioid overdose mortality among former North Carolina inmates:

2000-2015. Am J Public Health. 2022;112(2):300-3.
16. คุรุศาสตรา อ. แนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด; 2560.
17. Widra E. The graying of US prisons [Internet]. Prison Policy Initiative; 2023 Aug 2 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://www.prisonpolicy.org/blog/2023/08/02/aging/
18. The Sentencing Project. Nothing but time: Elderly Americans serving life without parole [Internet]. 2022 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://www.sentencingproject.org/app/uploads/2022/10/Nothing-But-Time-Elderly-Americans-Serving-Life-Without-Parole.pdf
19. Berg MT, Rogers EM, Jalbert A, Kaur N, Wickes R. Incarceration and accelerated biological aging. Soc Sci Med. 2022;310:115273.
20. Doherty EE, Burgess-Proctor A, Siennick SE, Sweeten G. Incarceration and healthy aging across the life course. J Dev Life-Course Criminol. 2025;11(1-4):345-66.
21. Curran J, Bhatt A, Frick A, Gummadi J, Fiscus SA. Disparities in prescription drug distributions in jails and state prisons compared with the general population. JAMA Health Forum. 2023;4(4):e230482.
22. Iroh PA, Mayo H, Nijhawan AE. The HIV care cascade before, during, and after incarceration: A systematic review and data synthesis. Am J Public Health. 2015;105(7):e5-16.
23. Baxter A, Bettger JP, Bhatt DL, Broderick J, Chan AO. Impact of gaps in the HIV care continuum and new HIV diagnoses—United States, 2019. J Acquir Immune Defic Syndr. 2025;99(1):47-54.
24. Centers for Disease Control and Prevention. CDC recommendations for HIV, STI, and viral hepatitis screening in correctional facilities [Internet]. Atlanta: CDC; 2022 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/120256
25. McDonald L, Craigie A, Colman E, Sinclair E, Doyle JS. Nurse-led statewide model of care to screen and treat prisoners with hepatitis C. Presented at: International Conference on Health and Hepatitis Care in Substance Users (INHSU); 2017 Sep 6-8; Jersey City, NJ.
26. Papaluca T, McDonald L, Craigie A, Colman E, Sinclair E, Hazeldine S, et al. Outcomes of treatment for hepatitis C in prisoners using a

nurse-led, statewide model of care. J Hepatol. 2019;70(5):839-46.

27. Papaluca T, Mentiplay K, Bowring A, Stoové M, Higgs P, Thompson AJ, et al. Care navigation to improve hepatitis C treatment initiation following release from prison: A prospective randomised controlled trial. Open Forum Infect Dis. 2022;9(8):ofac350.
28. Brantley AD, Page KR, Zack B, Friedrich KR, Wendell D, Robinson W, et al. Making the connection: Using videoconferencing to increase linkage to care for incarcerated persons living with HIV post-release. AIDS Behav. 2019;23(Suppl 1):32-40.
29. Kuo I, Liu T, Patrick R, Trezza C, Bazerman L, Uhrig Castonguay BJ, et al. Use of an mHealth intervention to improve engagement in HIV community-based care among persons recently released from a correctional facility in Washington, DC: A pilot study. AIDS Behav. 2019;23(4):1016-31.
30. Council of State Governments Justice Center. 2026 reentry policy and practice guidance [Internet]. 2026 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2026/03/2026-Reentry_Policy-Practice-Guidancev2.pdf
31. Divakaran B, Bloch N, Sinha M, Steiner A, Shavit S. The reentry health care hub: Creating a California-based referral system. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(10):5806.
32. Paat YF, Hope T, Lopez LC, Zamora H, Salas C. Hispanic exconvicts' perceptions of challenges and reintegration. J Offender Rehabil. 2017;56(2):109-87.
33. International Committee of the Red Cross. Health systems and needs assessment in prisons: Practical guide and toolkit [Internet]. Geneva: ICRC; 2018 [cited 2026 Aug 10]. Available from: https://shop.icrc.org/health-systems-and-needs-assessment-in-prisons-practical-guide-and-toolkit-pdf-en.html
34. Shavit S, Aminawung J, Birnbaum N, Greenberg S, Berthold T, Fishman A, et al. Transitions Clinic Network: Challenges and lessons in primary care for people released from prison. Health Aff. 2017;36(6):1006-15.
35. Naser RL, La Vigne NG. Family support in the prisoner reentry process. J Offender Rehabil. 2006;43(1):93-106.

36. Keller E, Jones L, Kelleher K, Chisolm D, Boch S. A time to 'make amends and bring pieces together': A phenomenological study of family experiences when a parent returns home from incarceration. Health Soc Care Community. 2022;30(6):e3768-79.
37. Belisle L, Del Carmen Solano-Patricio E. Harm reduction: A public health approach to prison drug use. Int J Prison Health. 2021;18(1):1-12.