ISSN 3088-117X (ONLINE)
thaisocialworkcouncil@gmail.com

วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย

JOURNAL OF SOCIAL WORK PROFESSIONS COUNCIL OF THAILAND

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568
Vol.1 No.3 September-December 2025

Social Platform: การบำบัดคนเปราะบางหลุดพ้นความยากจน

2025

วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย
Journal of Social Work Professions Council of Thailand
ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ งานวิจัย นวัตกรรมด้านสังคมสงเคราะห์ สวัสดิการสังคม นโยบายสังคม
3. ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสังคมสงเคราะห์ให้กับนักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการ นักศึกษา และผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

ที่ปรึกษา :

ศาสตราจารย์ระพีพรรณ คำหอม สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์

บรรณาธิการ :

รองศาสตราจารย์ ดร.ภุชงค์ เสนานุช สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฏฐพัชร สโรบล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.หฤทัย กมลศิริสกุล นักวิชาการอิสระ
ดร.ศิริพร เกื้อกูลนุรักษ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
นางวรรภา ลำเจียกเทศ สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์
Mrs.Eva Ponce de Leon Philippines Association of Social Workers Inc.
Dr. Mary Angeline Santhosam Nazareth College of Arts &Science, India

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวจุฑามาศ ถวัลย์วาณิชกุล สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์

วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย
Journal of Social Work Professions Council of Thailand
ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568

สำนักงาน :

สำนักงานสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เลขที่ 255 ตึกกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 เบอร์โทรติดต่อ 098-380-1351 อีเมล thaisocialworkcouncil@gmail.com

กำหนดการตีพิมพ์ :

กำหนดการตีพิมพ์: ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยยินดีรับบทความและผลงานทางวิชาการเพื่อพิจารณาพิมพ์ลงในวารสารโดยไม่มีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจส่งต้นฉบับบทความตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในเว็บไซต์วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ท่านสามารถเข้าเว็บไซต์ไปดูรายละเอียดได้ในลิ้ง https://so19.tci-thaijo.org/index.php/SWPCTH

ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ
ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย

วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย
Journal of Social Work Professions Council of Thailand
ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ	1
บุหรี่ไฟฟ้าและลีนกับผลกระทบต่อสุขภาวะของเด็กและเยาวชน	2
รูปแบบการพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมระบบบริการสุขภาพและสังคม ผ่าน Platform Social Telecare	16
จากความเงียบสู่เสียงเพลง: การเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านดนตรีบำบัดและการสนับสนุนจากนักสังคมสงเคราะห์	34
การศึกษาแนวทางการยกระดับศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางให้หลุดพ้นจากความยากจน	48
การดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดีในประเทศไทย: สายใยแห่งชีวิตภายใต้กำแพงสูง	65
สังคมสูงวัยกับสวัสดิการผู้สูงอายุไทย: มุมมองจากแนวปฏิบัติของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด และการประยุกต์ใช้ Platform Social Telecare	78
NiNA1479: การทำให้สิทธิเป็นจริงของคนพิการในประเทศไทยผ่านการศึกษาตลอดชีวิตและการทำงานที่มีคุณค่า	95
บทวิจารณ์หนังสือ: Social Work and Technology: A Practical Guide for Using Technology in Social Work Practice	114

บทบรรณาธิการ Editorial

วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยฉบับนี้ได้ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยี ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งในการสนับสนุนการปฏิบัติงานวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ โดยได้กำหนด Theme “Social Platform: การบำบัดคนเปราะบางหลุดพ้นความยากจน” ผ่านการนำเสนอบทความวิจัยและบทความวิชาการ จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ เรื่องแรก บุหรี่ไฟฟ้าและลีนกับผลกระทบต่อสุขภาวะของเด็กและเยาวชน เรื่องที่สอง รูปแบบการพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมระบบบริการสุขภาพและสังคมผ่าน Platform Social Telecare เรื่องที่สาม จากความเงียบสู่เสียงเพลง: การเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านดนตรีบำบัดและการสนับสนุนจากนักสังคมสงเคราะห์ เรื่องที่สี่ การศึกษาแนวทางการยกระดับศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางให้หลุดพ้นจากความยากจน เรื่องที่ห้า การดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดีในประเทศไทย: “สายใยแห่งชีวิตภายใต้กำแพงสูง” เรื่องที่หก สังคมสูงวัยกับสวัสดิการผู้สูงอายุไทย: มุมมองจากแนวปฏิบัติของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจและปอดและการประยุกต์ใช้ Platform Social เรื่องที่เจ็ด NiNA1479: การทำให้สิทธิเป็นจริงของคนพิการในประเทศไทยผ่านการศึกษาตลอดชีวิตและการทำงานที่มีคุณค่า และบทวิจารณ์หนังสือเรื่องงานสังคมสงเคราะห์และเทคโนโลยี: คู่มือปฏิบัติสำหรับการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ (Social Work and Technology: A Practical Guide for Using Technology in Social Work Practice

วารสารสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของผลงานวิชาการ จึงมีการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (Peer reviewer) ซึ่งเป็นบุคคลที่มาจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 คน กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และมีคุณค่าทางวิชาการต่อผู้สนใจศึกษาค้นคว้า ในนามของกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้เขียนบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์ของบทความ หากผู้อ่านท่านใดมีข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงวารสาร ทางกองบรรณาธิการยินดีรับฟังความคิดเห็นและพร้อมนำไปพิจารณาเพื่อพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.ภุชงค์ เสนานุช
บรรณาธิการ
p.senanuch@gmail.com

บุหรี่ไฟฟ้าและลีนกับผลกระทบต่อสุขภาวะของเด็กและเยาวชน

The Health Impacts of E-cigarettes and Lean on Children and Young People

ชานนท์ โกมลมาลย์[1]
Chanon Komonmarn[1]
Correspondence: chanonkomonmarn@gmail.com

(Received: September 8 ,2025 Revised: November 21 ,2025 Accepted: December 4 ,2025)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และนำเสนอสถานการณ์การแพร่ระบาดและผลกระทบทางสุขภาวะของบุหรี่ไฟฟ้าและลีนซึ่งเป็นยาเสพติดรูปแบบใหม่ที่กลายเป็นปัญหาสังคมและสุขภาพที่สำคัญในสังคมไทย โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายหลักคือเด็กและเยาวชน การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากรายงานการวิจัย สถิติจากองค์กรภาครัฐและองค์การระหว่างประเทศรวมถึงเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนไทยอยู่ในระดับวิกฤตโดยมีอัตราความชุกสูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลก ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดคืออิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน การเข้าถึงอุปกรณ์ผ่านช่องทางออนไลน์ และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับอันตรายของผลิตภัณฑ์ ขณะที่ลีนมีการแพร่ระบาดผ่านวัฒนธรรมสมัยนิยมและสามารถเข้าถึงส่วนผสมได้ง่าย ในด้านผลกระทบทางสุขภาวะ บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบร้ายแรงต่อการพัฒนาสมอง สุขภาพจิต ระบบทางเดินหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือดของเยาวชน ส่วนลีนมีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางซึ่งอาจนำไปสู่ภาวการณ์หายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ บทความนี้เสนอแนะว่าบุหรี่ไฟฟ้าและลีนเป็นภัยคุกคามร้ายแรงต่อสุขภาวะของเด็กและเยาวชนไทยจึงควรต้องมีมาตรการตอบสนองอย่างเร่งด่วน

คำสำคัญ: เด็กและเยาวชน, บุหรี่ไฟฟ้า, ลีน, ยาเสพติด, ผลกกระทบทางสุขภาวะของบุหรี่ไฟฟ้าและลีน

[1] รองศาตราจารย์ ดร., คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

[1] Associate Professor Dr., Faculty of Social Administration, Thammasat University

Abstract

This academic article aims to analyse and present the epidemic situation and health impacts of e-cigarettes and lean, emerging forms of substance abuse that have become significant societal and health problems in Thai society, with a primary focus on children and young people. This study is a comprehensive literature review that synthesises research, statistics from governmental and international organisations, and related academic literature. The findings reveal that the e-cigarette usage situation among Thai young people is at a critical level, with one of the highest prevalence rates in the world. The most significant risk factors are peer influence, accessibility of devices through online channels, and misconceptions regarding the product's harms. Concurrently, the use of "lean" is gaining popularity in popular culture, with its ingredients also being readily accessible. Regarding health impacts, e-cigarettes severely affect brain development, mental health, and the respiratory and cardiovascular systems of young people. "Lean" functions as a central nervous system depressant, which can lead to respiratory failure and death. This article suggests that e-cigarettes and "lean" pose a serious threat to the well-being of Thai children and young people, thus necessitating urgent and integrated responses.

Keywords: Children and Young People, E-cigarettes, Lean, Drugs, The Health Impacts of E-cigarettes and Lean

บทนำ

ประเทศไทยยังคงเผชิญกับวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขและสังคมที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง นั่นคือปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดและบุหรี่ไฟฟ้า สถานการณ์ดังกล่าวมีลักษณะซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเพราะในอดีตปัญหาวิกฤตการณ์ยาเสพติดที่เป็นที่รู้จักแบบเดิม เช่น ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) และ ยาไอซ์ (ไอซ์) ยังคงเป็นปัญหาหลักของสังคมไทยที่สร้างความเสียหายอย่างต่อเนื่องและยังคงฝังรากลึกและยากต่อการแก้ไข (สุรีย์รัตน์ ยอดเทพ, 2567) นอกเหนือจากยาเสพติดกลุ่มที่เป็นที่รู้จักแบบเดิมแล้วสถานการณ์ปัญหายิ่งทวีความซับซ้อนมากขึ้นจากการเกิดขึ้นและแพร่กระจายของบุหรี่ไฟฟ้า และลีน เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอีกปัญหาหนึ่งที่กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้น การสำรวจจำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า (Electronic Cigarettes หรือ E-Cigarettes) ใน 48 ประเทศทั่วโลกเมื่อปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2564) พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าทั่วโลกประมาณ 82 ล้านคน (Jerzynski & Stimson, 2021) สถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการแพร่หลายของบุหรี่ไฟฟ้าในหลายภูมิภาคของโลก ในขณะที่การใช้ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทชนิดใหม่เรียกว่า “ลีน” มักถูกนำเสนอในรูปแบบที่น่าดึงดูดใจและสร้างความเข้าใจผิดว่าไม่อันตรายต่อสุขภาพ การสำรวจสถิติจำนวนประชากรที่มีประสบการณ์การใช้ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทแบบผสม พบว่ามีจำนวนประมาณ 84,000 คน หรือคิดเป็น 1.71 ต่อ 1,000 ของประชากร (มานพ คณะโต, พูนรัตน์ ลียติกุล และ รังสิยา วงศ์อุปปา, 2567) ในที่นี้ ลีน (Lean) หรือ ซิสเซิร์ป (Sizzurp) มักหมายถึง ส่วนผสมชนิดน้ำจากยาแก้ไอที่มีโคเดอีน (Codeine) และโปรเมทาซีน (Promethazine) บางครั้งถูกเรียกในชื่ออื่น ๆ เช่น บาร์ (Barre), เพอร์เพิลแดรงก์ (Purple drank) เนื่องจากสารเสพติดชนิดนี้เมื่อผสมออกมาแล้วมีรสชาติที่ไม่พึงประสงค์จึงมักมีการเติมสารให้ความหวาน เช่น น้ำอัดลมหรือลูกอมลงไปในลีนก่อนการดื่ม ลีนเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายในวัฒนธรรมสมัยนิยมโดยเฉพาะในแวดวงดนตรีแนวฮิบฮอปจำนวนมากที่เชื่อว่าสรรพคุณของลีนมีส่วนในการส่งเสริมสร้างสรรค์งานซึ่งนั่นเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน (Palamar, 2019 และ Ware, 2023) ข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นนี้เหล่านี้สะท้อนถึงแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและลีนที่ขยายตัวอย่างรวดเร็วในสังคมไทย

บทความวิชาการนี้ขอนำเสนอ 4 ประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าและลีนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ประกอบด้วย (1) นิยามความหมายของบุหรี่ไฟฟ้าและลีน, (2) สถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าและลีน (3) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและลีนในกลุ่มเด็กและเยาวชน รวมถึงประเด็นสุดท้ายคือ (4) ผลกระทบต่อสุขภาวะของบุหรี่ไฟฟ้าและลีน

นิยามความหมายของบุหรี่ไฟฟ้าและลีน

การทบทวนความหมาย นิยามและความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าทั่วโลกมีความใกล้เคียงกัน ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (US Centres for Disease Control and Prevention (CDC), 2025) ให้ความหมาย บุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarette หรือ บางกรณีเรียกว่า Vapes) ว่าเป็นอุปกรณ์ที่ทำงานด้วยแบตเตอรี่ซึ่งทำความร้อนให้กับของเหลวเพื่อสร้างเป็นละอองลอย (Aerosol) ซึ่งในความหมายนี้ “ละอองลอย” คือส่วนผสมของอนุภาคขนาดเล็กที่ลอยอยู่ในอากาศ อนึ่งละอองลอยจากบุหรี่ไฟฟ้าอาจเรียกว่า ไอระเหย (Vapour) ได้เช่นกัน หน่วยงานด้านสาธารณสุขอื่นๆในสหรัฐอเมริกาอย่างเช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute, 2025) ให้นิยามความหมายของบุหรี่ไฟฟ้าว่าหมายถึง อุปกรณ์ชนิดหนึ่งที่มีรูปร่างคล้ายบุหรี่ ซิการ์ หรือปากกา และไม่มีส่วนประกอบของใบยาสูบ อุปกรณ์นี้ใช้พลังงานจากแบตเตอรี่และบรรจุสารละลาย (น้ำยา) ซึ่งประกอบด้วยนิโคติน สารปรุงแต่งกลิ่นรส และสารเคมีอื่นๆที่บางชนิดอาจเป็นอันตราย เมื่อใช้งานบุหรี่ไฟฟ้า สารละลายดังกล่าวจะเปลี่ยนสภาพเป็นละอองที่สามารถสูดดมเข้าไปในปอดได้ ทั้งนี้ปริมาณนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้าแต่ละ

ชิ้นอาจแตกต่างกันไป คำนิยามของบุหรี่ไฟฟ้าในฝั่งประเทศอังกฤษ องค์กร ASH (2025) ซึ่งเป็นกลุ่มรวมตัวโดยราชวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ในลอนดอน อธิบายว่า “บุหรี่ไฟฟ้า” เป็นอุปกรณ์ที่ใช้พลังงานจากแบตเตอรี่ซึ่งออกแบบมาเพื่อเลียนแบบความรู้สึกของการสูบบุหรี่ อุปกรณ์เหล่านี้ทำงานโดยการให้ความร้อนกับของเหลว (น้ำยา) เพื่อสร้างเป็นละอองลอย หรือ ไอระเหย ให้ผู้ใช้สูดดมเข้าไป โดยทั่วไปน้ำยาจะประกอบด้วยสารปรุงแต่งกลิ่นรส สารเติมแต่ง และนิโคติน ส่วนประกอบหลักของบุหรี่ไฟฟ้ามักประกอบด้วยปากสูบ แบตเตอรี่ และตลับน้ำยาหรือแท็งก์สำหรับบรรจุน้ำยา

สำหรับประเทศไทย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2568) ให้ความหมายของ “บุหรี่ไฟฟ้า” คือ อุปกรณ์ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นตัวนำความร้อนให้เกิดการเผาไหม้ของเหลว (น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า) ที่อาจประกอบไปด้วย นิโคติน สารปรุงแต่งรส และสารเติมแต่งอื่นๆ น้ำยาแต่ละตัวในบุหรี่ไฟฟ้ามีส่วนประกอบ 3 อย่างคือ แบตเตอรี่ที่ช่วยทำให้เกิดไอน้ำและความร้อนสารแต่งรส/แต่งกลิ่นและน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า (e-liquid) ที่มีรสชาติและกลิ่นที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในประเทศไทยเมื่อกล่าวถึง “บุหรี่ไฟฟ้า” อุปกรณ์สำหรับการสูบอีกอย่างหนึ่งที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ “บารากู่และบารากู่ไฟฟ้า” ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่องกำหนดให้บารากู่และบารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 ได้กำหนดนิยาม บารากู่ คือ หม้อสูบยาสูบแบบอาหรับหรือลักษณะอื่นที่คล้ายคลึงกัน อุปกรณ์ หรือส่วนประกอบไม่ว่าจะกระทำขึ้นด้วยวัตถุใดที่ใช้เป็นอุปกรณ์สำหรับสูบควันผ่านน้ำซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ หรือการใช้ความร้อนผ่านพืช ผลไม้ พืชหมัก ผลไม้หมัก สาร สารสกัด หรือสิ่งอื่นใด ไม่ว่าจะมียาสูบ เป็นส่วนประกอบหรือไม่ก็ตามและให้หมายความรวมถึงพืช ผลไม้ พืชหมัก ผลไม้หมัก สาร สารสกัด หรือสิ่งอื่นใด ที่ใช้เป็นแหล่งกำเนิดควันสำหรับอุปกรณ์ดังกล่าวซึ่งมีส่วนผสมของยาสูบ ในประกาศฉบับเดียวกันยังได้กำหนดนิยามของ“บารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า” ว่าหมายถึง อุปกรณ์ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าที่ทำให้เกิดละอองไอน้ำ ในลักษณะคล้ายควันบุหรี่ไม่ว่าจะกระทำขึ้นด้วยวัตถุใด ซึ่งใช้สำหรับสูบในลักษณะเดียวกับการสูบบุหรี่

กล่าวโดยสรุป นิยามของบุหรี่ไฟฟ้าทั่วโลกมีความสอดคล้องกันโดยมองว่าเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้แบตเตอรี่สร้างความร้อนให้กับของเหลว (น้ำยา) แทนการเผาไหม้ใบยาสูบ เพื่อสร้างเป็นละอองลอยหรือไอระเหยให้ผู้ใช้สูดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเลียนแบบความรู้สึกของการสูบบุหรี่ น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้ามักมี นิโคติน สารปรุงแต่งกลิ่นรส และสารเคมีอื่นๆที่อาจเป็นอันตรายเป็นส่วนประกอบหลัก สำหรับประเทศไทย นิยามความหมายของบุหรี่ไฟฟ้าถูกเน้นย้ำในเชิงกฎหมายดังประกาศกระทรวงพาณิชย์ซึ่งระบุว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอุปกรณ์ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าทำให้เกิดละอองไอน้ำในลักษณะคล้ายควันบุหรี่และจัดเป็นสินค้าต้องห้ามนำเข้าประเทศ

นอกจากบุหรี่ไฟฟ้าแล้วในประเทศไทยยังมียาเสพติดแบบผสมหรือที่เรียกว่า “ค็อกเทลยาเสพติด” ซึ่งมีการนำยาเสพติด ยารักษาโรคชนิดต่าง ๆ ผสมกันเป็นยาเสพติดประเภทใหม่ เช่น แฮปปี้วอเตอร์ เคทะเลทราย เคนมผง กาแฟ 3 in 1 คอลลาเจน กำลังแพร่ระบาดอย่างหนักในกลุ่มเด็กและเยาวชนและนักท่องเที่ยว วิธีการใช้ยาเสพติดชนิดนี้ คือ การนำยาเสพติดดังกล่าวมาผสมกับน้ำหวานหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เป็นที่นิยมอย่างรวดเร็วในหมู่นักเที่ยว สถานบันเทิงต่างๆ ทั้งนี้ยาเสพติดประเภทนี้จะออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเมื่อเสพเข้าไปในระยะแรกจะมีอาการเคลิ้ม สนุกสนาน ไม่อ่อนเพลีย (กนิษฐา ไทยกล้า, 2566 และ สบยช, 2568) ยาเสพติดแบบผสมมีหลายสูตร แต่ในกลุ่มนี้มียาเสพติดชนิดหนึ่ง ชื่อ “ลีน (Lean)” ซึ่งตามที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น หมายถึง เครื่องดื่มที่เกิดจากการนำน้ำอัดลมมาผสมกับยาแก้ไอชนิดน้ำเชื่อมที่มีส่วนผสมของโคเดอีนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เสพเกิดอาการมึนเมาเคลิบเคลิ้ม (Palamar, 2019) นอกจากนี้ Ware (2021) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่านอกจากลีนจะมีส่วนผสมของยาแก้ไอชนิดน้ำเชื่อมที่มีโคเดอีนแล้ว กลุ่มเด็กและเยาวชนจำนวนมากได้ผสมยาแก้แพ้โปรเมทาซีน (Promethazine) เข้าไปด้วยเพื่อทำให้การออกฤทธิ์ได้ตรงกับความต้องการและมีระยะเวลาความ

มีนเมาที่ยาวนานขึ้น เนื่องจากการผสมสารเสพติดในกลุ่มนี้มีรสชาติที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ผสมจึงมักมีการเติมสารให้ความหวาน เช่น น้ำอัดลมหรือลูกอมผสมลงไปด้วยก่อนการเสพ สำหรับรายละเอียดของโดเคอีนนั้น Ware et.al (2024) ให้คำอธิบายในรายละเอียดว่า โคเดอีนเป็นสารสกัดซึ่งในอดีตสกัดได้ตามธรรมชาติจากต้นฝิ่น แต่ปัจจุบันสังเคราะห์ขึ้นจากมอร์ฟีนสังเคราะห์ ซึ่งถูกใช้เป็นยาระงับปวดและยาระงับอาการไอมาเป็นเวลานาน ปัจจุบันกำลังเป็นที่จับตามองจากสังคมไทยโดยเฉพาะกลุ่มคนทำงานด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาเกี่ยวกับเด็กและเยาวชนซึ่งสะท้อนผ่านข้อมูลสมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ปี พ.ศ.2568 โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ทำงานด้านนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านส่งเสริม พัฒนาและคุ้มครองเด็กจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ระบุว่าลีนเป็นยาเสพติดชนิดใหม่ที่แพร่กระจายในภูมิภาค (กรมกิจการเด็กและเยาวชน, 2568) ด้วยเหตุนี้การทำความเข้าใจเกี่ยวกับลีนจึงมีความสำคัญต่อนักวิชาการ นักนโยบาย และนักปฏิบัติด้านการส่งเสริม คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชนในประเทศไทยอย่างยิ่ง ทั้งบุหรี่ไฟฟ้าและลีนเป็นปัญหาการใช้ยาเสพติดชนิดใหม่ที่กำลังแพร่ระบาดอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน สถานการณ์การแพร่ระบาดถูกกล่าวถึงอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้น ประเด็นต่อไปผู้เขียนจึงขอนำเสนอสถานการณ์ของบุหรี่ไฟฟ้าและลีนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

สถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าและลีนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

สำหรับประเทศไทย ความนิยมในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเริ่มปรากฏชัดเจนในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การสำรวจครั้งแรกเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2557 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ที่ร้อยละ 0.10 หรือประมาณ 48,336 คน ในช่วงเวลาดังกล่าวยังไม่มีมาตรการควบคุมการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าเข้าสู่ราชอาณาจักร ต่อมารัฐบาลได้ดำเนินมาตรการควบคุม โดยออกประกาศกระทรวงพาณิชย์ (พ.ศ. 2557) กำหนดให้บุหรี่ไฟฟ้าและบารากู่เป็นสินค้าต้องห้ามนำเข้า และตามด้วย คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ 9/2558 ที่ห้ามขายหรือให้บริการบุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ และน้ำยาสำหรับเติม (สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค, 2558) ผลจากมาตรการดังกล่าวส่งผลให้ มีการสำรวจครั้งที่สองในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 0.02 (ประมาณ 11,097 คน) อย่างไรก็ตาม ภายในระยะเวลาเพียง 4 ปีถัดมา ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 กลับแสดงแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 0.14 (ประมาณ 78,742 คน) (กรมควบคุมโรค, 2567) ที่สำคัญ ข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2565 แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างก้าวกระโดด โดยมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงถึง 709,677 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 1.21 ของประชากร (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2566) ต่อมามีการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2567 พบว่าคนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นเป็น 900,459 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568) ซึ่งถือว่าเพิ่มสูงขึ้นกว่าสถิติเดิมในปี พ.ศ.2564 (78,742 คน) มากถึง 11.44 เท่า (สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2568) ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่ขยายตัวอย่างรวดเร็วในสังคมไทย แม้ว่ามีมาตรการห้ามนำเข้าและจำหน่ายอย่างชัดเจนก็ตาม

เมื่อพิจารณาในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะนักเรียนและนักศึกษา ข้อมูลจากการสำรวจการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนอายุ 13–17 ปี ขององค์การอนามัยโลก (Global Youth Tobacco Survey: GYTS) ระหว่างปี พ.ศ. 2556–2565 พบว่า ค่าเฉลี่ยการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 5 ขณะที่ในประเทศไทย อัตราความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนสูงถึง ร้อยละ 17.6 ซึ่งถือว่าสูงติดอันดับต้น ๆ ของโลก สะท้อนถึงแนวโน้มการระบาดที่น่าเป็นห่วง (World Health Organization, 2021) ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าประเทศไทยทวีความรุนแรงมากขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2566–2567 โดยผลสำรวจพบว่า เด็กระดับประถมศึกษาตอนปลาย (อายุ 9–12 ปี) ร้อยละ 43 เคยลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า

อีกทั้งกลุ่มนักเรียนหญิงอายุ 13–15 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มนักเรียนชาย (คณะกรรมาธิการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส และความหลากหลายทางสังคม วุฒิสภา, 2568) นอกจากนี้ ข้อมูลจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2567 จากการสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 6–30 ปี จำนวน 40,164 คนทั่วประเทศ พบว่า เด็กและเยาวชนยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมากกล่าวคือ ร้อยละ 61.23 เข้าใจว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกบุหรี่มวนได้ ร้อยละ 51.19 เข้าใจว่านิโคตินส่งผลดีต่อร่างกาย ร้อยละ 26.28 เข้าใจว่าน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีส่วนผสมของนิโคติน ร้อยละ 23.28 เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่ผิดกฎหมาย และ ร้อยละ 12.53 เข้าใจว่าควันบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีอันตราย ขณะเดียวกันร้อยละ 50.2 ของเยาวชนเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567) ในทางกลับกันข้อมูลทางวิชาการในปัจจุบันยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัยหรือไม่ และจะสามารถใช้เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบได้จริงหรือไม่ (National Cancer Institute, 2025) ผลการสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพล่าสุดในปี พ.ศ. 2568 กับเยาวชนไทยจำนวน 40,344 รายด้วยวิธีออนไลน์ พบว่า พฤติกรรมการเกิดของนักสูบรายใหม่ เฉลี่ยอยู่ที่อายุ 13.34 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 6 ปี ซึ่งยังอยู่ในช่วงวัยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และสูงสุดอายุ 24 ปี ผลการสำรวจพบว่าบุคคลรอบข้างและสื่อก็ถือเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชน โดยได้รับการชักชวนจากเพื่อนให้ลองสูบสูงถึง ร้อยละ 45.56 และมีการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าผ่าน Facebook มากที่สุด ร้อยละ 27.88 รองลงมาคือ Tiktok ร้อยละ 27.60 ขณะที่การรับรู้เกี่ยวกับโทษและอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้าเกินครึ่งคือ ร้อยละ 52.2 มีความรู้ในระดับไม่ดี–พอใช้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2568) ในประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่า เด็กและเยาวชนไทยยังขาดความรู้ ความตระหนัก และมีความเชื่อผิดเกี่ยวกับผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้ายังคงมีสารนิโคตินและสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบประสาทและสมอง รวมถึงอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ด้านสถานการณ์เกี่ยวกับลีน พบว่า ลีนและการใช้ลีนเริ่มต้นเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายในวัฒนธรรมสมัยนิยม โดยเฉพาะในแวดวงดนตรีแนวฮิบฮอป และมีพัฒนาการเรื่อยมาในกลุ่มนักดื่มและนักเที่ยวกลางคืน (Ware, 2021) แม้ลีนกำลังเริ่มระบาดและแพร่หลายในสังคมไทยทว่าข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ลีนในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก ผู้เขียนพบข้อมูลในต่างประเทศเกี่ยวกับลีนปรากฏอยู่จำนวนหนึ่งแต่ก็ยังมีจำนวนจำกัด อาทิ Essack, Groenewal และ Heerden (2020) ได้นำเสนอข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปรากฏการณ์การใช้ยาแก้ไอในทางที่ผิดของเยาวชนในประเทศแอฟริกาใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจมุมมองของวัยรุ่นและปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้ยาน้ำแก้ไอที่มีส่วนผสมของโคเดอีนโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่มกับนักเรียนอายุ 14-17 ปี จำนวน 144 คน ผลการศึกษาพบว่าการใช้ยาแก้ไอเพื่อสันทนาการเป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่นโดยนำไปผสมกับเครื่องดื่มอัดลมอย่างสไปรท์เพื่อทำเป็นค็อกเทล การศึกษายังพบปัจจัยสำคัญ 3 ประการที่ส่งเสริมพฤติกรรมนี้ คือ ประการแรก การเข้าถึงยาแก้ไอที่มีสารชนิดดังกล่าวที่ง่ายผ่านร้านขายยา คลินิกทั่วไปโดยไม่ต้องใช้ใบสั่งยา ประการที่สอง การผสมลีนมีต้นทุนต่ำกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมากทำให้เป็นทางเลือกที่น่าสนใจในกลุ่มเยาวชนที่มีความต้องการการลดค่าใช้จ่าย ประการที่สาม คือ อิทธิพลทางสังคมที่รุนแรงทั้งจากกลุ่มเพื่อนและโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสื่อสังคมออนไลน์อย่าง Instagram และ YouTube ซึ่งทำให้การใช้ลีนเป็นกระแสสังคม ผลการศึกษาจากประเทศแอฟริกาใต้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์การใช้ลีนในประเทศไทยหลายประการกล่าวคือ การเข้าถึงยาแก้ไขที่มีสารโคเคอีนเป็นเรื่องง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งผ่านช่องทางออนไลน์ การซื้อขายเกิดขึ้นอย่างเปิดเผยบนแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียต่างๆ เช่น X (Twitter), Facebook หรือแอปพลิเคชันสนทนาอย่าง LINE และ Telegram ผู้ขายสามารถใช้ตัวตนปลอมในโลกออนไลน์เพื่อ

ปกปิดตัวตนจริงและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนได้โดยตรง ทำให้การเฝ้าระวังจากผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่เป็นไปได้ยากขึ้นอย่างยิ่ง (กรมกิจการเด็กและเยาวชน, 2568)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและลีนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

ในช่วงเวลาหลังปี พ.ศ.2565 - ปัจจุบัน (พ.ศ.2568) ปัญหาและสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้น จำนวนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าทั้งประเด็นเรื่องสถานการณ์ความรุนแรงและผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าก็เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย การศึกษาความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้กัญชา และการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการโดย ไพฑูรย์ สอนทน, นฤมล จันทร์มา และ อัมพร สอนทน (2565) เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บุหรี่ไฟฟ้ากับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้กัญชา และการสูบบุหรี่ ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 2,092 คน ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า อัตราความชุกของการใช้สารเสพติด (Prevalence Rates) ได้แก่ บุหรี่ไฟฟ้ามีความชุกของการใช้ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา อยู่ที่ร้อยละ 9.3 และในรอบ 30 วัน อยู่ที่ร้อยละ 5.0 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความชุกของการดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาอยู่ที่ร้อยละ 32.9 บุหรี่มวนมีความชุกของการสูบในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา อยู่ที่ร้อยละ 5.6 กัญชามีความชุกของการใช้ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา อยู่ที่ร้อยละ 1.7 ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บุหรี่ไฟฟ้ากับสารเสพติดชนิดอื่น การใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดชนิดอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในรอบ 12 เดือน มีความเสี่ยงสูงขึ้นที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 9.29 เท่า ใช้กัญชา 19.01 เท่า สูบบุหรี่มวน 33.46 เท่า ในทางกลับกัน การสูบบุหรี่มวนและการดื่มแอลกอฮอล์ก็เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ในด้านปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย การมีเพื่อนสนิทที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า เพิ่มโอกาสการใช้บุหรี่ไฟฟ้าถึง 4.95 เท่า และ การพบเห็นโฆษณาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เพิ่มโอกาสการใช้ 1.48 เท่า ในประเด็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบุหรี่ไฟฟ้ากับบุหรี่มวน การศึกษาชิ้นนี้มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยจากประเทศอังกฤษซึ่งแสดงเหตุผลสนับสนุนตรงกันว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสามารถทำหน้าที่เป็นประตูสู่การสูบบุหรี่มวนในกลุ่มเยาวชนได้ (Golder, Hartwell, Barnett, et al., 2025) อีกนัยหนึ่งหลักฐานเบื้องต้นยังชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอาจทำหน้าที่เป็น “ผลิตภัณฑ์นำร่อง” สำหรับวัยก่อนวัยรุ่นและวัยรุ่นซึ่งจากนั้นพวกเขาจะก้าวไปสู่การใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินอื่นๆ รวมถึงบุหรี่มวน (National Institute on Drug Abuse, 2020)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดฉะเชิงเทราโดย จุฑามาศ มณีกุล (2566) การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) จำนวน 321คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ความสัมพันธ์กับโรงเรียน และการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยค่าความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Binary Logistic Regression ผลการศึกษาพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก ร้อยละ16.2 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือ 16.4 ปีโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงบุหรี่

ไฟฟ้า และการชักชวนของเพื่อน ถึงแม้ว่าการศึกษาของจุฑามาศ มณีกุลเลือกพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทราในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่ผลการศึกษาส่วนหนึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาวิจัยในอีก 2 ปีถัดมาซึ่งดำเนินการโดย ก่อกุศล บุญสนอง (2568) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความสำเร็จในการบำบัดในวัยรุ่นตำบลอินทร์แปลง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ทั้งนี้การวิจัยของก่อกุศล บุญสนองเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นตำบลอินทร์แปลง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 160 คน อายุตั้งแต่ 17-23 ปี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) และมีอัตราการสูบบุหรี่โดยรวมสูงถึงร้อยละ 70.62 อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญ โดยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.38) มีเพื่อนสนิทที่สูบหรี่ไฟฟ้าและอีกปัจจัยหนึ่งคือการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้โดยง่าย (ร้อยละ 54.37) ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก (ร้อยละ 64.60) โดยมีสาเหตุสำคัญที่สุดในการเริ่มต้นคือความอยากรู้อยากลอง (ร้อยละ 82.30) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า เพศชาย มีความเสี่ยงในการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง และผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าน้อย มีความเสี่ยงในการสูบมากกว่าผู้ที่มีความรู้มาก อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีอิทธิพลชัดเจนที่สุดคือ การมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้นถึง 2.27 เท่า

การวิเคราะห์งานวิจัยของจุฑามาศ มณีกุล (2566) ซึ่งศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่จังหวัดฉะเชิงเทรา และงานวิจัยของก่อกุศล บุญสนอง (2568) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นจังหวัดสกลนคร พบประเด็นผลการศึกษาที่สอดคล้องกันอย่างน่าสนใจ แม้จะดำเนินการในพื้นที่และกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันก็ตาม กล่าวคือ การแสดงให้เห็นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการผลักดันให้เยาวชนเริ่มต้นและสูบบุหรี่ไฟฟ้า งานวิจัยของจุฑามาศชี้ให้เห็นว่า “การชักชวนของเพื่อน” เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้า ขณะที่งานวิจัยของก่อกุศลในอีก 2 ปีถัดมายิ่งตอกย้ำข้อค้นพบนี้ให้หนักแน่นขึ้นโดยระบุว่า “การมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า” เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทรงอิทธิพลที่สุด ซึ่งเพิ่มโอกาสในการสูบสูงถึง 2.27 เท่า นอกเหนือจากนี้ งานวิจัยทั้งสองชิ้นแสดงข้อมูลตรงกันเกี่ยวกับปัจจัยเสริมอื่นๆโดยเฉพาะการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายโดยงานวิจัยยุคหลังได้เจาะจงถึงช่องทางผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า แม้งานวิจัยทั้งสองจะมาจากต่างบริบทกัน แต่ก็ได้ข้อสรุปที่สอดคล้องและหนักแน่นร่วมกันว่า อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน การเข้าถึงอุปกรณ์ที่ง่ายคือปัจจัยหลักที่ผลักดันให้เยาวชนไทยเข้าสู่วงจรการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แม้บุหรี่ไฟฟ้าจะเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายในประเทศไทย ทั้งการนำเข้า การขาย หรือให้บริการแต่ช่องทางการค้าออนไลน์กลับกลายเป็น กลไกหลัก ที่ทำให้บุหรี่ไฟฟ้าแพร่ระบาดอย่างหนัก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน การซื้อขายที่ไม่ต้องเผชิญหน้าและการตลาดที่ดึงดูดผ่านโซเชียลมีเดีย คือปัจจัยสำคัญที่ทำให้ปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ายังคงทวีความรุนแรงมากขึ้น ข้อมูลที่ปรากฏในรายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย ระบุว่า ร้อยละ 75 ของการซื้อบุหรี่ไฟฟ้ามาจากช่องทางออนไลน์ (วิชช์ เกษมทรัพย์และคณะ, 2566)

นอกจากนี้ งานวิจัยจากสหรัฐอเมริกาซึ่งอาศัยการเก็บข้อมูล 42,275 ตัวอย่างจากการสำรวจการใช้ยาเสพติดระหว่างปี ค.ศ. 2007-2019 ผลการศึกษาที่สำคัญ พบว่าการใช้ลีนเป็นที่แพร่หลายที่สุดในกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 13-21 ปี) ซึ่งคิดเป็น 66% ของผู้ใช้ทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็น เพศชาย (75%) และมีการใช้งานที่กระจายตัวในหลากหลายกลุ่มเชื้อชาติ ทั้งคนผิวขาว (33%) ฮิสแปนิก (28%) และคนผิวดำ/แอฟริกันอเมริกัน (29%) (Ware OD, Garcia-Romeu A, Zamarripa CA, Hughes T, Wager L, Spindle T, 2024) ในกลุ่มผู้ใช้ลีนยังพบว่ามีอัตราการใช้แอลกอฮอล์และกัญชาร่วม

ด้วยในระดับสูงมาก งานวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นว่าลีนไม่ได้เป็นเพียงปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมตามที่ได้กล่าวไปแล้วว่าลีนมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมฮิปฮอบแต่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่น่ากังวลในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware OD, Garcia-Romeu A, Zamarripa CA, Hughes T, Wager L, Spindle T, 2024) นอกจากนี้การศึกษาอีกชิ้นหนึ่งชี้ว่ามีการคาดประมาณการณ์ว่าในจำนวนผู้ที่ได้รับการสั่งใช้ยาโคเดอีนในสหรัฐอเมริกาประมาณ 19.8 ล้านคนในแต่ละปี มีประมาณ 9.3% (หรือ 1.8 ล้านคน) ที่ใช้ยานี้ในทางที่ผิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำไปผสมเป็นลีน (United Recovery Project, 2025)

ทั้งบุหรี่ไฟฟ้าและลีนมีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในสังคมไทยและสังคมโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน การใช้ยาเสพติดทั้งสองส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้เสพอย่างมากในประเด็นต่อไป บทความนี้ขอนำเสนอผลกระทบทางสุขภาพของผู้เสพ

ผลกระทบทางสุขภาวะของบุหรี่ไฟฟ้าและลีน

บุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจและอวัยวะอื่นๆ เนื่องจากละอองลอยที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้าประกอบด้วยสารเคมีที่เป็นอันตรายหลายชนิดซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบทางเดินหายใจและหลอดเลือดเนื่องจากผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าสูดดมละอองลอย (Vapes) ที่เป็นพิษเข้าไป ละอองลอยเหล่านี้ประกอบด้วยอนุภาคและสารเคมีที่สามารถเดินทางลึกลงไปถึงหลอดลมฝอยขนาดเล็กที่สุดและถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ ทั้งสารเคมี สารปรุงแต่ง และนิโคติน ล้วนเป็นพิษและเป็นอันตรายไม่เพียงอันตรายแต่กับตัวผู้สูบเท่านั้น แต่ละอองลอยยังเป็นอันตรายต่อผู้อื่นด้วย เนื่องจากพวกเขาสามารถสูดดมละอองลอยเข้าไปในร่างกายได้เช่นกันซึ่งคล้ายกับการได้รับควันบุหรี่มือสอง ในสหรัฐอเมริกามีหลักฐานที่บันทึกไว้เกี่ยวกับการระบาดของภาวะปอดบาดเจ็บและเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า กล่าวคือในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้ยืนยันผู้ป่วย ภาวะปอดอักเสบรุนแรงที่สัมพันธ์กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า หรือ EVALI (e-cigarette or vaping use-associated lung injury) จำนวน 2,807 ราย ซึ่ง EVALI คือ ภาวะรุนแรงปอดได้รับความเสียหายอย่างยิ่ง ผลของภาวะดังกล่าวทำให้มีผู้เสียชีวิตมากถึง 68 ราย (Vandelaer, 2023) การสูบบุหรี่ไฟฟ้ายังสัมพันธ์กับการเกิดขึ้นของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มะเร็ง ภาวะซึมเศร้า และโรคทางจิตเภท (กรมควบคุมโรค, 2567) มีการอ้างอิงทางวิชาการว่าผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าทุกวันมีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้นสองเท่าและแม้ว่าจะมีการใช้งานในระยะสั้นก็ยังมีผลทำให้การทำงานของปอดบกพร่องและอาจทำให้หายใจลำบากอีกด้วย (American Nonsmokers Rights Foundation, 2025) ข้อมูลเพิ่มเติมจาก U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2024) ระบุว่าบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งมีองค์ประกอบของนิโคตินส่งผลเสียต่อสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมองของเด็กและเยาวชนในส่วนที่ควบคุมด้านสมาธิ การเรียนรู้ อารมณ์ และการยับยั้งชั่งใจ นิโคตินทั้งในบุหรี่มวนทั่วไปและบุหรี่ไฟฟ้าทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและกระตุ้นการหลั่งอะดรีนาลีนให้พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (Vandelaer, 2023)

บุหรี่ไฟฟ้ายังมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต กล่าวคือ มีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติทางอารมณ์อื่นๆ (Goriounova & Mansvelder, 2012) ความน่าสนใจอีกประการหนึ่งของผลกระทบทางสุขภาพของบุหรี่ไฟฟ้าและในที่นี้รวมถึงบุหรี่มวนทั่วไป คือ ควันบุหรี่และละอองไอจากบุหรี่ไฟฟ้ามือสองและมือสาม ทั้งนี้ควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke) และ ละอองไอจากบุหรี่ไฟฟ้า (Vaping Aerosols) เกิดจากการเผาไหม้หรือให้ความร้อนแก่ยาสูบในผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น บุหรี่ ซิการ์ ไปป์ หรือบุหรี่ไฟฟ้า ที่ปะปนมากับการหายใจออกของผู้สูบบุหรี่ ในขณะที่ควันบุหรี่มือสาม (Third-Hand Smoke) คือ ควัน หรือ ละอองสารเคมีหรือฝุ่นที่มีอนุภาคขนาดเล็กตกค้างอยู่ตามพื้นผิวต่างๆ เช่น พรม ผนัง เฟอร์นิเจอร์ เสื้อผ้า เส้นผม และของเล่น ซึ่งยังคงส่ง

กลิ่นควันอยู่แม้ว่าดับบุหรี่ไปแล้ว ควันและละอองไอเหล่านี้มีสารเคมีที่เป็นพิษและสารก่อมะเร็งซึ่งสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ผ่านการหายใจ การสัมผัสทางผิวหนัง หรือการกลืนกินโดยเฉพาะในเด็ก นอกจากนี้สารเคมีเหล่านี้สามารถแพร่กระจายไปยังห้องอื่นๆ ในอาคารที่มีผู้พักอาศัยหลายยูนิตได้อีกด้วย (American Thoracic Society, 2020 และ American Nonsmokers Rights Foundation, 2025)

งานวิจัยและข้อมูลจำนวนน้อยเกี่ยวกับอันตรายและผลกระทบทางสุขภาพของลีนซึ่งในจำนวนนี้อธิบายผลกระทบทางสุขภาพไปในทิศทางเดียวกันด้านผลกระทบของการใช้ลีนพบว่าผลกระทบต่อสุขภาพกายทั้งในระยะสั้นไปจนถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพที่รุนแรงและระยะยาว แม้ว่าในระยะต้นผู้ใช้ลีนอาจมีความความรู้สึกสบาย มีความสุข อบอุ่น และวิตกกังวลน้อยลง แต่เมื่อใช้ไปในระยะหนึ่งจะเกิดอาการ อาการง่วงซึม อ่อนเพลีย อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง และระบบทางเดินหายใจทำงานผิดปกติซึ่งสาเหตุของผลกระทบเหล่านี้เกิดจากคุณสมบัติของโคเดอีนและฤทธิ์ระงับประสาทของโปรเมทาซีน และอาจรวมถึงสารชนิดอื่นที่ผสมเข้าไป เช่น โอปิออยด์ ในแง่ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์พบว่าผู้ใช้ลีนมีความสามารถในการตัดสินใจลดลง อาจมีความสับสนและอารมณ์แปรปรวนอย่างรุนแรง ในบางกรณีอาจเห็นภาพหลอนหรือภาพลวงตาหรือการได้ยินที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงด้านความเสี่ยงต่อสุขภาพในระยะยาว มีข้อมูลยืนยันว่าลีนมีผลเสียหายของตับเนื่องจากการใช้ลีนอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อความสามารถในการล้างพิษของร่างกาย การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ รวมถึงภาวะพิษเฉียบพลัน เช่น การกดระบบการหายใจ (Respiratory Depression) ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (Palamar, 2019 และ Ware, 2023)

บุหรี่ไฟฟ้าก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญในหลายระบบของร่างกาย โดยมีสาเหตุหลักมาจากละอองลอยที่ผู้สูบสูดดมเข้าไป ซึ่งประกอบด้วยสารเคมีอันตราย นิโคติน และสารปรุงแต่งต่างๆ บุหรี่ไฟฟ้ามีผลต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด สมองและสุขภาพจิต ละอองลอยจากบุหรี่ไฟฟ้าไม่เพียงเป็นอันตรายต่อผู้สูบ แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้อื่นในลักษณะของละอองลอยมือสองที่ถูกสูดดมเข้าไปโดยตรง และละอองลอยมือสามซึ่งเป็นสารเคมีอันตรายที่ตกค้างตามพื้นผิวต่างๆ เช่น เฟอร์นิเจอร์ เสื้อผ้า และของเล่น ซึ่งสามารถเข้าสู่ร่างกายผ่านการหายใจ การสัมผัส หรือการกลืนส่วนลีน แม้ข้อมูลการวิจัยมีจำกัด แต่ข้อมูลที่มีอยู่ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่อันตรายต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อันเนื่องมาจากส่วนผสมหลักอย่างโคเดอีนและโปรเมทาซีน

บทสรุป

บทความวิชาการนี้ได้อภิปรายถึงสถานการณ์และผลกระทบทางสุขภาวะของบุหรี่ไฟฟ้าและลีนซึ่งเป็นปรากฏการณ์ยาเสพติดรูปแบบใหม่ที่กำลังทวีความรุนแรงและกลายเป็นความท้าทายที่สำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรเด็กและเยาวชน การทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนไทยอยู่ในระดับวิกฤตโดยมีอัตราความชุกของการใช้งานสูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลกซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยร่วมหลายประการ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดคือ อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งมีนัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจเริ่มต้นและใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือ การเข้าถึงอุปกรณ์ที่ง่ายดายผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งทำให้มาตรการทางกฎหมายในการห้ามนำเข้าและจำหน่ายขาดประสิทธิภาพ และประการสุดท้ายคือ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของเยาวชนเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า ในขณะเดียวกัน แม้การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ลีน ในบริบทสังคมไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด แต่ข้อมูลจากต่างประเทศได้สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การแพร่กระจายผ่านวัฒนธรรมสมัยนิยม และปัจจัยเสริมด้านการเข้าถึงส่วนผสมที่ง่ายซึ่งเป็นสัญญาณเตือนถึงปัญหาสาธารณสุขที่อาจรุนแรงขึ้นในอนาคต ทั้งบุหรี่ไฟฟ้าและลีนมีผลกระทบทางสุขภาวะที่รุนแรงและซับซ้อน บุหรี่ไฟฟ้าไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อ ระบบทางเดินหายใจและหัวใจและหลอดเลือด แต่ที่น่ากังวลที่สุดสำหรับประชากรกลุ่มนี้ คือผลกระทบต่อการพัฒนาสมองและสุขภาพจิตซึ่งนิโคตินจะเข้าไปรบกวนการทำงานของสมองส่งผลระยะยาวต่อสมาธิ การเรียนรู้ และการควบคุมอารมณ์ ส่วนลีนนั้นมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง ซึ่งนอกจากจะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงจากการตัดสินใจที่บกพร่องแล้วยังมีความเสี่ยงรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ถึงแม้ว่าทั่วโลกอาจจะยังมิได้มีงานวิจัยติดตามผลทางสุขภาพในระยะยาว (เกินกว่า 3 ทศวรรษ) แบบที่มีการศึกษาในบุหรี่มวนเนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าและลีนเป็นยาเสพติดที่เพิ่งแพร่หลายได้ไม่นานนัก แต่หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีอยู่ในปัจจุบันมีน้ำหนักเพียงพอที่จะยอมรับได้ว่า ผลกระทบที่เกิดกับสุขภาพกาย เช่น โรคปอดอักเสบรุนแรง และ ระบบประสาทและความเสียหายต่อสุขภาพจิตในระยะยาวเป็นสิ่งที่ได้รับการพิสูจน์แล้วในทางคลินิก การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าและลีนในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทยเป็นปัญหาวิกฤตที่ต้องการการตอบสนองอย่างเร่งด่วนและบูรณาการ ข้อค้นพบจากบทความนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการทบทวนและบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายให้เข้มงวด โดยเฉพาะการควบคุมการซื้อขายผ่านช่องทางออนไลน์ ควบคู่ไปกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่ถูกต้องและทันต่อสถานการณ์ เพื่อป้องกันเยาวชนจากผลกระทบทางสุขภาวะที่อาจเกิดขึ้นอย่างถาวรในระยะยาว การเพิกเฉยต่อปัญหานี้ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อตัวเยาวชนเป็นรายบุคคล แต่ยังจะกลายเป็นภาระหนักของสังคมและระบบสาธารณสุขของประเทศในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการเด็กและเยาวชน. (2568). *รายงานสรุปผลข้อมูลสมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ปี พ.ศ.2568.* (เอกสารอัดสำเนา).

กรมควบคุมโรค. (2567). *ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า.* กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). *กรม สบส. เผยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนไทย และพบความเข้าใจผิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เลิกบุหรี่มวนได้สูงถึง ร้อย 61.23.* https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=6024

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2568). *สบส. เผยผลสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบนักสูบรายใหม่อายุต่ำสุดเพียง 6 ปี – สาเหตุหลักเพื่อนชวน*. ข่าวประชาสัมพันธ์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กระทรวงพาณิชย์. (2557). *ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากู่และบารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557.* ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม131ตอนพิเศษ 268 ง หน้า1.

กนิษฐา ไทยกล้า. (2566). ค็อกเทลยาเสพติดบนสื่อสังคมออนไลน์. *วารสารสำนักงาน ป.ป.ส., 39*(1).

ก่อกุศล บุญสนอง. (2568). ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความสำเร็จในการบำบัด ในวัยรุ่นตำบลอินทร์แปลง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 10*(1), 123.

คณะกรรมาธิการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส และความหลากหลายทางสังคม วุฒิสภา. (2568). *รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมาธิการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส และความหลากหลายทางสังคม วุฒิสภา เรื่อง “พลังเครือข่ายความร่วมมือ: บทบาท หน้าที่ และมาตรการเชิงรุก 5 ปี เพื่อหยุดวิกฤตบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนไทย”.* วุฒิสภา.

คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. (2558*). คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ 9/2558 เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามให้บริการสินค้า “บารากู่ บารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู่ น้ำยาสำหรับเติมบารากู่ ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า.* ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม132 ตอนพิเศษ 23 ง หน้า9.

จุฑามาศ มณีกุล. (2566). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดฉะเชิงเทรา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยบูรพา.

ไพฑูรย์ สอนทน, นฤมล จันทร์มา, และอัมพร สอนทน. (2565). *ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้กัญชา และการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเพชรบูรณ์.* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.

มานพ คณะโต, พูนรัตน์ ลียติกุล และ รังสิยา วงศ์อุปปา. (2567). *รายงานการสังเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.

วิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ. (2566). *สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2565*. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). (2566). บุหรี่ไฟฟ้ามีสารพิษ เสพติด อันตราย: "คนไทยไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า". *วารสารก้าวทันวิจัยกับศจย., 15*(2). https://www.tcitha.org/index.php/research-library/magazine/item/627-15-2-ecig

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2568). *ข้อเสียบุหรี่ไฟฟ้า.* https://www.trc.or.th/th/ข่าวสาร/ข้อเสียบุหรี่ไฟฟ้า.html

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2566). *สบยช. ห่วง"ค็อกเทลยาเสพติด"ระบาดในกลุ่มวัยรุ่น.* https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3607&Itemid=159

สุรีย์รัตน์ ยอดเทพ (2567). *รายงานการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานพยาบาลจังหวัดบึงกาฬ.* บึงกาฬ: หน่วยงานในจังหวัดบึงกาฬ.

สำนักข่าว Hfocus. (2568). *สำนักงานสถิติฯเผยปี 67 คนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 11.44 เท่า สสส.ยัน 5 มาตรการป้องกัน.* https://www.hfocus.org/content/2025/06/34426

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567.* กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Action on Smoking and Health. (n.d.). *E-cigarettes briefing*. https://ash.org.uk/uploads/E-Cigarettes-Briefing_PDF_v1.pdf

American Nonsmokers' Rights Foundation. (2025). *Electronic smoking devices and secondhand aerosol.* https://no-smoke.org/electronic-smoking-devices-secondhand-aerosol/

American Thoracic Society. (2025). *What are second and third-hand smoke and vaping aerosols?.* https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/second-hand-smoke.pdf

Centres for Disease Control and Prevention. (2025). *About e-cigarettes (vapes). U.S. Department of Health and Human Services.* https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/about-e-cigarettes.html

Chen, J., Densham, E., van der Meulen, M., & Siddiqi, K. (2022). Exposure to electronic cigarette advertising and susceptibility to e-cigarette use among non-smoking youth: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control, 31*(e1), e77–e86. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056795

Golder, S., Hartwell, G., Barnett, L. M., Pleace, N., & Wollny, I. (2024). E-cigarette use and the gateway to cigarette smoking: a systematic review of the literature on the mediating and moderating role of risk factors. *Tobacco Control. Advance online publication*. https://doi.org/10.1136/tc-2024-059219

Goriounova, N.A. and Mansvelder, H.D. (2012). 'Short- and long-term consequences of nicotine exposure during adolescence for prefrontal cortex neuronal network function'. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine, 2*(12), a012120. doi: 10.1101/cshperspect.a012120.

Jerzynski, T., & Stimson, G. V. (2021). *Estimation of the global number of vapers: 82 million worldwide in 2021. Knowledge-Action-Change*. https://gsthr.org/resources/item/estimation-global-number-vapers-2021/.

National Cancer Institute. (2025). *Electronic cigarette.* https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/electronic-cigarette

National Institute on Drug Abuse (2020). *Vaping Devices (Electronic Cigarettes) Drug Facts.* https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/vaping-devices-electronic-cigarettes

Palamar, J. J. (2019). Use of “Lean” among electronic dance music party attendees**.** *The American Journal on Addictions, 28*(5), 347–352. https://doi.org/10.1111/ajad.12897

United Recovery Project. (2025). *What you can expect from our luxury addiction treatment*. https://unitedrecoveryproject.com/about-our-programs/

Vandelaer, J. (2023). *E-cigarettes contain hazardous substances, addictive and harmful***.** World Health Organization. https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/e-cigarettes-contain-hazardous-substances--addictive-and-harmful

Ware, O. D. (2021). 'Lean/Sizzurp Ingredients, Use, and Coping With Mental Health Symptoms'. *Journal of Psychoactive Drugs, 53*(2), 161–167. https://doi.org/10.1177/11782218231195226

Ware, O. D., Garcia-Romeu, A., Zamarripa, C. A., Hughes, T., Wager, L., & Spindle, T. R. (2024). Codeine and promethazine: Exploratory study on “lean” or “sizzurp” using national survey data and an online forum*. PLoS ONE, 19*(3), e0301024. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301024

World Health Organization (WHO). (2021). *Tobacco and its environmental impact: An overview*. WHO Press.

รูปแบบการพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมระบบบริการสุขภาพและสังคม ผ่าน Platform Social Telecare

เยาวเรศ คำมะนาด[1] และระพีพรรณ คำหอม[2]
Yaowaret Khammanat[1] and Rapeepan Kumhom[2]
Correspondence: yaowaretmaw@gmail.com

(Received: September 9, 2025 Revised: December 9, 2025 Accepted: December 18, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) พัฒนา Platform Social Telecare (PST) สำหรับการติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases-NCDs) 2) ส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในการ ออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม และ 3) พัฒนาข้อเสนอระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลองกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย NCDs จำนวน 3,477 ราย ในโรงพยาบาล 8 แห่ง ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนา Platform Social Telecare (PST) ช่วยติดตามและจำแนกระดับความรุนแรงของปัญหาสังคมในผู้ป่วย NCDs ได้อย่างเป็นระบบ จากข้อมูล 13,419 ปัญหา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (57.29%) ปัญหาที่พบบ่อยคือการเงิน ภาระการดูแล และอุปสรรคต่อการรักษา ช่วยให้ทีมสุขภาพวางแผนช่วยเหลือได้ตรงจุดและครอบคลุมทุกมิติ และยังสนับสุนนระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาล จากนโยบาย การปรับอัตราค่าบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2568 ช่วยเพิ่มบทบาทบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยจากระบบ Social Telecare พบการให้บริการ 11,738 ครั้ง คิดเป็นมูลค่า 6,027,880 บาท เฉลี่ย 513 บาทต่อครั้ง ส่วนใหญ่เป็นบริการหลัก เช่น การวินิจฉัยปัญหาสังคมและการให้คำปรึกษา ส่วนผลการส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในการออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม พบว่า PST สนับสนุนกระบวนการทำงานสังคมสงเคราะห์ด้านสุขภาพได้ตามมาตรฐานและสามารถเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพกับบริการสังคมผ่าน Application Programming Interface-API ระหว่าง Hospital Information eXtreme Platform - HOSxP กับ A-MED Home Ward ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน และเพิ่มคุณภาพการดูแล มีการเรียกใช้งาน API สะสมรวม 12,445 ครั้ง และ การพัฒนาข้อเสนอระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจำหน่าย พบว่า บริการเชิงรุกอย่างการเยี่ยมบ้านมีสัดส่วนต่ำ ซึ่งกิจกรรมนี้มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเปราะบาง เนื่องจากข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง ด้านบริบทพื้นที่ การเดินทาง และทักษะดิจิทัลของผู้ให้บริการ ทำให้การเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่องทำได้จำกัด

[1] สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
[2] ศาสตราจารย์, กรรมการสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์
[1] Central Chest Institute of Thailand
[2] Professor, Social Work Professional Council Committee

ข้อเสนอจากงานวิจัย เสนอให้พัฒนา Platform Social Telecare (PST) เป็นโครงสร้างหลักในการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยบูรณาการข้อมูล HOSxP และ A-MED ผ่าน API ใช้เครื่องมือประเมินสังคม–ครอบครัวอย่างเป็นระบบ และติดตามผลลัพธ์เชิงสังคมผ่าน dashboard ควบคู่การคุ้มครองข้อมูลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 (Personal Data Protection Act: PDPA) ทั้งระดับนโยบายและปฏิบัติการ เพื่อยกระดับการเยี่ยมบ้าน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยเปราะบางในอนาคต

คำสำคัญ: Platform Social Telecare, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs), ผู้ป่วยเปราะบาง, เทคโนโลยีดิจิทัล, การดูแลทางสังคม

Abstract

This research aimed to: (1) develop a Platform Social Telecare (PST) for monitoring and providing care for vulnerable patients with non-communicable diseases (NCDs); (2) promote the use of health information systems for designing appropriate health services; and (3) develop policy and operational proposals for a home-visit follow-up system to enhance social care and quality of life among patients after hospital discharge.

A quasi-experimental research design was conducted with a sample of 3,477 NCD patients from eight hospitals. The findings indicated that the development of the Platform Social Telecare (PST) enabled systematic monitoring and classification of the severity of social problems among NCD patients. From a total of 13,419 identified social problems, the majority were of moderate severity (57.29%). The most common problems included financial difficulties, caregiving burden, and barriers to treatment access. The platform supported multidisciplinary health teams in planning targeted and comprehensive interventions across medical and social dimensions.

In addition, the PST contributed to strengthening hospital financial sustainability in line with the 2025 Health Service Fee Schedule Policy, which enhanced the role of medical social work services. Data from the Social Telecare Platform showed 11,738 service visits, generating a total value of 6,027,880 baht, with an average of 513 baht per visit. Most services were classified as core activities, including social problem assessment and counseling.

Regarding the promotion of health information utilization for service design, the PST supported standardized holistic assessment and social diagnosis, and effectively integrated health information systems with social services through API linkages between HOSxP and the A-MED Home Ward system. This integration reduced duplication of work and improved the quality of care, with a cumulative total of 12,445 API calls recorded.

The development of proposals for a home-visit follow-up system revealed that proactive services such as home visits accounted for a relatively low proportion of service delivery, despite their critical importance for vulnerable patients. This limitation was attributed to constraints in workforce capacity,geographic context, transportation, and digital competencies of service providers, which restricted the continuity of home visits and follow-up care.

Based on these findings, the study recommends positioning the Platform Social Telecare (PST) as the core infrastructure for post-discharge patient follow-up. This includes integrating HOSxP and A-MED data through secure APIs, systematically applying social and family assessment tools, monitoring social outcomes via dashboards, and ensuring robust personal data protection in compliance with the Personal Data Protection Act (PDPA) at both policy and operational levels. These measures are expected to enhance home-visit services, reduce health and social inequities, and promote the sustainable care of vulnerable patients in the future.

Keywords: Platform Social Telecare, Non-communicable Diseases (NCDs), Vulnerable Patients, Digital Technology, Social Care

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) นับเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านอัตราการป่วย การเสียชีวิต และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มักมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบบริการสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) ได้คาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรโลกมากกว่า 23 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง โดยกว่าร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งต่อไปยังประชากรวัยแรงงานอายุ 15–64 ปีที่เป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ

ในประเทศไทย สถานการณ์ NCDs มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2558–2566 ชี้ให้เห็นว่า อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยรายใหม่ ปัญหาดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วย NCDs มีความซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากปัจจัยด้านพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง การขาดการออกกำลังกาย ตลอดจนปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ความเบื่อหน่ายในการใช้ยา ความกังวลด้านค่าใช้จ่าย การขาดโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ และข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ที่ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเผชิญ นอกจากนี้ การขาดระบบติดตามประเมินทางสังคมที่บูรณาการกับระบบสุขภาพยังเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนดูแลที่ครอบคลุม

เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายดังกล่าว สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ได้ร่วมกับคณะวิศวรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ภายใต้ทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พัฒนา Platform Social Telecare (PST) ในฐานะนวัตกรรมดิจิทัลที่บูรณาการระบบบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเข้าด้วยกัน โดยเริ่มนำมาใช้ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ผลจากการพัฒนาและการใช้ Platform Social Telecare ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 การพัฒนาและการใช้ **Platform Social Telecare** มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพและสังคม โดยช่วยขยายการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในพื้นที่ห่างไกล อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อน Platform Social Telecare ให้เป็นนวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลที่ยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพและสังคม ยังมีช่องว่างสำคัญที่ต้องศึกษาและพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ การบูรณาการและเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบสุขภาพหลัก เช่น HOSxP และ A-MED Home Ward อย่างเป็นรูปธรรม ขอบเขตและรูปแบบการใช้เทคโนโลยี eHealth และ AI ในงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ยังขาดความชัดเจน รวมถึงการขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และความคุ้มค่าของระบบในระยะยาว ช่องว่างดังกล่าวนำไปสู่โจทย์วิจัยด้านการพัฒนารูปแบบนวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลผ่าน Platform Social Telecare เพื่อสร้างเสริมระบบบริการสุขภาพและสังคม โดยมุ่งศึกษาการขับเคลื่อนกลไกเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ (Sandbox) การพัฒนาระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางหลังจำหน่าย และการได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง PST มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและสังคม การสนับสนุนการทำงานแบบสหวิชาชีพ การวางแผนฟื้นฟูแบบองค์รวม และการรายงานผล การบันทึก แสดงผล และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยทางสุขภาพและสังคมได้ทันทีตามเวลาจริง ตั้งแต่ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน การประเมินปัญหาทางสังคม ผลการฟื้นฟู ความเสี่ยง

และการส่งต่อบริการ โดยทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลเดียวกันพร้อมกัน ช่วยให้ตัดสินใจ วางแผนดูแล และปรับการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งช่วยให้ทีมสุขภาพและนักสังคมสงเคราะห์สามารถติดตามและดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

ดังนั้น การขยายผลและพัฒนาระบบ Platform Social Telecare จึงเป็นความจำเป็นและมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่มีจำนวนกว่า 15 ล้านคนทั่วประเทศ ไม่เพียงช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนในอนาคต ตลอดจนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการใช้แพลตฟอร์มดังกล่าวให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนในระบบสาธารณสุขไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนา Platform Social Telecare ในการติดตามดูแลทางสังคมกับผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs
2. เพื่อส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในการออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจำหน่าย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หมายถึง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและปัจจัยทางพฤติกรรมการดำเนินชีวิต มิได้เกิดจากการติดเชื้อหรือตัวนำโรค มีลักษณะการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ต่อเนื่อง และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม

Platform Social Telecare (PST) หมายถึง เป็นระบบดิจิทัลด้านสังคมสงเคราะห์ที่สนับสนุนนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง โดยผสานการประเมิน วางแผน บริการ และติดตามผลเข้ากับเทคโนโลยีสารสนเทศ PST มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ เครื่องมือออนไลน์ 39 รายการ ระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (e-Form, e-Report) การเชื่อมต่อกับ Telemedicine และ Hospital Information System-HIS เพื่อการส่งต่อข้อมูลสุขภาพและสังคม ลดความซับซ้อนการบริการ และสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงโรงพยาบาลทุกระดับ

คุณสมบัติสำคัญของ PST:

1) **เป็นเครื่องมือ:** ใช้ประเมินสุขภาพและสังคมแบบดิจิทัล
2) **พัฒนาเอกสารดิจิทัล:** เช่น e-Form, e-Document, และ e-Report
3) **เชื่อมโยงข้อมูล:** สามารถเชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) และ Telemedicine ได้
4) **รองรับการทำงานแบบครบวงจร:** ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย (Input) ไปจนถึงการปฏิบัติการ (Social Intervention) และการติดตามผล (Follow up)

ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลทางสุขภาพร่วมกับทางสังคมร่วมกัน ต้องการการสนับสนุนการปกป้องเพราะปัจจัยทางด้านอายุ ความพิการ ความเสี่ยงต่อการถูกกระทำ หรือถูกเพิกเฉย ระดับของความเปราะบางของแต่ละคนนั้นไม่เท่ากัน ได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
2. ผู้ป่วยคนพิการ
3. ผู้ป่วยสูงอายุ
4. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด
5. ผู้ป่วย Intermediate Care
6. ผู้ป่วย LTC (Long-Term Care)
7. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)

ในที่นี้ ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่งเกณฑ์ ดังนี้

1. มีปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมร่วมกันและส่งผลกระทบให้ไม่สามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ความพิการ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล เข้าไม่ถึงระบบบริการ มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว

2. ผู้ป่วยที่ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

3. กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ต้องมีทีมสหวิชาชีพมาบูรณาการแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เทคโนโลยีดิจิทัล หมายถึง เครื่องมือและระบบเครือข่ายสารสนเทศที่ใช้ในการจัดเก็บ เชื่อมโยง และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพเชิงสังคม เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยผ่านระบบทางไกล (Telecare) และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ ดังนี้

-การเชื่อมโยง (Connectivity): เน้นการส่งต่อข้อมูลระหว่าง HOSxP และแพลตฟอร์มต่างๆ

-การเข้าถึง (Accessibility): เน้นการทลายกำแพงระยะทางสำหรับผู้ป่วยเปราะบาง

-ประสิทธิภาพ (Efficiency): เน้นการใช้ e-Form และ e-Report เพื่อลดความซ้ำซ้อนของงานสังคมสงเคราะห์

การดูแลทางสังคม หมายถึง ระบบที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือ ปกป้อง คุ้มครอง พิทักษ์สิทธิ เสริมพลัง และให้ความรู้สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติการการดูแลทางสังคมในระบบแพทย์ทางไกลที่สนับสนุนส่งเสริมระบบบริการดูแลทางสังคมในคลินิกสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. นำ Platform Social Telecare เสนอต่อหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำไปใช้เชื่อมโยงกับระบบปฏิบัติการต่างๆของโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการติดตามดูแลทางสังคมกับผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs

2. ส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในการออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs

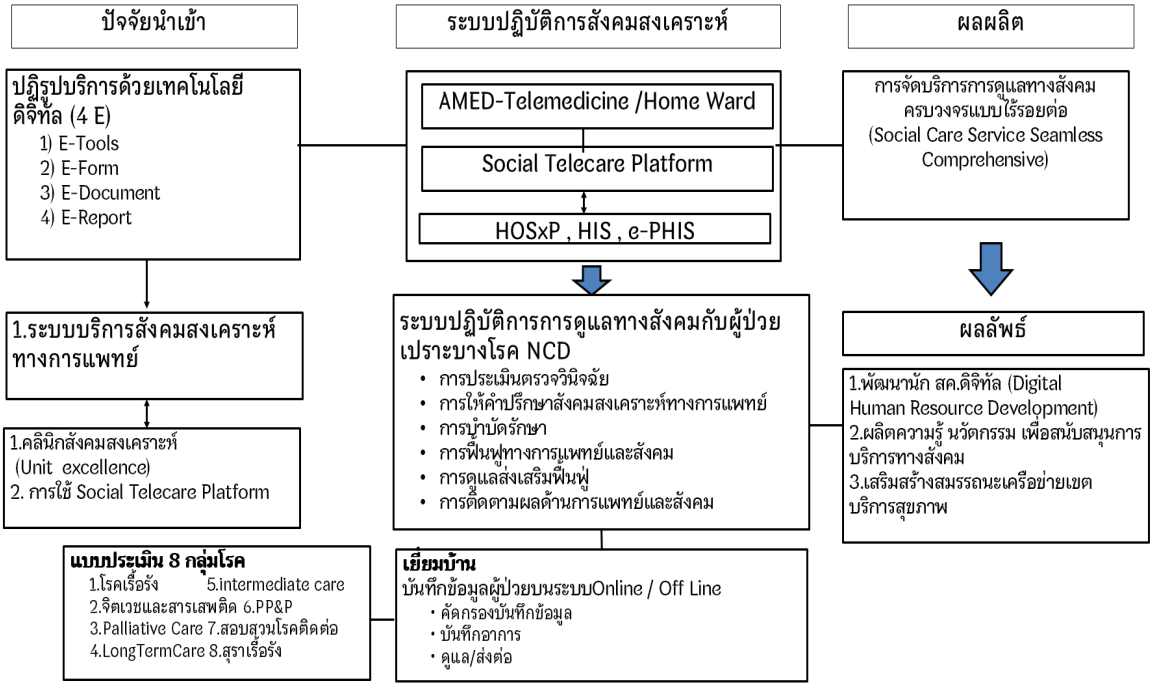
3. พัฒนาข้อเสนอ Platform Social Telecare ระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางหลังจำหน่ายของนักสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของ PST ที่เชื่อมโยงกับ A-MED HOME WARD ในการดูแลผู้ป่วย NCDs กลุ่มเปราะบาง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย NCDs จำนวน 3,600 คน จาก 8 โรงพยาบาล ได้แก่ รพ.อุทัยธานี รพร.กุฉินารายณ์ สถาบันโรคทวงอก รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ รพ.ดำเนินสะดวก รพ.ขอนแก่น รพ.ยะลา รพ.นพรัตนราชธานี และกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 49 คน และทีมสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน จาก ใช้งาน PST จาก 13 เขตสุขภาพ

เครื่องมือหลักในการวิจัยคือ Platform Social Telecare ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือทางสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพจำนวน 39 เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว การเก็บข้อมูลดำเนินการตลอด 12 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ส.ค. 2567 ถึง 30 มิ.ย. 2568 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประสานงาน การเก็บข้อมูลการใช้งาน PST-การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบ และการติดตามประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการควบคุมคุณภาพข้อมูลอย่างเคร่งครัด โครงการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการศึกษา



10

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนา Platform Social Telecare ในการติดตามดูแลทาง สังคมกับผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs

การพัฒนา Platform Social Telecare ในการติดตามดูแลทาง สังคมกับผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs พบว่า นำไปติดตามกการดูแลทางสังคม และนำข้อมูลจาก Platform Social Telecare จำแนกระดับความรุนแรงของปัญหาทางสังคมในผู้ป่วย NCDs จำนวน 13,419 กรณีมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ผ่าน Platform Social Telecare (PST) ซึ่งช่วยให้ทีมแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้ครบทุกด้าน เช่น ความยากจน การขาดคนดูแล และปัญหาครอบครัวที่ส่งผลต่อสุขภาพและการรักษา ระบบ PST จำแนกความรุนแรงของปัญหาทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ สีเขียว สีเหลือง และสีแดง เพื่อให้ทีมผู้ดูแลสามารถวางแผนการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงจุด ซึ่งผลการประเมินความรุนแรงของปัญหาสังคมในผู้ป่วย 3,744 รายในตารางที่ 4 พบว่า ปัญหาสังคมส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับปานกลาง (สีเหลือง) คิดเป็นร้อยละ 57.29 ตามมาด้วยระดับไม่รุนแรง (สีเขียว) คิดเป็นร้อยละ 41.99 และมีเพียงร้อยละ 0.72 ที่ประเมินว่าเป็นปัญหาที่รุนแรงมาก (สีแดง)

ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย NCDs ที่พบบ่อย

จากการศึกษาข้อมูลจำนวน 3,477 ราย มีปัญหาทางสังคม รวม 13,419 ปัญหา**(** ผู้ป่วย1 คน มีปัญหาร่วมหลายปัญหา) พบว่า ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย NCDs ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเกิดขึ้นพร้อมกัน โดยปัญหาที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการเงิน (ร้อยละ 15.57%) ซึ่งสะท้อนถึงความยากลำบากทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ปัญหาการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการ/ผู้สูงอายุในครอบครัว (ร้อยละ 13.03%) ที่แสดงถึงภาระของผู้ดูแลและการขาดระบบสนับสนุนที่เพียงพอ และปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษา (ร้อยละ 12.41%) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การเดินทางและความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด ในขณะที่ปัญหาที่พบน้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ ปัญหาการศึกษา (ร้อยละ 2.20) ปัญหาความเชื่อ/วัฒนธรรม/การเมือง (ร้อยละ 2.30) และปัญหาทางกฎหมาย (ร้อยละ 2.38**)** ซึ่งอาจสะท้อนว่ากลุ่มเป้าหมายไม่ใช่ช่วงวัยเรียน หรือเป็นปัญหาที่ยังไม่เร่งด่วนเท่ากับปัจจัยด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ

ตารางที่ 3 ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs (ผู้ป่วย1 คน มีปัญหาร่วมหลายปัญหา)

ปัญหาทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาการเงิน	2,090	15.57
ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย/ ผู้พิการ/ ผู้สูงอายุในครอบครัว	1,748	13.03
ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย	1,665	12.41
ปัญหาการประกอบอาชีพ	1,449	10.80
ปัญหาที่อยู่อาศัย / สภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ	782	5.83
ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ	661	4.93
ปัญหาระหว่างบิดา มารดา บุตร	648	4.83
ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว	601	4.48
ปัญหาคู่สมรสและการครองเรือน	554	4.13
ปัญหาทางเพศ	552	4.11
ปัญหาสารเสพติด / สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	470	3.50

ปัญหาทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาที่เกิดจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว	451	3.36
ปัญหาที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมปัญหาอื่น ๆ เกี่ยวกับสภาวะทางจิตและสังคม	426	3.17
ปัญหาความรัก	399	2.97
ปัญหาทางกฎหมาย	320	2.38
ปัญหาความเชื่อ วัฒนธรรม และการเมือง	308	2.30
ปัญหาการศึกษา	295	2.20
รวม	13,419	100.00

จากการศึกษาข้อมูลจำนวน 3,477 ราย มีปัญหาทางสังคม รวม 13,419 ปัญหา (ผู้ป่วย1 คน มีปัญหาร่วมหลายปัญหา) มีการจัดระดับความรุนแรงเป็นรายบุคคล พบว่า **การจัดระดับความรุนแรงของปัญหาผู้ป่วย NCDs** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สีเขียว (ไม่รุนแรง)-สีเหลือง (ปานกลาง) และสีแดง (รุนแรงมาก) โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงที่ไม่รุนแรง (สีเขียว) ร้อยละ 41.99 และปานกลาง (สีเหลือง) ร้อยละ 57.29 ซึ่งสะท้อนถึงการกระจายของปัญหาผู้ป่วยที่ยังสามารถจัดการได้ในบางกรณี ในขณะที่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 0.72 เท่านั้นที่มีความรุนแรงสูง (สีแดง) ซึ่งอาจหมายถึงปัญหาที่เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น การขาดแคลนทรัพยากรหรือการเข้าถึงการดูแลที่ไม่เหมาะสม ถึงแม้จะมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่ำ

ตารางที่ 4 ระดับความรุนแรงของปัญหาสังคมของผู้ป่วยเปราะบางกลุ่มโรค NCDs

ระดับความรุนแรง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สีเขียว (ปัญหาไม่รุนแรง)	1,572	41.99
สีเหลือง (ปัญหาปานกลาง)	2,145	57.29
สีแดง (ปัญหารุนแรงมาก)	27	0.72
รวม	**3,744**	**100.00**

4. การจัดบริการทางสังคมและค่าบริการ

ตามประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2568 ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างค่าบริการให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพแบบองค์รวมและบริการสุขภาพเชิงรุก โดยให้ความสำคัญกับบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งหน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่าบริการจากสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ได้กิจกรรมที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ครอบคลุมหลายด้าน เช่น การประเมินปัญหาสังคม การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น โดยอัตราค่าบริการจะขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของปัญหาและระยะเวลาในการดูแล

จากการบันทึกข้อมูลผ่านแพลตฟอร์ม Social Telecare พบว่า การให้บริการทั้งหมด 11,738 ครั้ง (visit) มีค่าบริการกิจกรรมสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์รวมทั้งสิ้น 6,027,880 บาท คิดเป็นค่าเฉลี่ย 513 บาทต่อครั้ง (visit) โดยสามารถแบ่งกลุ่มกิจกรรมตามสัดส่วนการจัดเก็บเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มบริการหลัก (ร้อยละ 86.63) ซึ่งประกอบด้วยการวินิจฉัยปัญหาสังคม (การศึกษาข้อเท็จจริงเพื่อให้ได้ข้อมูลประวัติบุคคล ประวัติครอบครัว สิ่งแวดล้อม ชุมชนใช้หลักการ

วินิจฉัยทางสังคมตามแบบบัญชีปัญหาทางสังคม) (ร้อยละ 48.03) การให้การปรึกษาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (เป็นการนำการให้การปรึกษา แก้ไขหรือบรรเทาปัญหาทางสังคม ของผู้ป่วย ให้สามารถแก้ไขปัญหาดูแลตนเองและมีสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับบุคคลอื่น ตลอดจนทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ) (ร้อยละ 19.60) และการให้การปรึกษาบุคคล (ร้อยละ 19.00) กลุ่มบริการรอง (มูลค่าปานกลาง) มีการเสริมพลังอำนาจ (การเสริมสร้างความสามารถของบุคคล การมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและสถานการณ์ของการดำเนินชีวิต) (ร้อยละ 2.71) และการให้คำปรึกษาครอบครัว (ร้อยละ 2.67) เป็นต้น ส่วนกลุ่มบริการเชิงรุก/ต่อเนื่อง (มูลค่าต่ำกว่าร้อยละ 1) รวมถึงการบำบัดทางสังคมบุคคล (ร้อยละ 0.76) และการเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 0.15) แม้มีมูลค่าต่ำ แต่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเปราะบางและส่งเสริมการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน

ตารางที่ 5 ค่าบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่มีต้นทุนบริการและเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ (บาท)

กิจกรรมบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	รวมค่าบริการ(บาท)	ร้อยละ
การวินิจฉัยปัญหาสังคม	2,895,200	48.03
การให้การปรึกษาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	1,181,200	19.60
การให้การปรึกษาบุคคล	1,145,300	19.00
การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)	163,500	2.71
การให้คำปรึกษาครอบครัว	160,700	2.67
การประเมินปัญหาทางสังคมและความพร้อมของ ผู้ป่วย ครอบครัว ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	155,000	2.57
การบำบัดทางสังคมกลุ่ม	78,300	1.30
การวินิจฉัยปัญหาทางสังคมกลุ่มเฉพาะ	69,570	1.15
การสนับสนุนทางสังคม(social Support)	65,670	1.09
การบำบัดทางสังคมบุคคล	46,050	0.76
การจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพ กาย จิต สังคม และฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในในชุมชน	24,000	0.40
การให้การปรึกษากลุ่ม	21,600	0.36
การเยี่ยมบ้าน	9,110	0.15
การให้คำปรึกษาทางสังคมสงเคราะห์ โดย ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	4,400	0.07
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมบุคคล	3,150	0.05
การจัดการรายกรณี (Case Management)	1,750	0.03

กิจกรรมบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	รวมค่าบริการ(บาท)	ร้อยละ
ติดตามผลประเมินคุณภาพชีวิต และติดตามประเมินปัญหาทางสังคม ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ และการฟื้นสภาพ (Recovery) ผู้ป่วยหลังจำหน่าย	1,400	0.02
กลุ่มจิตบำบัดทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด	1,280	0.02
การเตรียมทักษะทางสังคมก่อนส่งไปสถานสงเคราะห์	700	0.01
รวม	6,027,880	100.00

การวิเคราะห์ตารางไขว้ระหว่างความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของปัญหา สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหา เช่น การเจ็บป่วยซ้ำ สุขภาพจิต และการใช้สารเสพติด พบในกลุ่มทุกระดับ แต่เฉพาะกลุ่มสีแดงยังมีความเสี่ยงด้านครอบครัว การถูกทอดทิ้ง และการถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งแสดงถึงความเปราะบางทางสังคมในระดับลึกการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงของผู้ป่วย NCDs

จากการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ด้วยเครื่องมือ S.D.M.A.(Social Diagnosis and Management Assessment) บนแพลตฟอร์ม Social Telecare พบว่า ความเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดคือ การเจ็บป่วยซ้ำ ซึ่งพบในกลุ่มสีเขียวและเหลือง คิดเป็นร้อยละ 28.65 และสะท้อนถึงความเปราะบางทางสุขภาพที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง

กลุ่มสีเหลืองและแดง ปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวช พบสูงในกลุ่มสีเหลือง คิดเป็นร้อยละ 15.19 ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ การใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 12.83 ซึ่งพบในทั้งสามกลุ่มแต่เด่นชัด ต้องการการประเมินและการวางแผนการรักษาที่มีมิติทางสังคมร่วมด้วย

ในกลุ่มสีแดง (รุนแรง) ปัญหาครอบครัว พบในร้อยละ 17.76 และ การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 8.79 ซึ่งสะท้อนถึงการที่ปัญหาครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วย ขณะเดียวกัน การถูกทอดทิ้งหรือไม่ยอมรับจากญาติ คิดเป็นร้อยละ 8.45 และ การถูกเลือกปฏิบัติทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 2.07 เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเปราะบางทางสังคมที่ต้องได้รับการตอบสนองอย่างเร่งด่วน

ความเสี่ยงที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ การทำแท้ง/ทอดทิ้งบุตร คิดเป็นร้อยละ 2.15, การถูกล่วงละเมิดหรือค้ามนุษย์ คิดเป็นร้อยละ 1.07, และ การถูกเลือกปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 0.48 ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและมักไม่ถูกเปิดเผย จึงต้องการการดูแลและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการจัดการ

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์แบบตารางไขว้ระหว่างประเภทความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กับระดับความรุนแรงของปัญหาทางสังคม(ผู้ป่วย 1คน มีความเสี่ยงและเสี่ยงหลายข้อ)

ประเด็นความเสี่ยง	ระดับความรุนแรงของปัญหาทางสังคม N=3,744 คน			รวม
	สีเขียว	สีเหลือง	สีแดง	
การเจ็บป่วยซ้ำ (n=3911 ครั้ง)	41.57	23.36	22.07	28.65
ปัญหาสุขภาพจิต /จิตเวช (n=2073 ครั้ง)	9.21	17.97	12.93	15.19
การติดสารเสพติด /เสพซ้ำ (n=1751 ครั้ง)	8.16	14.80	14.14	12.83
ปัญหาครอบครัว (n=1507)	8.99	11.52	17.76	11.04

ประเด็นความเสี่ยง	ระดับความรุนแรงของปัญหาทางสังคม N=3,744 คน			รวม
	สีเขียว	สีเหลือง	สีแดง	
การทำร้ายผู้อื่น (n=839)	7.22	5.89	2.76	6.15
การหลบหนี /ปฏิเสธการรักษา (n=783)	6.99	5.25	4.66	5.74
การรับและแพร่เชื้อ HIV (n=763)	5.69	5.79	1.72	5.59
การฆ่าตัวตาย (n=710)	6.99	4.68	1.03	5.20
การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม (n=543)	2.92	4.04	8.79	3.91
การทำแท้ง /ทอดทิ้งบุตร (n=293)	1.30	2.53	2.07	2.15
ถูกญาติทอดทิ้ง /ไม่ยอมรับ (n=275)	0.37	2.33	8.45	2.01
ถูกล่วงละเมิด /ค้ามนุษย์ (n=146)	0.45	1.31	1.55	1.07
ถูกเลือกปฏิบัติ /ไม่เป็นธรรม (n=66)	0.12	0.54	2.07	0.48
รวม	**100.00**	**100.00**	**100.00**	**100.00**

2. Platform Social Telecare และส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในการออกแบบบริการสุขภาพ

PST ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาความซ้ำซ้อนของข้อมูลกระดาษและช่องว่างการทำงานระหว่างหน่วยงาน ระบบออกแบบมาให้ป้อนข้อมูลครั้งเดียวแต่ใช้ประโยชน์ได้หลายมิติ ประกอบด้วย e-Tool 39 รายการ ระบบติดตาม ระบบส่งต่อแบบเรียลไทม์ และรองรับทีมสหวิชาชีพ 26 สาขา

ระบบเชื่อมโยงข้อมูลกับ HIS ต่างๆ โดยเฉพาะ HOSxP และ A-MED Home Ward ผ่าน API โดยใช้ Citizen ID (CID) เป็นคีย์หลัก สร้างผลลัพธ์เชิงปฏิบัติที่ชัดเจน ได้แก่ ลดระยะเวลาการส่งต่อข้อมูลจาก 3-5 วันเหลือ ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ลดการคีย์ข้อมูลซ้ำซ้อนจากเฉลี่ย 2.3 ครั้งต่อผู้ป่วยเหลือ ต่ำกว่า 0.5 ครั้ง และมีการเรียกใช้งาน API สะสม 12,445 ครั้ง (มิ.ย. 67 - มิ.ย. 68)

2. การใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อออกแบบบริการ

การใช้งาน API ภายในระบบ PST มีการบันทึกการเรียกใช้ทั้งหมด **11,757 ครั้ง** แบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังตาราง

ตารางที่ 1 การใช้งาน API ภายในระบบ Social Telecare จำแนกตามประเภทการใช้งาน

ประเภทการใช้งาน	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ดึงข้อมูลผู้ป่วย	3,628	30.83
ดึงข้อมูลผลการประเมิน	3,595	30.57
เพิ่มผู้ป่วยใหม่	1,954	16.62
ดึงข้อมูลแบบประเมิน	1,400	11.9
เพิ่มผู้ใช้งาน	1,174	9.98
รวม	**11,757**	**100**

3. การใช้งานเครื่องมือใน PST

ในงานวิจัยนี้ได้มีการใช้เครื่องมือทั้งหมด 39 เครื่องมือ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพ เครื่องมือเหล่านี้ถูกออกแบบมาเพื่อประเมินและจัดการปัญหาทางสังคม สุขภาพจิต และความพร้อมของครอบครัว รวมถึงการประเมินทักษะการทำงานและการปรับตัวทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจและวินิจฉัยสถานการณ์ของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและละเอียด โดยเครื่องมือเหล่านี้มีการใช้งานในสัดส่วนที่แตกต่างกันไป ตามลำดับความสำคัญและความจำเป็นในการประเมินในแต่ละด้านดังนี้

(1) เครื่องมือทางสังคมสงเคราะห์

เครื่องมือที่ได้รับการใช้มากที่สุดในกลุ่มนี้คือ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัยและจัดการทางสังคม (S.D.M.A.) โดยมีการใช้ถึง 3,744 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินและจัดการปัญหาทางสังคมในงานวิจัยนี้ รองลงมาคือ เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment-F.R.A.) ซึ่งมีการใช้งาน 3,018 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 80.6 ส่วน แบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคม (Prevocational and Social Skill Assessment.- P.S.S.A.) และ แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลทางสังคม มีการใช้ต่ำที่สุด โดย P.S.S.A. ใช้เพียง 15 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.4 และ แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลทางสังคม ใช้แค่ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.1

(2) เครื่องมือทางสหวิชาชีพด้านสุขภาพ

ในกลุ่มเครื่องมือทางสหวิชาชีพ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living-ADL) เป็นเครื่องมือที่ใช้มากที่สุด โดยมีการใช้ 34 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.9 รองลงมาคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q9Q8Q) และแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ฉบับสวนดอก) ที่ใช้เพียง 15 ครั้ง และ 11 ครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.4 และ 0.3 ส่วน การทำผังครอบครัว / แผนที่สังคม / Life Time Map เป็นเครื่องมือที่ใช้ต่ำที่สุดในกลุ่มนี้ โดยมีการใช้เพียง 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้งานเครื่องมือใน Platform Social Telecare

รายการเครื่องมือ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
เครื่องมือทางสังคมสงเคราะห์		
เครื่องมือประเมิน วินิจฉัยและจัดการทางสังคม (S.D.M.A.)	3,744	100.00
เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (F.R.A.)	3,018	80.6
แบบประเมินตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย	1,002	26.8
เครื่องมือประเมินการดูแลสุขภาพจิตตนเอง (M.H.S.C.A.)	296	7.9
แบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคม (P.S.S.A.)	15	0.4
แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลทางสังคม	3	0.1
เครื่องมือทางสหวิชาชีพด้านสุขภาพ		
แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL)	34	0.9
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q9Q8Q)	15	0.4
แบบประเมินความเครียด (ST-5)	10	0.3
แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ฉบับสวนดอก)	11	0.3
การทำผังครอบครัว / แผนที่สังคม / Life Time Map	6	0.2

ผลสรุปข้อเสนอระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจำหน่าย มีดังนี้

จากการวิเคราะห์ กิจกรรมบริการของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจำหน่าย พบว่า มีเพียงร้อยละ 5.34 กิจกรรมบริการได้แก่ จัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพ กาย จิต สังคม และฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในในชุมชน ร้อยละ 0.59 การเยี่ยมบ้าน ร้อยละ0.69 ติดตามผลประเมินคุณภาพชีวิต และติดตามประเมินปัญหาทางสังคม ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ร้อยละ 4.06 สัดส่วนกิจกรรมด้านการจัดทำแผนดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง การเยี่ยมบ้าน และการติดตามคุณภาพชีวิตที่รวมกันเพียงร้อยละ 5.34 สะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างมากกว่าความสามารถของบุคลากร สาเหตุสำคัญ ได้แก่

1. **ภาระงานสูงและกำลังคนจำกัด** นักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบหลายบทบาทพร้อมกัน ทำให้เวลาในการทำงานเชิงรุกในชุมชนลดลง
2. **ข้อจำกัดด้านระบบและการบูรณาการข้อมูล** ระบบติดตามและข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงครบถ้วน ทำให้การติดตามต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านทำได้ยาก
3. **ข้อจำกัดด้านงบประมาณและการสนับสนุนเชิงนโยบาย** กิจกรรมเชิงป้องกันและฟื้นฟูยังไม่ถูกจัดลำดับความสำคัญเท่าการรักษา
4. **บริบทพื้นที่และความพร้อมของชุมชน** พื้นที่ห่างไกล การเดินทางยาก และครอบครัวขาดศักยภาพในการร่วมดูแล
5. **ทักษะดิจิทัลและการเข้าถึงเทคโนโลยี** ทำให้การติดตามทางไกลและการประเมินคุณภาพชีวิตต่อเนื่องทำได้จำกัด

ผลกระทบดังกล่าวทำให้ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังคงประสบปัญหาด้านปัจจัยทางสังคมและการเข้าถึงบริการต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (re-admission) และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ระบบการติดตามการเยี่ยมบ้านที่มีอยู่เดิมอาศัยการบันทึกแบบ manual ผ่านแบบฟอร์มหรือ e-tool ที่ไม่เชื่อมโยงข้อมูลกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HOSxP) และระบบ A-MED Home Ward อย่างเป็นเอกภาพ ทำให้เกิดข้อมูลซ้ำซ้อน การติดตามล่าช้า และยากต่อการประเมินผลลัพธ์เชิงสังคมอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอ ควรเพิ่มกำลังคนนักสังคมสงเคราะห์ ลดภาระงานเอกสาร พัฒนาระบบดิจิทัลเชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ สนับสนุนงบประมาณงานเชิงป้องกัน–ฟื้นฟู และเสริมบทบาทเครือข่ายชุมชนควบคู่การใช้ Social Telecare เพื่อให้การเยี่ยมบ้านและติดตามคุณภาพชีวิตทำได้ต่อเนื่องและทั่วถึง

5. อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพและข้อจำกัดของการใช้ Platform Social Telecare (PST) ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในหลายมิติ โดยสามารถสรุปประเด็นการอภิปรายได้ดังนี้

1. การออกแบบระบบตอบสนองความต้องการผู้ใช้

ผลการวิจัยพบว่า เครื่องมือประเมินและจัดการทางสังคม (S.D.M.A.) มีการใช้งานร้อยละ 100 (49 คน) ขณะที่เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (F.R.A.) ถูกใช้งานถึงร้อยละ 80.6 (39 คน) จึงเห็นได้ว่าการออกแบบระบบ PST ตอบสนองต่อความต้องการของนักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรทางการแพทย์จาก ได้อย่างแท้จริง ทั้งยังสามารถช่วยประเมินและจัดการปัญหาทางสังคมและสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภรัตน์ แก้วเสริม (2566) ซึ่งชี้ว่าการออกแบบระบบดิจิทัลที่ยืดหยุ่นและแยกฟังก์ชันตามความต้องการของผู้ใช้ ช่วยให้การนำไปใช้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความหลากหลายในการออกแบบยังคงเป็นความท้าทายในการประสานงานและการปรับให้สอดคล้องกับวิธีการทำงานที่บุคลากรคุ้นชิน

2. การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย NCDs

PST แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างดี ผ่านการเชื่อมโยงกับ HOSxP และ A-MED Home Ward โดยใช้ Citizen ID เป็นคีย์หลัก ทำให้ข้อมูลถูกส่งต่ออย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง ผลดังกล่าวชี้ว่าการดูแลผู้ป่วย NCDs สามารถขยายจากการดูแลสุขภาพทางกายไปสู่การจัดการปัญหาด้านสังคมในเวลาเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารี ชีวเกษมสุข (2564) ที่ยืนยันว่าเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น RPM, mHealth และ Teleconsultation ช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีในบางพื้นที่ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงเทคโนโลยียังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยโรงพยาบาลในพื้นที่ชนบทหรือกึ่งชนบท เช่น รพ.กุฉินารายณ์ และ รพ.อุทัยธานี มีสัดส่วนผู้ป่วยรายได้น้อย ระดับการศึกษาต่ำ และพึ่งพาสิทธิหลักประกันสุขภาพสูง ส่งผลต่อทักษะดิจิทัลและการเข้าถึงระบบออนไลน์ ขณะที่โรงพยาบาลในเขตเมืองหรือสถาบันเฉพาะทาง เช่น สถาบันโรคทรวงอก รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และ รพ.นพรัตนราชธานี มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและการใช้เทคโนโลยีสูงกว่า สะท้อนความจำเป็นในการออกแบบระบบ Social Telecare ที่ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่แตกต่างกัน

3. ประสิทธิภาพระบบนัดหมายและการติดตามผู้ป่วย

การใช้ PST ทำให้เวลาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยลดลงจากเดิม 3–5 วัน เหลือไม่เกิน 24 ชั่วโมง และลดความซ้ำซ้อนของการคีย์ข้อมูลจากเฉลี่ย 2.3 ครั้งต่อรายเหลือต่ำกว่า 0.5 ครั้ง ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่ดีขึ้นทั้งด้านความรวดเร็วและความถูกต้อง สอดคล้องกับกติยา นิธรรม (2567) ที่พบว่าการใช้ระบบนัดรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วย NCDs ช่วยให้ผู้ป่วยมาตามนัดร้อยละ 100 และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ระบบยังคงต้องปรับให้เข้ากับบริบทเฉพาะของผู้ป่วยและพื้นที่บริการบางแห่ง

4. ความท้าทายของงานสังคมสงเคราะห์ทางแพทย์ระบบทางไกลในบริบทไทย"

แม้ว่าผลการศึกษาชี้ว่า PST สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ แต่ปัญหาโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี โดยเฉพาะการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตในพื้นที่ชนบทยังคงเป็นข้อจำกัด เช่น รพ.กุฉินารายณ์ และ รพ.อุทัยธานี ทำให้ไม่สามารถขยายผลได้เต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Bryant และคณะ (2018) ที่ชี้ว่าการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จของการใช้ Telehealth แต่การขาดโครงสร้างพื้นฐานยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านบริการ

5. ข้อจำกัดของเทคโนโลยีในการทำงานทางสังคม

แม้ PST จะเอื้อต่อการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แต่เครื่องมือบางประเภท เช่น ผังครอบครัว (ใช้งานร้อยละ 0.2) และการประเมิน ADL (ใช้งานร้อยละ 0.9) มีการใช้งานต่ำมาก ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเทคโนโลยีไม่สามารถทดแทนการสื่อสารโดยตรงในงานสังคมสงเคราะห์ได้ทั้งหมด ข้อสังเกตนี้สอดคล้องกับ Dodsworth และคณะ (2013) ที่เสนอว่าเทคโนโลยีมีบทบาทเสริม แต่ไม่สามารถแทนที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อย่างสมบูรณ์

6. การจัดการความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพใน NCDs

PST มีบทบาทในการระบุและจำแนกปัญหาทางสังคมที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ภาระดูแลในครอบครัว และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ หรือปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

โดยการใช้ระบบการประเมินแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหา (สีเขียว เหลือง แดง) ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงจุดและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ (ควรมีข้อมูลที่ได้ออกแบบแผนในการแก้ปัญหาและติดตามผล) Hosseinpoor และคณะ (2018) ที่ชี้ว่า NCDs ส่งผลกระทบต่อประเทศรายได้ต่ำและปานกลางในมิติของความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการนำ PST มาใช้ สามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสนับสนุนการจัดการผู้ป่วย NCDs ในบริบทประเทศกำลังพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิผล

6. ข้อเสนอแนะ

1. เสนอให้จัดตั้งระบบ Platform Social Telecare เป็นโครงสร้างหลักสำหรับการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย เนื่องจากกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเปราะบางแต่มีการบริการน้อย โดยใช้การบูรณาการข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ HOSxP และ A-MED Home Ward ผ่าน API แบบเรียลไทม์ เพื่อลดการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน และเพิ่มความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลด้านการแพทย์และสังคม การเชื่อมโยงดังกล่าวช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) สามารถเข้าถึงข้อมูลทางคลินิก ผลการประเมินทางสังคม และแผนการดูแลต่อเนื่องได้ใน dashboard เดียว

2. เสนอให้ใช้เครื่องมือประเมินด้านสังคมและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ ได้แก่ S.D.M.A., F.R.A., แบบประเมินสมรรถภาพการดำเนินชีวิต (ADL) และเครื่องมืออื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถจัดทำแผนการดูแลเชิงสังคมเฉพาะบุคคล (Personalized Social Care Plan) ที่ตอบสนองต่อบริบทของครอบครัวและชุมชน การใช้เครื่องมือประเมินดังกล่าวควบคู่กับการติดตามผลผ่าน dashboard ทำให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของคะแนนและเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตได้อย่างมีหลักฐานรองรับ

3. เสนอให้มีการพัฒนาระบบติดตามผลลัพธ์เชิงสังคม (Social Outcomes Monitoring) และตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วย NCDs หลังจำหน่ายในระดับ Output–Outcome–Impact โดยใช้ข้อมูลจากระบบ Platform Social Telecare เป็นฐานข้อมูลหลัก ระบบดังกล่าวควรรองรับการรายงานผลในรูปแบบ Real-Time dashboard เพื่อใช้ในการประชุม Case Conference และการจัดการรายกรณี (Case Management) ของทีมสังคมสงเคราะห์ แพทย์ พยาบาล และเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน

4. เสนอให้ยกระดับมาตรการด้านความมั่นคงปลอดภัยข้อมูลและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ภายในระบบติดตามการเยี่ยมบ้าน โดยใช้มาตรการด้านความปลอดภัย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานข้อมูลสุขภาพสากล และช่วยรองรับการขยายระบบไปสู่การเชื่อมต่อกับแพลตฟอร์มสุขภาพอื่นในอนาคต

6.1 ข้อเสนอระดับนโยบาย

1. พัฒนาและบูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศเชิงพื้นที่เพื่อสนับสนุนการออกแบบบริการ การดูแลทางสังคมผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง
2. พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (Seamless Service) ผ่าน API เช่น ระบบบริการกากรดูแลทางสังคม ระบบการส่งต่อข้อมูลและบริการกับทีมสหวิชาชีด้านสุขภาพ และระบบการติดตามผลบริการแบบองค์รวม

3. ส่งเสริมระบบคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) และการกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลตาม แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก PDPA ในบริบท PST อาทิ เช่น การบันทึกข้อมูล: ใช้เฉพาะแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มที่เป็นทางการของรัฐ (PST) เท่านั้น เพราะมีการเชื่อมต่อ API ที่ปลอดภัยและลดความซ้ำซ้อน ความปลอดภัย: อุปกรณ์ที่ใช้เข้าถึงต้องมีการตั้งรหัสผ่านหรือสแกนนิ้ว และ ห้าม ส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านสื่อสังคมออนไลน์ส่วนตัวเด็ดขาด และ มีความโปร่งใส: ต้องแจ้งและขออนุญาตผู้ใช้บริการทราบถึงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล และใช้ข้อมูลตามสิทธิ์ที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น

4. พัฒนาโมเดลค่าบริการทางสังคมและระบบกำกับติดตาม (Social Outcomes Monitoring)

6.2 ข้อเสนอระดับปฏิบัติการ

1. พัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (เฉพาะกลุ่มสีเหลือง)
2. จัดตั้งคลินิกบริการจิตสังคมในหน่วยบริการสุขภาพ
3. ส่งเสริมการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับแหล่งทุนและบริการสังคมผ่านระบบดิจิทัล
4. ส่งเสริมนักสังคมสงเคราะห์ให้ใช้ข้อมูลออกแบบแนวทางการเสริมพลังและการฟื้นฟูระยะยาว

7. ความท้าทายและการพัฒนาในอนาคต

ความท้าทายหลักคือการเปลี่ยนจาก "ระบบบันทึกข้อมูล" ให้กลายเป็น "กลไกขับเคลื่อนทางสังคม" ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับนโยบายลงไปถึงระดับชุมชนเพื่อให้ระบบ Platform Social Telecare (PST) เป็นนวัตกรรมที่ยั่งยืนและลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างแท้จริง มีประเด็นท้าทายที่ต้องเร่งพัฒนาต่อยอดดังนี้

7.1 การยกระดับเทคโนโลยีและการจัดการข้อมูล

- การพัฒนาสู่ Big Data: จำเป็นต้องพัฒนาระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อนำข้อมูลสุขภาพและสังคมมาประมวลผลเชิงลึกในการออกแบบบริการที่แม่นยำยิ่งขึ้น
- การเพิ่มประสิทธิภาพเครื่องมือ: ส่งเสริมการใช้งานเครื่องมือสำคัญที่ปัจจุบันยังมีสัดส่วนการใช้น้อย เช่น การประชุมเคสผ่านระบบ (Case Conference) และการใช้ Telecare ในกลุ่มทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมอย่างเต็มรูปแบบ

7.2 การขยายโครงสร้างพื้นฐานและลดความเหลื่อมล้ำ

-ข้อจำกัดเชิงพื้นที่: ปัญหาการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตในพื้นที่ชนบท (เช่น พื้นที่การดูแลของ รพ.กุฉินารายณ์ และ รพ.อุทัยธานี) ยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ไม่เท่าเทียม

-การขยายเครือข่าย: ต้องขยายผลการใช้งานระบบไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน เพื่อให้การติดตามผู้ป่วยเปราะบางเข้าถึงหน้าบ้านอย่างแท้จริง

7.3 การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและความยั่งยืน

-การบูรณาการกับท้องถิ่น: ควรจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรมต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อบรรจุแผนการดูแลทางสังคมเข้ากับงบประมาณและแผนพัฒนาท้องถิ่น

-การออกแบบบริการยั่งยืน: มุ่งสร้างโมเดลบริการสุขภาพและสังคมที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ โดยมีระบบคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ที่เข้มงวดเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กติยา นิธรรม. (2567). การพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9*(1), 45–56.

Bryant, J., Garnham, B., Tedmanson, D., & Diamandi, S. (2018). Tele-social work and mental health in rural and remote communities in Australia. *International Social Work, 61*(1), 143–155. https://doi.org/10.1177/0020872815606794

Dodsworth, J., Bailey, S., Schofield, G., Cooper, N., & Douglas, G. (2013). Internet technology in foster care communication: An innovative practice. *British Journal of Social Work, 43*(4), 775–793. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs012

Hosseinpoor, A. R., Bergen, N., Schlotheuber, A., Grove, J. T., Koller, T. S., & Boerma, T. (2018). Measuring health inequalities under the Sustainable Development Goals: The example of noncommunicable diseases. *Bulletin of the World Health Organization, 96*(11), 654–659. https://doi.org/10.2471/BLT.18.209924

World Health Organization. (2014). *Social determinants of health*. Geneva: WHO.

จากความเงียบสู่เสียงเพลง: การเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านดนตรีบำบัดและการสนับสนุนจากนักสังคมสงเคราะห์

From Silence to Song: Integrating Music Therapy and Social Work Support for the Holistic Care of Terminally Ill Patients

ประกายเพชร แก้วอินทร์[1], นวพร วสุนธราสุข[2] และ กนิษฐา สอนทา[3]

Prakaipech Kaw-in[1], Navaporn wasuntarasook[2], Kanistha Sonta[3]

Correspondence: k.prakaipech1@gmail.com

(Received: September 15, 2025 Revised: October 9, 2025 Accepted: December 24, 2025)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการเชิงวิเคราะห์และสังเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) อธิบายกลไกและทฤษฎีของดนตรีบำบัด (2) ขยายบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ด้านการสนับสนุนทางจิตสังคม (3) เสนอแนวทางเชิงปฏิบัติในการบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ (4) วิเคราะห์การประยุกต์ใช้ในบริบทไทยร่วมกับกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเผชิญความเงียบงันด้านการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์จากความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และการเตรียมใจต่อการจากไป ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์พบว่า ดนตรีบำบัดช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ลดความวิตกกังวล และเปิดพื้นที่การสื่อสารทางอารมณ์และจิตวิญญาณ นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญใน การประเมินความต้องการ ให้การปรึกษา และเชื่อมโยงครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้การใช้ดนตรีบำบัดสอดคล้องกับบริบทชีวิตและคุณค่าของผู้ป่วย การบูรณาการดังกล่าวช่วยเสริมคุณภาพชีวิต ความสงบ การยอมรับ และความสัมพันธ์ในช่วงท้ายของชีวิต โดยการประยุกต์ใช้ในบริบทไทยควรคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และรสนิยมดนตรีของผู้ป่วย กรณีตัวอย่างสะท้อนให้เห็นว่าการทำงานร่วมกันระหว่างดนตรีบำบัดและการสนับสนุนทางจิตสังคมสามารถเปลี่ยนความเงียบงันให้เป็นพื้นที่แห่งความหมาย ความรัก และการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

คำสำคัญ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ดนตรีบำบัด, นักสังคมสงเคราะห์, การเยียวยา

[1] ดร., อาจารย์ประจำสาขาสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน

[2,3] นักศึกษาปริญญาโทสาขาดนตรีบำบัด คณะศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[1] Dr., Lecturer in the Social Work Program, Mahamakut Buddhist University Isan Campus

[2,3] Master's Degree Students in Music Therapy, Faculty of Graduate Studies, Khon Kaen University

Abstract

This analytical and integrative academic article aims to (1) explain the mechanisms and theoretical foundations of music therapy, (2) expand the role of social workers in providing psychosocial support, (3) propose practical approaches for integrating music therapy with social work practice to enhance the quality of life of end-of-life patients, and (4) analyze its application in the Thai context through a case example. End-of-life patients often experience profound silence in verbal communication and emotional expression due to physical pain, anxiety, and psychological preparation for death. The findings from the analysis and synthesis indicate that music therapy can alleviate pain, reduce anxiety, and open pathways for emotional and spiritual communication. Social workers play a crucial role in assessing psychosocial needs, providing counseling, and facilitating collaboration among families and interdisciplinary care teams, thereby ensuring that music therapy is aligned with patients' life contexts and personal values. Such integration contributes to improved quality of life, enhanced peace, acceptance, and strengthened relationships during the final stage of life. In the Thai context, effective application requires sensitivity to cultural beliefs, values, and musical preferences. The case example demonstrates that collaboration between music therapy and psychosocial support can transform silence into a meaningful space of connection, love, and a dignified and peaceful dying process.

Keywords

end-of-life patients, music therapy, social workers, healing

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-of-life patients) คือผู้ที่อยู่ในช่วงท้ายของการดำเนินโรค ซึ่งอาจยาวนานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนก่อนเสียชีวิต ช่วงเวลานี้มักมาพร้อมกับการสูญเสียพลังการสื่อสาร ทั้งการพูด สีหน้าและภาษากาย อันเป็นผลจากข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น ความอ่อนแรง อาการเหนื่อยล้า ภาวะหายใจลำบาก รวมถึงความวิตกกังวล ความเศร้า และการครุ่นคิดถึงความตาย ความเงียบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ใช่เพียงการหยุดพูด แต่ยังสะท้อนการหดตัวของโลกส่วนตัวลงเหลือเพียงพื้นที่ภายในจิตใจ ซึ่งอาจเป็นผลจากความเหนื่อยล้าทางกายและอารมณ์ (McIlfatrick et al., 2017) หรือเป็นกลไกป้องกันตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด อย่างไรก็ตาม ความเงียบนี้มักนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและการตัดขาดจากผู้อื่น

ดนตรีในฐานะ “ภาษาสากล” สามารถข้ามข้อจำกัดดังกล่าว เพื่อสื่อสารและเยียวยาได้อย่างลึกซึ้ง (Koelsch, 2014) ไม่ว่าจะเป็นการฟังเพลงโปรด การร้องเพลงที่มีความหมาย หรือฟังดนตรีจังหวะช้าและนุ่มนวล ล้วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และเปิดทางสู่การมีปฏิสัมพันธ์อีกครั้ง งานวิจัยชี้ว่าดนตรีบำบัดช่วยบรรเทาอาการปวด ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความสงบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Bradt & Dileo, 2014) โดยกระตุ้นให้สมองหลั่งสารโดปามีนและเอนดอร์ฟิน รวมถึงปรับจังหวะหัวใจและการหายใจให้อยู่ในภาวะสงบ

ในมิติทางสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Social Work) มีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการทางจิตสังคม ให้การปรึกษา ลดความวิตกกังวล สนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว และประสานการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อผสานบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์กับดนตรีบำบัด จะเกิดการทำงานร่วมที่ช่วย “เปลี่ยนความเงียบให้เป็นเสียง” ทั้งในความหมายเชิงกายภาพและสัญลักษณ์ เสียงเพลงสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มร้องเพลงตาม เคาะจังหวะ ยิ้ม หรือสบตา ซึ่งเป็นสัญญาณของการกลับมามีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัว การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Approach) ระหว่างนักดนตรีบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์ควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล กำหนดเป้าหมายร่วม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เช่น การนำเพลงที่มีความหมายทางอารมณ์จากวัยเด็กมาประยุกต์ใช้เพื่อกระตุ้นความทรงจำเชิงบวก นอกจากนี้ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการเลือกเพลง ร่วมร้อง และอยู่เคียงข้างผู้ป่วยระหว่างกิจกรรมดนตรี เพื่อเสริมสร้างความผูกพัน ลดความโดดเดี่ยว และสร้างความทรงจำอันมีค่าที่คงอยู่แม้หลังจากการจากไป

ในทางกลับกัน เมื่อดนตรีบำบัดถูกบูรณาการเข้ากับการสนับสนุนทางจิตสังคมของนักสังคมสงเคราะห์ การดูแลจะขยายจากการบำบัดเชิงอารมณ์สู่การเยียวยาแบบองค์รวม นักสังคมสงเคราะห์สามารถทำหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ให้การปรึกษา ส่งเสริมความสัมพันธ์ และออกแบบกิจกรรมดนตรีร่วมกับนักดนตรีบำบัดให้สอดคล้องกับรสนิยม ความเชื่อ และบริบทชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นที่เข้าใจ ลดความโดดเดี่ยว และสามารถเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ขณะเดียวกัน ครอบครัวก็ได้รับการเสริมพลังทางอารมณ์และการเรียนรู้ที่จะยอมรับการสูญเสียอย่างอ่อนโยน

งานวิจัยต่างประเทศยืนยันว่าดนตรีบำบัดสามารถช่วยบรรเทาอาการปวด ลดความวิตกกังวล และเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ (Bradt & Dileo, 2014; Koelsch, 2014) ขณะเดียวกัน Garcia-Gil และคณะ (2021) พบว่าการบูรณาการดนตรีบำบัดเข้ากับการสนับสนุนทางสังคมสงเคราะห์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทเอเชีย Lee และคณะ (2016) ศึกษาในเกาหลีใต้พบว่าเพลงพื้นบ้านและเพลงศาสนามีบทบาทสำคัญในการปลอบประโลมผู้สูงอายุ ส่วนในประเทศไทย งานวิจัยของศิริพร ศรีสุข (2562) ระบุว่าการใช้เพลงไทยเดิมและเพลงลูกทุ่งในการดูแลผู้สูงอายุใกล้เสียชีวิตช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความผูกพันกับครอบครัว นอกจากนี้ วนิดา สถิประเสริฐ และชื่นฤทัย ยี่เกียน (2565) พบว่าการเปิดดนตรีระหว่างการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โดยไม่ใช้

ยาระงับความรู้สึกสามารถลดความปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ขวัญที และคณะ (2022) รายงานว่าดนตรีบำบัดช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายหลังการรักษาด้วย TACE ในผู้ป่วยมะเร็งตับ และงานวิจัยของภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และคณะ (2559) ยังชี้ให้เห็นว่าการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันได้อย่างมีนัยสำคัญ งานเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าดนตรีบำบัดในบริบทไทยไม่เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการทางกายและใจ แต่ยังมีศักยภาพในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในครอบครัวและสร้างคุณค่าเชิงจิตวิญญาณ

แม้ดนตรีบำบัดจะได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือเยียวยาทางอารมณ์ที่ทรงพลัง แต่หากดำเนินการโดยปราศจากระบบสนับสนุนทางจิตสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจยังมีช่องว่างหลายประการ เช่น ผู้ป่วยอาจได้รับเพียงการผ่อนคลายชั่วขณะโดยไม่สามารถจัดการกับความกลัว ความสูญเสีย หรือความขัดแย้งภายในครอบครัวได้อย่างลึกซึ้ง อีกทั้งยังขาดกลไกการเชื่อมโยงทรัพยากรทางสังคมที่จำเป็นต่อการดูแลต่อเนื่อง การดูแลที่มีเพียงดนตรีบำบัดจึงอาจช่วยด้านอารมณ์แต่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อมิติความสัมพันธ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ครบถ้วน ดังนั้นการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในสังคมไทยจึงมีความจำเป็น เพื่อสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมและรสนิยมดนตรีของผู้ป่วยไทยโดยเฉพาะ ดังนั้นการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสงเคราะห์เป็นแนวทางการดูแลที่เชื่อมโยงผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับโลกภายนอก เสริมพลังให้เผชิญช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยความสงบ อย่างสมศักดิ์ศรี และมีความหมาย เสียงเพลงจึงไม่เพียงเป็นศิลปะ แต่เป็นพลังเยียวยาที่ลึกซึ้งทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ และจิตวิญญาณ การใช้ดนตรีบำบัดเพียงลำพังอาจช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและความวิตกกังวลได้ แต่ยังไม่ครอบคลุมต่อความต้องการด้านจิตสังคม การขาดระบบสนับสนุนจากนักสังคมสงเคราะห์อาจทำให้ผู้ป่วยยังคงรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว การบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมเข้ากับดนตรีบำบัดจึงช่วยเติมเต็มมิติทางอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างสมบูรณ์

ดนตรีบำบัด: หลักการและกลไกการเยียวยา

ดนตรีบำบัดเป็นกระบวนการใช้ดนตรีอย่างมีเป้าหมาย โดยนักดนตรีบำบัดที่มีคุณวุฒิ เพื่อสนับสนุนการรักษาและฟื้นฟูสุขภาวะทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (American Music Therapy Association, 2020) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดนตรีบำบัดมีบทบาทสำคัญในการเยียวยาและเสริมคุณภาพชีวิต ผ่านกลไกการเยียวยาหลัก 3 ประการ

1. การกระตุ้นสมองและระบบประสาท

เสียงดนตรีสามารถกระตุ้นให้สมองหลั่งสารโดปามีน เอนดอร์ฟิน และออกซิโทซิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสุข ความรู้สึกผูกพัน และการบรรเทาความเจ็บปวด (Chanda & Levitin, 2013) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด และมีทัศนคติที่ดีขึ้น

2. การปรับสมดุลอารมณ์และร่างกาย

จังหวะและทำนองที่เหมาะสมช่วยควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจช้าลง เกิดภาวะผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และช่วยให้อารมณ์มีความมั่นคงมากขึ้น

3. การเปิดพื้นที่ทางอารมณ์

ดนตรีทำหน้าที่เป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกภายใน หรือทบทวนความทรงจำที่มีความหมายได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้คำพูด พื้นที่นี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้สื่อสารความต้องการ ความคิด และความรู้สึกอย่างอิสระ เพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในช่วงเวลาสุดท้าย

ด้วยกลไกดังกล่าว ดนตรีบำบัดยังมีคุณค่าเชิงจิตวิญญาณที่ลึกซึ้งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย เสียงดนตรีสามารถเป็นสื่อแห่งการปลอบประโลม (comforting presence) ที่ช่วยเชื่อมโยงผู้ป่วยกับความทรงจำดี ๆ และความหมายในชีวิต กระบวนการนี้ไม่เพียงส่งผลต่อผู้ป่วย แต่ยังสร้างบรรยากาศแห่งความสงบให้กับครอบครัวและทีมดูแลด้วย เมื่อบูรณาการ

ดนตรีบำบัดเข้ากับการดูแลทางจิตสังคมโดยนักสังคมสงเคราะห์ จะยิ่งเสริมให้การดูแลมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม นักสังคมสงเคราะห์สามารถใช้ข้อมูลจากการสังเกตและการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อเลือกแนวทางดนตรีที่สอดคล้องกับรสนิยม ความเชื่อ และบริบททางวัฒนธรรมของผู้ป่วย เช่น เพลงพื้นบ้าน เพลงบรรเลง หรือบทเพลงศาสนา ซึ่งสามารถกระตุ้นความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง (sense of belonging) และความสงบภายในได้อย่างชัดเจน ซึ่งในภาพรวมดนตรีบำบัดไม่ได้เป็นเพียงกิจกรรมเสริมแต่เป็นเครื่องมือการดูแลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ สามารถลดความเจ็บปวด ลดความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญการจากไปด้วยความสงบ ศักดิ์ศรี และความรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างแท้จริง

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในกระบวนการดนตรีบำบัด

นักสังคมสงเคราะห์ในบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใช้ดนตรีบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของการเยียวยา มีบทบาทสำคัญในฐานะ “ผู้เชื่อมโยง” ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยทำหน้าที่ครอบคลุมทั้งการประเมิน วางแผน ดำเนินการ และติดตามผล เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กระบวนการดนตรีบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการทางจิตสังคม นักสังคมสงเคราะห์จะสำรวจความต้องการ ความคาดหวัง และความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เพื่อระบุว่าดนตรีบำบัดสามารถตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้นได้อย่างไร กระบวนการนี้อาจรวมถึงการพูดคุยกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมรักษา เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านและนำไปสู่การวางแผนการบำบัดที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การให้การปรึกษาและสนับสนุนทางอารมณ์ นักสังคมสงเคราะห์สามารถใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือประกอบการสนทนา เพื่อสร้างความไว้วางใจและเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดความรู้สึก ความกลัว ความหวัง หรือความทรงจำที่สำคัญ เสียงดนตรีที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือมีความหมายพิเศษ อาจช่วยลดความตึงเครียดและกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารเชิงลึกมากขึ้น บทบาทหนึ่งที่สำคัญคือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยนักสังคมสงเคราะห์อาจชวนสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมในกิจกรรมดนตรี เช่น การร้องเพลง ฟังเพลง หรือเล่นดนตรีร่วมกัน เพื่อสร้างช่วงเวลาและความทรงจำที่มีความหมาย สิ่งนี้ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วย และเสริมสร้างสายสัมพันธ์ทางอารมณ์ภายในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การประสานงานและติดตามผล นักสังคมสงเคราะห์ทำงานร่วมกับนักดนตรีบำบัดและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการบำบัด จากนั้นปรับแผนและวิธีการให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง

นอกจากบทบาทหลักที่กล่าวมาแล้ว นักสังคมสงเคราะห์ยังทำหน้าที่เป็น “ผู้พิทักษ์เสียงของผู้ป่วย” (advocate for patient’s voice) ในความหมายเชิงรูปธรรมและเชิงสัญลักษณ์ กล่าวคือ พวกเขามีหน้าที่ทำให้ความต้องการ ความชอบ และคุณค่าทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยสะท้อนออกมาในกระบวนการดนตรีบำบัดอย่างแท้จริง ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีรากฐานวัฒนธรรมท้องถิ่น เพลงพื้นบ้านหรือบทสวดทางศาสนาอาจถูกนำมาใช้ เพื่อสร้างความเชื่อมโยงกับอัตลักษณ์และความภาคภูมิใจในตนเอง การปรับกระบวนการบำบัดให้สอดคล้องกับบริบทเช่นนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลนั้น “เป็นของเขาโดยแท้” ไม่ใช่เพียงการใช้ดนตรีในเชิงทั่วไป ในอีกมิติหนึ่ง นักสังคมสงเคราะห์ยังทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมการสื่อสารระหว่างครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้ดนตรีเป็นตัวกลางเพื่อลดช่องว่างทางความเข้าใจ และช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแลอย่างเต็มที่ ความร่วมมือในลักษณะนี้ไม่เพียงเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัด แต่ยังเสริมสร้างความไว้วางใจและความรู้สึกเป็นทีมเดียวกัน ท้ายที่สุด การบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการหลอม

รวมศาสตร์และศิลป์เพื่อฟื้นฟูคุณภาพชีวิตอย่างลึกซึ้ง เสียงเพลงในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตจึงไม่เพียงเป็นท่วงทำนอง หากแต่เป็นเสียงแห่งการเชื่อมโยง ความรัก และการจากไปอย่างสงบพร้อมศักดิ์ศรี

การบูรณาการการดูแลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การบูรณาการดนตรีบำบัดเข้ากับการดูแลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยแนวทางสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Approach) เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างแท้จริง แนวทางนี้เน้นการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างบุคลากรจากหลากหลายสาขา เช่น นักดนตรีบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ พยาบาล และผู้ให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย

องค์ประกอบการบูรณาการการดูแลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

องค์ประกอบการบูรณาการการดูแลทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 3 องค์ประกอบได้แก่

องค์ประกอบประการแรก คือ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ บุคลากรแต่ละฝ่ายต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผลการประเมิน และข้อสังเกตจากการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน การสื่อสารนี้ไม่เพียงช่วยลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ แต่ยังช่วยให้การบำบัดมีทิศทางที่สอดคล้องและต่อเนื่อง

องค์ประกอบประการที่สอง คือ การกำหนดเป้าหมายการบำบัดร่วมกันระหว่างทีมดูแลและครอบครัว การตั้งเป้าหมายควรครอบคลุมทั้งด้านการบรรเทาอาการทางกาย เช่น การลดความเจ็บปวด และด้านการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต เช่น การเพิ่มความผ่อนคลาย ความสุข หรือการสร้างช่วงเวลาที่มีความหมายร่วมกันกับครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในขั้นตอนนี้มีความสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่รู้จักผู้ป่วยดีที่สุด และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความชอบ ความทรงจำ และความหมายของดนตรีในชีวิตผู้ป่วย

องค์ประกอบประการที่สาม คือ การประเมินผลที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ และความหมายเชิงจิตวิญญาณของผู้ป่วย ไม่เพียงวัดผลจากตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น การลดระดับความเจ็บปวดหรือความวิตกกังวล แต่ยังต้องพิจารณาปัจจัยเชิงคุณภาพ เช่น ความรู้สึกสงบ ความพึงพอใจในชีวิต หรือการยอมรับต่อการจากไป การประเมินในลักษณะนี้ต้องใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ที่แท้จริงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

งานวิจัยของ Garcia-Gil และคณะ (2021) ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการบูรณาการดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐาน กลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มรู้สึกถึงความสงบ ความผ่อนคลาย และการยอมรับต่อสถานการณ์มากขึ้น อีกทั้งยังมีความผูกพันกับครอบครัวและผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น การบูรณาการดนตรีบำบัดเข้ากับการดูแลทางจิตสังคมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีคุณค่าในมิติการเสริมสร้างความหวังและการรักษาอัตลักษณ์ของผู้ป่วย แม้อยู่ในสภาวะที่ร่างกายเสื่อมถอย การได้ฟังหรือมีส่วนร่วมกับดนตรีที่มีความหมายส่วนตัว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและยังคงเป็น “ตัวของตัวเอง” สิ่งนี้มีผลโดยตรงต่อการคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ในเชิงปฏิบัติ แนวทางดังกล่าวยังเปิดโอกาสให้บุคลากรสหสาขาวิชาชีพได้ทำงานบนฐานของความเข้าใจร่วมกันต่อความต้องการเชิงลึกของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นความปรารถนาที่จะทบทวนความทรงจำ ความตั้งใจที่จะสื่อสารกับครอบครัว หรือความต้องการใช้เวลาสุดท้ายอย่างสงบในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย การใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือกลางจึงช่วยเชื่อมโยงแง่มุมเหล่านี้เข้ากับแผนการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม ท้ายที่สุดการดำเนินงานในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยบรรเทาความทุกข์ทางกายและใจ แต่ยังสร้าง “พื้นที่ปลอดภัย” ทางอารมณ์ให้กับผู้ป่วย

ครอบครัว และทีมดูแล เสียงดนตรีจึงกลายเป็นสื่อที่ทำให้ทุกฝ่ายสามารถพบกันบนพื้นฐานของความเข้าใจ ความรัก และความเคารพต่อคุณค่าของชีวิต จนถึงช่วงเวลาสุดท้ายอย่างสมศักดิ์ศรี

กรอบทฤษฎี (Theoretical Framework)

การบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถอธิบายได้ผ่านหลายกรอบทฤษฎีที่สะท้อนมิติองค์รวมของมนุษย์ ดังนี้

1. กรอบแนวคิดชีวะ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (Biopsychosocial spiritual Model)

แบบจำลองนี้พัฒนาต่อยอดจาก Biopsychosocial model ของ Engel (1977) โดย Sulmasy (2002) เสนอให้เพิ่มมิติทางจิตวิญญาณเข้าไปเพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รอบด้านมากขึ้น ดนตรีบำบัดมีบทบาทในการบรรเทาความเจ็บปวดทางกาย ลดความทุกข์ทางใจ เสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และปลอบประโลมด้านจิตวิญญาณ ในขณะเดียวกันนักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่ประเมินและสนับสนุนให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ

2. ทฤษฎีความเจ็บปวดแบบองค์รวม (Total Pain Theory: Cicely Saunders)

Saunders (1964) อธิบายว่า “ความเจ็บปวด” ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้จำกัดเพียงอาการทางกาย แต่รวมถึงความทุกข์ทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคองจึงต้องคำนึงถึงความเจ็บปวดทั้งสี่ด้าน ดนตรีบำบัดสามารถเป็นเครื่องมือในการบรรเทาความเจ็บปวดแบบองค์รวม เช่น ลดอาการปวดและความวิตกกังวล กระตุ้นความทรงจำดี ๆ และสร้างความหมายเชิงจิตวิญญาณ ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์ช่วยสะท้อนเสียงของผู้ป่วยและสนับสนุนครอบครัวให้เผชิญความสูญเสียได้อย่างเข้มแข็ง

3. ลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow’s Hierarchy of Needs)

Maslow (1943) เสนอว่าความต้องการขั้นสูง เช่น การได้รับการยอมรับ การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี และการค้นหาความหมายของชีวิต มีความสำคัญอย่างยิ่งในวาระสุดท้าย ดนตรีบำบัดช่วยตอบสนองความต้องการเหล่านี้โดยการเลือกเพลงที่สะท้อนอัตลักษณ์และคุณค่าของผู้ป่วย สร้างบรรยากาศแห่งการยอมรับ ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์สนับสนุนให้ครอบครัวและทีมดูแลให้ความเคารพและเห็นคุณค่าของผู้ป่วยจนถึงช่วงสุดท้าย

4. แนวคิดมนุษยนิยมของคาร์ล โรเจอร์ส (Humanistic Approach: Carl Rogers)

Rogers (1961) เน้นว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่าและศักยภาพที่จะพัฒนา การได้รับการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard) และการสะท้อนความเข้าใจ (empathic understanding) เป็นพื้นฐานให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองและพบความสงบ ดนตรีบำบัดจึงเป็น “พื้นที่ปลอดภัย” ให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดอารมณ์ ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่รับฟังและสนับสนุนอย่างมีเมตตา การบูรณาการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญการจากไปด้วยศักดิ์ศรีและความสงบ

5. แนวคิดระบบนิเวศ (Ecological Systems Theory) ของ Bronfenbrenner (1979) อธิบายว่าผู้ป่วยได้รับอิทธิพลจากระบบต่าง ๆ ตั้งแต่ครอบครัวจนถึงสังคมโดยรอบ การเยียวยาจึงต้องพิจารณาทุกชั้นระบบ ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสถาบันบริการสุขภาพ

6. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ถูกพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบในวรรณกรรมสากลทั้งสายจิตสังคมและระบาดวิทยาสังคม โดย House (1981) จัดจำแนกประเภทของการสนับสนุนไว้ 4 มิติ ได้แก่ (1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional) เช่น ความอบอุ่น การรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ (2) การสนับสนุนเชิงข้อมูล (informational) เช่น คำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ (3) การสนับสนุนเชิงปฏิบัติ/เครื่องมือ (instrumental) เช่น การช่วยเหลือกิจวัตร การประสานทรัพยากร และ (4) การสนับสนุนเพื่อการประเมินตน (appraisal) เช่น การสะท้อนความรู้สึกและให้กำลังใจ ซึ่งกรอบนี้

สอดคล้องโดยตรงกับบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในทีม palliative ที่ต้อง “ออกแบบ” แพ็กเกจการสนับสนุนให้ครบทั้งสี่ด้าน ควบคู่กับกิจกรรมดนตรีบำบัด ในแง่กลไกผลลัพธ์ Cohen และ Wills (1985) เสนอ buffering hypothesis อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นกันชนลดผลกระทบด้านลบของความเครียดต่อสุขภาวะ โดยเฉพาะในสถานการณ์ทุกข์ยากสูงอย่างวาระท้ายชีวิต สนับสนุนด้วยหลักฐานจากสายระบาดวิทยาสังคมที่ชี้ว่าเครือข่ายและความผูกพันทางสังคมสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่า (Berkman & Glass, 2000) รวมถึงหลักฐานชีวสรีรวิทยาที่อธิบายเส้นทางอัตโนมัติ ต่อมไร้ท่อภูมิคุ้มกัน ซึ่งเชื่อมโยงการสนับสนุนกับการลดอักเสบ ความดัน และอาการเจ็บปวด (Uchino, 2006) ประเด็นนี้ช่วยเสริมเหตุผลว่าทำไมการ จับคู่วงดนตรีบำบัดกับโครงสร้างสนับสนุนทางสังคม จึงมักให้ผลที่เด่นชัดกว่าการใช้ดนตรีลำพัง Thoits (2011) ขยายความว่า การสนับสนุนที่มีความหมาย (meaningful support) ทำงานผ่านสองทางคือ (1) เสริมทรัพยากรภายใน การยอมรับตน การรู้สึกว่ามีคุณค่า และ (2) เสริมทรัพยากรภายนอก การเข้าถึงข้อมูลหรือบริการและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของดนตรีบำบัดที่มุ่งคืนเสียงและอัตลักษณ์ให้ผู้ป่วย เมื่อผสานกับกระบวนการช่วยเหลือแบบมีส่วนร่วมของนักสังคมสงเคราะห์ จะเกิดพื้นที่ปลอดภัยที่เอื้อต่อการแสดงอารมณ์ การสื่อสารความต้องการลึก ๆ และการปิดบาดแผลเชิงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

บริบท palliative care ระดับนานาชาติ งานทบทวนอย่างเป็นระบบชี้ว่าการแทรกแซงที่สนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวด้วยองค์ประกอบเชิงให้ความรู้ ทักษะการเผชิญปัญหา การสนับสนุนอารมณ์ ช่วยลดภาระทางใจและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย (Candy et al., 2011) ขณะเดียวกัน หลักฐานเชิงระบบยังระบุว่ารูปแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และการประสานเครือข่ายบริการมีแนวโน้มเพิ่มความพึงพอใจต่อการดูแลและลดความทุกข์ตอนท้ายชีวิต (Hudson et al., 2015) เมื่อนำมาจับคู่กับดนตรีบำบัด ซึ่งเปิดช่องทางการสื่อสารเชิงอารมณ์ นักสังคมสงเคราะห์สามารถใส่โครงการสนับสนุนทั้งสี่มิติให้กิจกรรมดนตรีมีความต่อเนื่อง เข้าถึงความต้องการจำเพาะบุคคล และเชื่อมโยงครอบครัวเข้ามาร่วมสร้างความหมายร่วมในวาระสุดท้าย

การบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นแนวทางที่สะท้อนการมองผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กรอบทฤษฎีที่นำมาใช้ ได้แก่ Biopsychosocial-spiritual Model, Total Pain Theory, Maslow’s Hierarchy of Needs และ Humanistic Approach ต่างช่วยยืนยันถึงคุณค่าของการเยียวยาที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความหมายของชีวิต ดนตรีบำบัดทำหน้าที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสื่อสารอารมณ์ และสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงสนับสนุนครอบครัว และปกป้องสิทธิของผู้ป่วย การทำงานร่วมกันในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยลดความทุกข์ แต่ยังเสริมสร้างความผูกพันภายในครอบครัวและทีมดูแล นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและการจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

มิติด้านจริยธรรมและคุณค่า

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการบูรณาการดนตรีบำบัดและงานสังคมสงเคราะห์ การยึดมั่นในหลักจริยธรรมวิชาชีพถือเป็นรากฐานสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยในช่วงเวลานี้มีความเปราะบางทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Saunders, 2000) การดำเนินงานจึงต้องคำนึงถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์และสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (Beauchamp & Childress, 2019; Banks, 2016) โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

1. การเคารพศักดิ์ศรี (Dignity)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังคงมีคุณค่าในความเป็นมนุษย์ การเลือกเพลงหรือกิจกรรมดนตรีจึงควรเคารพต่อความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วย (International Federation of Social Workers [IFSW], 2018) เช่น เพลงพื้นบ้าน บทสวด หรือดนตรีที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ซึ่งสะท้อนถึงอัตลักษณ์และศักดิ์ศรีของตนเอง

2. การตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination)

หลักสิทธิการกำหนดตนเองเป็นหัวใจของทั้งวิชาชีพสังคมสงเคราะห์และการดูแลแบบประคับประคอง (National Hospice and Palliative Care Organization [NHPCO], 2017) ผู้ป่วยควรมีสิทธิเลือกเพลงหรือกิจกรรมที่ตนพึงพอใจ นักสังคมสงเคราะห์และนักดนตรีบำบัดต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนเจตจำนง และหากไม่สามารถสื่อสารได้ ครอบครัวควรเป็นผู้แทนในการสะท้อนความต้องการ

3. การรักษาความลับ (Confidentiality)

เรื่องราวและอารมณ์ที่ผู้ป่วยถ่ายทอดผ่านเพลงมักมีความเป็นส่วนตัวสูง หลักจริยธรรมกำหนดให้นักวิชาชีพต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต (American Music Therapy Association [AMTA], 2020; กนิษฐา, 2561) สิ่งนี้สร้างความไว้วางใจและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในการแสดงออก

4. ความเป็นธรรมและความเสมอภาค (Justice and Equity)

ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับโอกาสเข้าถึงบริการดนตรีบำบัดอย่างเท่าเทียม โดยไม่เลือกปฏิบัติด้านเพศ วัย หรือฐานะ (IFSW, 2018; สุวัฒน์ กู้เกียรติกาญจน์, 2564) นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องทำหน้าที่ลดอุปสรรคและส่งเสริมการเข้าถึงบริการ

5. คุณค่าทางมนุษยธรรม (Humanistic Value)

ดนตรีไม่ใช่เพียงเครื่องมือบำบัด แต่เป็นพลังทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว และทีมดูแลเข้าด้วยกัน การให้คุณค่าทางมนุษยธรรมเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยเผชิญวาระสุดท้ายด้วยความสงบ ศักดิ์ศรี และการยอมรับ (Rogers, 1961; Banks, 2016)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการบูรณาการดนตรีบำบัดและงานสังคมสงเคราะห์ จำเป็นต้องยึดมั่นในหลักจริยธรรมวิชาชีพอย่างเคร่งครัด เพราะผู้ป่วยในช่วงเวลานี้มีความเปราะบางทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การทำงานจึงมิใช่เพียงการจัดกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน แต่เป็นการเคารพต่อคุณค่าความเป็นมนุษย์และสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างแท้จริง ดนตรีสามารถเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการสะท้อนอัตลักษณ์และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การเลือกเพลงหรือกิจกรรมดนตรีจึงควรสอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรม และความพึงพอใจส่วนบุคคล อีกทั้งผู้ป่วยควรได้รับสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมในลักษณะใด และในกรณีที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ครอบครัวก็ควรมีส่วนร่วมในการสะท้อนเจตจำนงแทน

นอกจากนี้ เรื่องราวที่ผู้ป่วยถ่ายทอดผ่านบทเพลงมักมีความเป็นส่วนตัวและสะท้อนอารมณ์ลึกซึ้ง การรักษาความลับจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจในกระบวนการ ขณะเดียวกัน นักสังคมสงเคราะห์และนักดนตรีบำบัดควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม โดยไม่เลือกปฏิบัติด้านเพศ วัย หรือสถานะทางเศรษฐกิจ ท้ายที่สุด คุณค่าที่สำคัญที่สุดคือการยึดหลักมนุษยธรรม มองดนตรีไม่ใช่เพียงเครื่องมือบำบัด หากแต่เป็นพลังทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเข้าด้วยกัน การให้คุณค่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยความสงบ ศักดิ์ศรี และการยอมรับอย่างเต็มเปี่ยม

การประยุกต์ใช้ดนตรีบำบัดกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทไทย

การนำดนตรีบำบัดมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทยควรให้ความสำคัญกับ บริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และรสนิยมดนตรีของผู้ป่วย เนื่องจากดนตรีเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและวัฒนธรรมไทยที่มีความหลากหลายและลึกซึ้ง การประยุกต์ดังกล่าวสามารถทำได้หลายแนวทาง ดังนี้

1. เพลงพื้นบ้านและเพลงศาสนา

เพลงพื้นบ้าน เช่น เพลงหมอลำ เพลงลูกทุ่ง รวมถึงเพลงไทยเดิมและดนตรีบรรเลงไทย ล้วนมีพลังในการสร้างความคุ้นเคยและเชื่อมโยงผู้ป่วยกับรากทางวัฒนธรรมและความทรงจำเชิงบวก ขณะเดียวกันเพลงสวดมนต์หรือบทสวดทาง

ศาสนา เช่น พุทธศาสนา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบและยอมรับวาระสุดท้ายได้ง่ายขึ้น (ศิริพร ศรีสุข, 2562; วิชญ์ บุญรอด, 2019)

2. การใช้เครื่องดนตรีไทยง่าย ๆ เพื่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว

เครื่องดนตรีไทยที่เล่นง่าย เช่น ขลุ่ย ระนาดไม้เล็ก หรือฉิ่ง สามารถใช้เป็นสื่อกลางในการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลใกล้ชิด การเล่นดนตรีร่วมกันไม่เพียงช่วยสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย แต่ยังเป็นกิจกรรมที่เสริมสายสัมพันธ์ในครอบครัว และสร้าง “ความทรงจำอันมีค่า” ที่จะคงอยู่แม้หลังการสูญเสีย (ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และคณะ, 2559)

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสังคมสงเคราะห์

แม้นักสังคมสงเคราะห์ไม่จำเป็นต้องเป็นนักดนตรีมืออาชีพ แต่ควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการของดนตรีบำบัด การอบรมเสริม เช่น โมดูล “การใช้ดนตรีเพื่อการเยียวยา” ในหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ สามารถช่วยให้บุคลากรใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือเสริมในการประเมิน ให้การปรึกษา และสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุวัฒน์ กู้เกียรติกาญจน์., 2564; กนิษฐา ทองสมุทร, 2561) นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดการบูรณาการความรู้ด้านศิลปะและสังคมสงเคราะห์เข้าด้วยกันอย่างเหมาะสมกับบริบทไทย

ดังนั้นการประยุกต์ใช้ดนตรีบำบัดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมไทย จำเป็นต้องคำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากดนตรีเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและความทรงจำที่ช่วยเชื่อมโยงผู้ป่วยกับอัตลักษณ์ของตนเอง เพลงพื้นบ้านและเพลงศาสนา เช่น หมอลำ ลูกทุ่ง ไทยเดิม หรือบทสวดมนต์ มีพลังในการสร้างความคุ้นเคย ความสงบ และการยอมรับต่อวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ การใช้เครื่องดนตรีไทยที่เล่นง่ายยังเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมดนตรี สร้างบรรยากาศผ่อนคลายและเสริมสร้างสายสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งกลายเป็นความทรงจำที่มีคุณค่าแม้ในยามหลังการสูญเสีย ขณะเดียวกัน นักสังคมสงเคราะห์ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับดนตรีบำบัดเพื่อใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการประเมิน ให้คำปรึกษา และสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป ดนตรีบำบัดไม่เพียงทำหน้าที่เป็นเครื่องมือเยียวยาทางอารมณ์ แต่ยังเป็นสื่อทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยความสงบ ศักดิ์ศรี และความหมายที่ลึกซึ้งด้วย

กรณีตัวอย่าง: การทำงานสังคมสงเคราะห์ในกระบวนการดนตรีบำบัด

นายประสิทธิ์ (นามสมมติ) ชายอายุ 60 ปี อดีตผู้อำนวยการโรงเรียน หลังเกษียณอายุได้เข้ารับการรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลจังหวัด ด้วยอาการเจ็บปวดเรื้อรังและความอ่อนแรงทำให้การสื่อสารลดลง ผู้ป่วยมักนิ่งเงียบ ไม่พูดคุยกับทีมรักษาและครอบครัวเนื่องจากรู้สึกเหนื่อยล้าและไม่ต้องการเป็นภาระของใคร เดิมเป็นคนรักเสียงเพลง ชอบร้องเพลงลูกกรุงและเพลงเพื่อชีวิต แต่เมื่ออยู่ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่เงียบและเป็นทางการ ผู้ป่วยรู้สึกไม่กล้าแสดงออกและหลีกเลี่ยงการร้องเพลง

นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นสมาชิกของทีมดูแลแบบประคับประคองได้เข้าเยี่ยมเพื่อประเมินความต้องการทางจิตสังคม โดยเริ่มจากการพูดคุยอย่างอ่อนโยนและใช้เทคนิคการฟังเชิงลึก (active listening) พบว่าผู้ป่วยยังคงมีความผูกพันกับบทเพลงในอดีต และมีเพลงหลายเพลงที่สะท้อนความรักต่อครอบครัวและชีวิตในฐานะครู นักสังคมสงเคราะห์จึงประสานงานกับนักดนตรีบำบัดเพื่อจัดกิจกรรมดนตรีส่วนตัวในห้องพักผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเพลงเอง

เมื่อเสียงเพลงแรกบรรเลง ผู้ป่วยเริ่มขยับริมฝีปากและร้องตามเบา ๆ สีหน้าเริ่มผ่อนคลาย จากนั้นสามารถเอ่ยชื่อเพลงที่ต้องการฟังเพิ่มเติม พร้อมเล่าให้ทีมฟังว่าทุกเพลงมีความหมายในแต่ละช่วงของชีวิต นักสังคมสงเคราะห์ใช้ช่วงเวลานี้ชวนผู้ป่วยสะท้อนความทรงจำ ความภาคภูมิใจ และความรักที่มีต่อครอบครัว พร้อมเชิญภรรยาและบุตรเข้าร่วมกิจกรรม

ผู้ป่วยเลือกเพลง “จดหมายถึงพ่อ” เพื่อมอบให้ลูกชาย และเพลง “ขายแรงแต่งนาง” ให้ภรรยา พร้อมกล่าวขอบคุณผ่านเสียงเพลง ครอบครัวร่วมร้องและเคาะจังหวะอย่างอบอุ่น บรรยากาศในห้องเต็มไปด้วยรอยยิ้ม น้ำตา และความเข้าใจซึ่งกันและกัน หลังจบกิจกรรม ผู้ป่วยรายงานว่าความปวดลดลง ความรู้สึกเศร้าหายไป และนอนหลับได้ดีขึ้น

ในวันต่อมา ทีมสหวิชาชีพสังเกตว่าผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นมากขึ้น ยิ้มและทักทายเจ้าหน้าที่ เมื่อนักสังคมสงเคราะห์เข้าพูดคุย ผู้ป่วยกล่าวว่า “ผมไม่กลัวอีกแล้ว อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด” หลังจากนั้นไม่นานผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ครอบครัวส่งจดหมายขอบคุณทีมดูแล โดยระบุว่า “ขอบคุณเสียงเพลงวันนั้น เพราะเป็นของขวัญชิ้นสำคัญที่ดีที่สุดของผมและแม่เลยครับ” ลูกชายกล่าว

กรณีนี้สะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์สามารถเปิดพื้นที่แห่งการสื่อสารและความรักในช่วงสุดท้ายของชีวิต เสียงเพลงไม่เพียงบรรเทาความเจ็บปวด แต่ยังเชื่อมโยงหัวใจของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมดูแลให้ร่วมกันสร้างความหมายใหม่ของการจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีและสงบ (ประกายเพชร แก้วอินทร์, 2567)

บทวิเคราะห์

การบูรณาการดนตรีบำบัดกับการสนับสนุนทางสังคมสงเคราะห์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากดำเนินการตามแนวทางต่อไปนี้

1. พัฒนาความร่วมมือระหว่างนักสังคมสงเคราะห์และนักดนตรีบำบัดในสถานพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรตั้งอยู่บนความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์และนักดนตรีบำบัด ซึ่งจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน วางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และประชุมหารืออย่างสม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและปรับแผนให้เหมาะสม

2. จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านดนตรีบำบัดให้บุคลากรสังคมสงเคราะห์

แม้ไม่จำเป็นต้องเป็นนักดนตรีมืออาชีพ แต่นักสังคมสงเคราะห์ควรมีความรู้ความเข้าใจในหลักการดนตรีบำบัด เพื่อใช้ดนตรีเป็นเครื่องมือเสริมการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การอบรมควรครอบคลุมพื้นฐานดนตรีบำบัด เทคนิคการสร้างบรรยากาศเชิงบวก และการเลือกเพลงที่เหมาะกับภาวะร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย

3. สนับสนุนการวิจัยเชิงประจักษ์ในบริบทไทย

แม้จะมีหลักฐานวิจัยในต่างประเทศจำนวนมาก แต่การศึกษาในบริบทสังคมไทยยังมีจำกัด จึงควรส่งเสริมการวิจัยเชิงประจักษ์เพื่อสร้างฐานข้อมูลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยไทย อันจะนำไปสู่การพัฒนาหลักปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการจริง

4. ส่งเสริมบทบาทครอบครัวในกระบวนการดนตรีบำบัด

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย การร่วมกิจกรรมดนตรี เช่น ฟังเพลง ร้องเพลง หรือเล่นดนตรีร่วมกัน สามารถเสริมความสัมพันธ์และสร้างความทรงจำที่มีคุณค่า พร้อมลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดูแลมีความสมบูรณ์และมีความหมายมากขึ้น

การนำข้อเสนอแนะดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ยังมีศักยภาพในการสร้าง “ระบบการดูแลแบบองค์รวม” ที่เชื่อมโยงศาสตร์การบำบัดทางศิลปะเข้ากับศาสตร์การช่วยเหลือทางสังคมได้อย่างลงตัว ไม่เพียงแต่จะช่วยบรรเทาอาการทางกายและใจของผู้ป่วย แต่ยังเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและครอบครัวให้ชัดเจนขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับประสบการณ์การดูแลที่ไม่ถูกจำกัดเพียงการรักษาทางการแพทย์ แต่ครอบคลุมถึงมิติของความสัมพันธ์ ความหมาย และคุณค่าของชีวิต ในทางปฏิบัติ การทำงานร่วมกันระหว่างนักสังคมสงเคราะห์และนักดนตรีบำบัด จะช่วยให้ทีมดู แลสามารถปรับกิจกรรมดนตรีให้สอดคล้องกับความชอบ ความทรงจำ และประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย ทำให้การบำบัดมีความเป็นส่วนตัว

และมีพลังมากขึ้น ขณะเดียวกัน การเปิดพื้นที่ให้ครอบครัวมีบทบาทอย่างแท้จริง ยังช่วยลดช่องว่างทางอารมณ์ สร้างโอกาสในการสื่อสาร และเก็บรักษาช่วงเวลาที่มีค่าร่วมกันจนถึงวาระสุดท้าย เมื่อดำเนินการอย่างเป็นระบบ แนวทางนี้จะไม่เพียงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังสร้างแบบแผนการดูแลที่มีความยั่งยืน และสามารถต่อยอดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทยในระยะยาว

สรุป

ความเงียบของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ใช่เพียงการขาดเสียงสนทนา หากแต่สะท้อนถึงการถดถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเผชิญความเจ็บปวด ความอ่อนแรง ภาวะซึมเศร้า และความกลัวต่อการสิ้นชีวิต ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและการตัดขาดจากโลกภายนอก ดนตรีบำบัดได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยเปิดประตูสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น เสียงเพลงสามารถกระตุ้นสมองและระบบประสาทให้เกิดความสงบและผ่อนคลาย ปลุกเร้าความทรงจำ และเปิดพื้นที่ทางอารมณ์ให้ผู้ป่วยถ่ายทอดความรู้สึกโดยไม่ต้องใช้ถ้อยคำ กิจกรรมอย่างการฟังเพลงโปรด การร้องเพลง หรือเล่นดนตรีร่วมกับผู้อื่น ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีชีวิตชีวาอีกครั้งและฟื้นคืนคุณค่าความเป็นมนุษย์ ดนตรีบำบัดเพียงอย่างเดียวไม่อาจตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยได้ครบถ้วน จึงจำเป็นต้องบูรณาการกับการสนับสนุนทางจิตสังคมโดยนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการประเมินความต้องการ ให้คำปรึกษา สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การทำงานร่วมกันในลักษณะนี้ช่วยให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับ เข้าใจ และมีศักดิ์ศรีในช่วงท้ายของชีวิต

ครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเยียวยา การร่วมฟังเพลง ร้องเพลง หรือเล่นดนตรีง่าย ๆ กับผู้ป่วยไม่เพียงช่วยลดความตึงเครียดและความโดดเดี่ยว แต่ยังสร้างความทรงจำอันมีค่าและบรรยากาศแห่งการยอมรับ เสียงเพลงกลายเป็นสื่อกลางของความรักและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ทำให้ทุกฝ่ายสามารถบอกลาและยอมรับการสูญเสียได้อย่างอ่อนโยน การบูรณาการดนตรีบำบัดกับงานสังคมสงเคราะห์จึงเป็นแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ ฟื้นฟูคุณค่าของชีวิต และนำผู้ป่วยไปสู่การจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

เอกสารอ้างอิง

กนิษฐา ทองสมุทร. (2561). จริยธรรมวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในบริบทสังคมไทย. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, *26*(2), 45–63.

ขวัญที, ว., และคณะ. (2022). ผลของดนตรีบำบัดต่ออาการหลังการอุดหลอดเลือดแดงด้วยสารเคมีในผู้ป่วยมะเร็งตับ. *Annals of Palliative Medicine*, *11*(3), 1–9. https://doi.org/10.21037/apm-22-XXX

ประกายเพชร แก้วอินทร์. (2567) *รายงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภูริพงษ์ เจริญแพทย์, และคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. *วารสารพยาบาลออร์โธปิดิกส์ไทย, 20*(2), 37–48.

ศิริพร ศรีสุข. (2562). การใช้เพลงไทยเดิมและเพลงลูกทุ่งเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย. *วารสารวิชาการพยาบาลไทย, 35*(2), 45–56.

สุวัฒน์ กู้เกียรติกาญจน์. (2564). *จริยธรรมและคุณค่าในการทำงานสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วนิดา สถิประเสริฐ และชื่นฤทัย ยี่เกียน. (2565). ผลของดนตรีต่อความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โดยไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, *15*(1), 50–60.

วิชญ์ บุญรอด. (2019). ตานปุระบำบัด: ทางเลือกเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, *17*(3), 112–120.

American Music Therapy Association. (2020). *Music therapy and end-of-life care*. https://www.musictherapy.org

American Music Therapy Association. (2020). *Code of ethics*. https://www.musictherapy.org/about/ethics

Banks, S. (2016). *Ethics and values in social work (5th ed.).* Red Globe Press.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics (8th ed.).* Oxford University Press.

Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*, pp. 137–173. Oxford University Press.

Bradt, J., & Dileo, C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(12), Article CD006902. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub3

Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., & King, M. (2011). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD007617.

Chanda, M. L., & Levitin, D. J. (2013). The neurochemistry of music. *Trends in Cognitive Sciences, 17*(4), 179–193. https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.007

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Garcia-Gil, D., et al. (2021). Music therapy in palliative care: Benefits for patients and families. *Journal of Palliative Care, 36*(2), 87–95. https://doi.org/10.1177/0825859720936802

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Hudson, P., Remedios, C., & Thomas, K. (2015). A systematic review of psychosocial interventions for family caregivers of palliative care patients. *Palliative Medicine, 29*(7), 583–598.

International Federation of Social Workers. (2018). *Global social work statement of ethical principles.* https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles

Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience, 15*(3), 170–180. https://doi.org/10.1038/nrn3666

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370–396. https://doi.org/10.1037/h0054346

McIlfatrick, S., Hasson, F., McLaughlin, D., Johnston, G., Roulston, A., Rutherford, L., & Noble, H. (2017). Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland. *BMC Palliative Care, 12*, 34. https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-34

National Hospice and Palliative Care Organization. (2017). *Standards of practice for hospice programs*. NHPCO.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Saunders, C. (1964). The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers' Journal, 4*(4), 68–73.

Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling, 41*(1), 7–13. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00110-5

Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist, 42*(3), 24–33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 52*(2), 145–161.

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(4), 377–387.

การศึกษาแนวทางการยกระดับศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางให้หลุดพ้นจากความยากจน

A study on Guidelines for upgrading sub-district social assistance centers to improve the quality of life of vulnerable groups while eradicating the poverty

มิ่งขวัญ วีระชาติ[1], รุ่งทิวา ปินใจ[2], นภาลัย หลักมั่น[3], กฤตภาส โพธิ์แก้ว[4], กษิดิส ศักดิ์ไชยกุล[5]
ณภัทร วิศวะกุล[6], ธงชัย ภูวนาถวิจิตร[7], ทรงสุดา ภู่สว่าง[8], ทรงพันธ์ ตันตระกูล[9],
ส่งเสริม แสงทอง[10], ปริวิทย์ ไวทยาชีวะ[11]
Correspondence: komkrit005@gmail.com

(Received: December 22 ,2025 Revised: December 5 ,2025 Accepted: December 23 ,2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง แนวทางการยกระดับศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ให้หลุดพ้นจากความยากจน มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษากลไกการขับเคลื่อนและผลการดำเนินงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลต้นแบบสำหรับเป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต 2) เพื่อศึกษาแนวทางการขยายผลศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลอย่างมีส่วนร่วม และ 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และแนวทางการจัดตั้งและการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล จัดตั้งขึ้นภายใต้แนวคิดการพัฒนาการให้บริการสังคมแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว และการใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ ตามภารกิจและบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางและประชาชนของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในระดับพื้นที่ เน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในการจัดตั้งและร่วมบริหารจัดการ ที่ผ่านมาพบว่า แนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการยังคงขาดความชัดเจน ทำให้กลไกดังกล่าวยังไม่สามารถขับเคลื่อนได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง จึงต้องมีการศึกษาถึงแนวทางในการยกระดับ จากศูนย์ต้นแบบในพื้นที่ศึกษา 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน เชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน ที่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการดำเนินงาน รวม 24 แห่งเพื่อเป็นพื้นที่นำร่อง ขยายผลให้ศูนย์อื่น ๆ เป็นแนวทางต่อไป

ผลการศึกษา กลไกการขับเคลื่อนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับกระทรวง 2) ระดับจังหวัด 3) ระดับตำบล และในระดับตำบล แบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามการจัดตั้ง คือ 1) จัดตั้งโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ2) จัดตั้งโดยภาคประชาชน ผลการดำเนินงานของศูนย์ต้นแบบในพื้นที่ศึกษาอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยรวม 3.76 โดยเฉพาะการจัดสภาพแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยรวมสูงที่สุด 3.87 การดำเนินการอยู่ในระดับมาก รองลงมาการบูรณาการร่วมมือ มีค่าเฉลี่ยรวม 3.76 กลไกการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการ การจัดกิจกรรมและบริการ มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 3.74 และ 3.73 ด้านคุณภาพการให้บริการ มีค่าเฉลี่ยรวม 3.68 มีการกำหนดกรอบแนวทางวิธีการการจัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมการขับเคลื่อน

[1,2,3,4,5] สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
[6,7,8,9,10,11] มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศูนย์สำหรับกลุ่มเปราะบางและประชาชนในพื้นที่ มีการวางแผน แก้ไขปัญหา ช่วยเหลือ และการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจากการศึกษาศูนย์ต้นแบบมีจุดแข็งที่สำคัญ ได้แก่ การมีเครือข่ายหลากหลายร่วมดำเนินงาน คณะกรรมการ/คณะทำงาน มีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของตนเอง การส่งเสริมอาชีพด้านต่าง ๆ และความรู้นอกตำราเรียน บุคลากรมีความพร้อมในการจัดกิจกรรมและบริการแก่กลุ่มเป้าหมาย มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสม ผู้บริหารในพื้นที่ให้ความสำคัญ ส่วนจุดอ่อน ได้แก่ คณะทำงาน/คณะกรรมการ ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ ความสำคัญ ความเป็นมาในการจัดตั้ง และแนวทางการดำเนินงาน ขาดการสนับสนุนงบประมาณ การขับเคลื่อนหลักยังเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีภาระงานหลากหลาย และประชาชนยังไม่รู้จักและไม่เข้าใจบทบาทของศูนย์ โอกาส ได้แก่ มีหน่วยงานหลายภาคส่วนให้ความร่วมมือ สนับสนุน และจัดสรรทรัพยากร พร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินงาน และร่วมบูรณาการการทำงาน มีกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล หรือกลไกอื่น ๆ เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง และภาคประชาชนให้ความสำคัญจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลภาคประชาชน อุปสรรค ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลซ้ำซ้อนกับการจัดตั้งศูนย์และกลไกอื่น ๆ ในพื้นที่ ประชาชนในพื้นที่เคยชินกับการจัดสวัสดิการจากภาครัฐ จึงมีความคาดหวังจากภาครัฐมากกว่าการพึ่งพาตนเอง โดยเฉพาะการเคยชินกับการเป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ เครื่องอุปโภคบริโภค นโยบายของรัฐมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน มีงบประมาณ และทรัพยากรอย่างจำกัด ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน

แนวทางการขยายผลแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) กำหนดนโยบายการขับเคลื่อนภารกิจที่ชัดเจน ไม่ทับซ้อนกับการทำงานของหน่วยงานอื่น ๆ 2) จัดทำระเบียบหรือกฎหมายรองรับ 3) พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ/คณะทำงานอย่างต่อเนื่อง 4) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน และ5) ประสานหน่วยงานทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน

ข้อเสนอแนะจากผลงานวิจัย ได้แก่ ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล 1) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรจัดทำระเบียบหรือกฎหมายรองรับการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล 2) ควรให้ความสำคัญต่อการขับเคลื่อนศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลอย่างต่อเนื่อง 3) ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ/คณะทำงานของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลอย่างต่อเนื่อง และ4) ควรสนับสนุนการสร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อขยายผลไปพื้นที่อื่น และข้อเสนอแนะแนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร หรือภาคประชาชนที่มีความประสงค์ในการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล 1) การคัดเลือกคณะกรรมการ/คณะทำงาน ควรประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และจิตอาสา จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน และชี้แจงบทบาทหน้าที่ในแต่ละตำแหน่ง 2) การกำหนดภารกิจและบทบาทหน้าที่ ควรกำหนดแนวทางการดำเนินงาน เน้นการให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมทุกมิติ มีระบบประสานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดสวัสดิการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เป็นศูนย์กลางการบูรณาการความร่วมมือ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผลและรายงานให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบและถอดบทเรียนการดำเนินงาน 3) จัดเตรียมสถานที่ที่เหมาะสม ควรเข้าถึงสะดวก มีสภาพแวดล้อมที่ดี พื้นที่บริการที่เพียงพอ จัดทำป้ายชื่อศูนย์ กำหนดจุดรับเรื่อง และแผนผังขั้นตอนกระบวนการรับเรื่อง 4) การจัดทำกระบวนการรับเรื่อง ควรบันทึกข้อมูลในทะเบียนรับเรื่องร้องทุกข์ ลงพื้นที่ตรวจสอบข้อเท็จจริง วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ ดำเนินการประสานส่งต่อเพื่อให้ความช่วยเหลือที่ครอบคลุม บันทึกข้อมูลผลการช่วยเหลือ และรายงานผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ 5) การกำหนดมาตรฐานการดำเนินงาน ควรมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดกิจกรรมและบริการ ด้านกลไกการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการ ด้านการบูรณาการความร่วมมือ ด้านคุณภาพของการให้บริการ ด้านการจัดสภาพแวดล้อม ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพสร้างงาน สร้างอาชีพให้กับกลุ่มเปราะบางในชุมชนภายใต้การดำเนินงานของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล เพื่อการพึ่งพาตนเองในระยะยาว และแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาที่อยู่อาศัยของกลุ่มเปราะบาง

Abstract

The objectives are: 1) To study the mechanisms for mobilizing and operation of the social assistance centers in order to develop as pilot sites for social and quality of life development; 2) To explore participatory approaches in enhancing community social assistance centers; and 3) To plan and formulate policy recommendations and guidelines for the establishment and management of sub-district social assistance centers using participatory approaches. This study used Mixed-methods research combines qualitative and quantitative methods.

Subdistrict Social Assistance Center was established based on the concept of one-stop integrated social service delivery and community-based service provision, in accordance with the local level mission and responsibilities of the Ministry of Social Development and Human Security, for improving the quality of life of vulnerable groups and the general population. The center emphasizes integrated cooperation from all sectors in its establishment and co-management. However, the approaches to establishment and management remain unclear, preventing this mechanism from operating in alignment with its founding objectives. Therefore, a study is required to examine approaches for enhancement based on model centers in the study area covering 8 upper northern Thailand provinces: Chiang Mai, Lamphun, Lampang, Mae Hong Son, Chiang Rai, Phayao, Phrae, and Nan. A total of 24 centers that have demonstrated effective operations according to operational standards will serve as pilot sites for scaling up to other centers in the future.

The average operational level of the sub-district social assistance centers was found that overall; it was at a high level with an average score of 3.76, especially the environment arrangement, which had the highest average score of 3.87 for the operational management, followed by the integration of cooperation, which had an average score of 3.76. The mechanism for activities and services management had similar average scores of 3.74 and 3.73, respectively. The quality of services had an average score of 3.68. Moreover, there was a framework and method for preparation of plans, projects and activities for mobilizing the sub-district social assistance centers for vulnerable groups and local people that can be used for planning or preparing the resolution and assistance for the sub-district social assistance centers, and their operations at every step in order to help vulnerable groups in the area and refer to relevant organizations. Moreover, The study revealed key strengths including: A diverse network of partners and a committee/working group with high professional expertise. Key strengths include the promotion of vocational skills and practical, "out-of-classroom" knowledge. Furthermore, personnel are well-prepared to provide services and activities, supported by suitable facilities and strong commitment from local executives. Weaknesses: A primary challenge is that the committee and working group still lack a clear understanding of their roles, the center’s origins, and operational guidelines. There is a notable lack of budget support, with local administrative organizations acting as the sole primary drivers. Additionally, responsible staff are overburdened with multiple tasks, and the general public remains unfamiliar with the center’s role and importance.Opportunities: The center has the potential to thrive through cooperation from various sectors willing to provide resources and integrate their operations. Community welfare funds

and other local mechanisms serve as vital tools for improving the quality of life for vulnerable groups. Moreover, the civil society sector has shown significant interest in establishing community-based social assistance centers. Threats: The establishment of the center often overlaps with existing local mechanisms, leading to redundancy. A significant barrier is the public's dependency on government welfare; many citizens expect financial aid and consumer goods rather than self-reliance. Furthermore, frequent changes in government policies result in a lack of operational continuity, exacerbated by limited budgets and resources.

The guidelines for enhancing the participatory approaches: 1)Planning and formulating the policy for mobilizing the sub-district social assistance centers to have clear and non-overlapping missions 2) Preparing regulations or laws to support the establishment of sub-district social assistance centers 3) Continuously developing the potential of the committee/working group of the sub-district social assistance centers 4) Applying lesson learned from the previous operations and 5) Coordinating with all sectors to participate in developing the quality of life of vulnerable groups.

Research recommendations are categorized into two levels: policy-level proposals and operational guidelines. The policy recommendations for Sub-district Social Assistance Centers include: 1) The Ministry of Social Development and Human Security shall prepare regulations or laws to support the establishment of sub-district social assistance centers 2) Emphasize the importance of mobilizing the sub-district social assistance centers 3) Budget allocation in order to develop the potential of the committee/working group of the sub-district social assistance centers and 4) support prototype projects/areas to be applied to other places. The establishment and management approaches for local administrative organizations or civil society groups intending to establish a sub-district social assistance centers include: 1) Selection of committee/working group members should include relevant network partners from government, private sector, civil society, and volunteers, with formal appointment orders issued and role clarification for each position; 2) Definition of mission and responsibilities should establish operational guidelines emphasizing comprehensive assistance to target groups across all dimensions, implementing a referral system to relevant agencies, providing welfare coverage for target groups, serving as a central hub for collaborative integration, publicizing operations, monitoring, evaluating and reporting to stakeholders, and documenting lessons learned; 3) Preparation of appropriate facilities should ensure convenient access, favorable environment, adequate service space, center signage, designated reception points, and flowcharts of complaint reception procedures; 4) Development of complaint reception processes should include recording information in complaint registries, conducting field investigations to verify facts, analyzing problems and needs, coordinating referrals for comprehensive assistance, documenting assistance outcomes, and reporting results to stakeholders; 5) Establishment of operational standards should incorporate 5 components: activities and services, operational mechanisms and management, collaborative integration, service quality, and environmental arrangements. Recommendations for future research include investigating approaches for capacity development, job

creation, and livelihood generation for vulnerable groups in communities under the Community Social Assistance Center's operations to achieve long-term self-reliance, and approaches for promoting community participation in housing development for vulnerable groups.

บทนำ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี 2567 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า จำนวนคนจนเพิ่มขึ้นเป็น 3.43 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.89 ของประชากรทั้งประเทศเพิ่มขึ้นจากปี 2566 ที่มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 3.41 และเส้นความยากจนปรับตัวสูงขึ้นมาอยู่ที่ 3,078 บาทต่อคนต่อเดือน สถานการณ์นี้ ชี้ให้เห็นถึงลักษณะพลวัตของความยากจนที่ประชาชนสามารถเปลี่ยนสถานะระหว่าง“จน” และ “ไม่จน” ได้ตามปัจจัยเชิงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม หรือผลกระทบจากภัยธรรมชาติทั้งนี้แม้ว่าการเพิ่มขึ้นของคนจนในปีนี้อาจเป็นเพียงภาวะชั่วคราวแต่ถือเป็นสัญญาณที่ควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะแรงงานในภาคเกษตรที่มีจำนวนคนจนเพิ่มขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.49 ของคนจนทั้งหมดสะท้อนถึงความเปราะบางเชิงโครงสร้างของภาคเกษตรที่ต้องพึ่งพารายได้จากการผลิต ซึ่งมีความผันผวนสูงตามสภาพอากาศและราคาสินค้าเกษตรที ไม่แน่นอน ส่งผลให้ครัวเรือนเกษตรจำนวนมากยังคงตกอยู่ในภาวะยากจนเมื่อเศรษฐกิจภาคเกษตรเผชิญกับภาวะชะลอตัว สถานการณ์ดังกล่าวยังเห็นได้ชัดในกลุ่มคนเปราะบางต่อความยากจนที่มีจำนวนคนจนเพิ่มสูงขึ้นในทุกระดับความรุนแรง โดยกลุ่ม “คนจนมาก” เพิ่มขึ้นเป็น 8.79 แสนคน และกลุ่ม “คนจนน้อย” เพิ่มขึ้นเป็น 2.55 ล้านคน นอกจากนี้ ประชากรนอกเขตเทศบาลเผชิญกับภาวะยากจนสูงกว่าประชากรในเขตเทศบาลอย่างชัดเจน และภาคใต้มีสัดส่วนคนจนสูงที่สุดของประเทศโดยเฉพาะในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่ประสบปัญหาความยากจนเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

ครัวเรือนที่อยู่ในภาวะยากจนต้องแบกรับภาระในการดูแลสมาชิกในครัวเรือนในอัตราที่สูงกว่าครัวเรือนที่ไม่ยากจน โดยในปี 2567 อัตราการพึ่งพิงของครัวเรือนยากจนอยู่ที่ร้อยละ 103.69 ในขณะที่ครัวเรือนไม่ยากจนมีอัตราพึ่งพิงร้อยละ 60.06 ภาระดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อศักยภาพของกำลังแรงงานในครัวเรือนยากจน เนื่องจากสมาชิกในวัยแรงงานจำเป็นต้องแบ่งเวลาจากการทำงานเพื่อดูแลเด็กและผู้สูงอายุทำให้โอกาสในการสร้างรายได้ลดน้อยลง และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครัวเรือนโดยรวม สัดส่วนคนจนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามขนาดของครัวเรือนซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่มิได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ (Economically Inactive) ทำให้รายได้เฉลี ่ยต่อคนของครัวเรือนลดลง ส่งผลให้ครัวเรือนต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการขั้นพื้นฐานในการบริโภคของสมาชิกในครัวเรือนทุกคน นอกจากนี้ ประชากรที่มีระดับการศึกษาต่ำมีปัญหาความยากจนมากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีสัดส่วนคนจนสูงถึงร้อยละ 14.21 แต่เมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น สัดส่วนคนจนมีแนวโน้มลดลง โดยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีสัดส่วนคนจนต่ำกว่าร้อยละ 3.00 สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีบทบาทสำคัญต่อการลดความยากจน

ในขณะที่สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำด้านรายจ่ายของไทยยังคงอยู่ในระดับทรงตัว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคด้านรายจ่ายลดลงเล็กน้อยจาก 0.335 ในปี 2566 มาอยู่ที่ 0.333 ในปี 2567 และประชากรกลุ่มที่มีรายจ่ายต่ำ มีส่วนแบ่งการใช้จ่ายรวมเพิ่มขึ้น แต่การใช้จ่ายของกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เน้นไปที่สินค้าที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตเป็นหลักโดยกลุ่มที่มีรายจ่ายต่ำสุดร้อยละ 20 (Decile 1 และ 2) ใช้จ่ายเงินประมาณครึ่งหนึ่งของรายจ่ายทั้งหมดไปกับอาหารและเครื่องดื่ม ในขณะที่กลุ่มที่มีรายจ่ายสูงสุดร้อยละ 10 (Decile 10) มีแนวโน้มใช้จ่ายเงินไปกับสินค้าและบริการอื่นที่ไม่ใช่ปัจจัยพื้นฐาน เช่น การครอบครองและบำรุงรักษายานพาหนะ เทคโนโลยีการสื่อสารการท่องเที่ยว บริการสุขภาพเอกชนที่สะดวกรวดเร็ว และการศึกษาขั้นสูง ความแตกต่างของรูปแบบการใช้จ่ายระหว่างกลุ่มประชากรสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงคุณภาพชีวิตที่ดีการเข้าถึงโอกาสทางการศึกษามีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อยจากปีที่ผ่านมา สะท้อนจากอัตราการเข้าเรียนสุทธิโดยระดับประถมศึกษายังคงเป็นช่วงชั้นที่มีอัตราการเข้าเรียนสูงที่สุด จากนั้นแนวโน้มลดลงต่อเนื่องตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น แต่ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และอุดมศึกษาระหว่างกลุ่มเด็กที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขแม้ว่าช่องว่างอัตราการเข้าเรียนสุทธิระหว่างกลุ่มที่มี

เศรษฐฐานะสูงสุดกับกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะต่ำสุดลดลง แต่เด็กจากครัวเรือนที่มีเศรษฐฐานะต่ำสุดยังมีอัตราการเข้าเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอุดมศึกษาต่ำกว่ากลุ่มเศรษฐฐานะสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ครัวเรือนที่มีเศรษฐฐานะสูงสุดมีค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาเฉลี่ยสูงกว่าครัวเรือนที่มีเศรษฐฐานะต่ำสุดถึง 8.16 เท่า ขณะเดียวกันคุณภาพการศึกษามีความเชื่อมโยงกับสังกัดโรงเรียน ขนาดโรงเรียน และเศรษฐฐานะของครัวเรือน โดยกลุ่มโรงเรียนที่เน้นการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ หรือโรงเรียนที่มีขนาดใหญ่และขนาดใหญ่พิเศษ รวมถึงนักเรียนจากครัวเรือนที่มีเศรษฐฐานะดีกว่ามีคะแนนกาทดสอบ O-NET ที่ดีกว่านักเรียนจากครัวเรือนที่มีเศรษฐฐานะต่ำกว่าอย่างชัดเจน แม้ว่าปัจจุบันการสอบ O-NET จะเปลี่ยนจากภาคบังคับเป็นภาคสมัครใจก็ตาม

ประเทศไทยได้บรรลุความครอบคลุมในการเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพในระดับสูง โดยในปี 2567ประชากรไทยกว่าร้อยละ 99.73 ได้รับสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างไรก็ตาม ยังคงมีความเหลื่อมล้ำในการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัยระหว่างภูมิภาค โดยกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ มีสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงสวัสดิการและบริการภาครัฐ พบว่า (1) เด็กแรกเกิดในครัวเรือนที่มีเศรษฐฐานะต่ำสุดร้อยละ 40 (Bottom 40) ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ได้รับเงินอุดหนุนเพิ่มขึ้น อยู่ที่สัดส่วนร้อยละ 65.65 สูงกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐฐานะปานกลาง (Middle 50) และเศรษฐฐานะสูง (Top 10) (ซึ่งมิใช่กลุ่มเป้าหมายหลักแต่ยังได้รับเงินอุดหนุน) (2) สัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเศรษฐฐานะต่ำสุด (Decile 1) มีสัดส่วนการเข้าถึงสิทธิสูงถึงร้อยละ 97.21 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีเศรษฐฐานะดีกว่ามีแนวโน้มจะไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในสัดส ่วนที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (3) สัดส่วนคนพิการที่ได้รับเบี้ยความพิการโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ร้อยละ 81.38 อย่างไรก็ดียังคงปรากฏความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสิทธิอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มรายจ่าย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะสูงสุด (Decile 10) ซึ่งแม้จะมีสัดส่วนผู้ได้รับสิทธิเพิ่มขึ้น แต่ยังคงต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มรายจ่ายอื่น และ (4) ประชาชนที่มีรายได้น้อยได้รับความช่วยเหลือทางกฎหมายของกองทุนยุติธรรมลดลง แม้จำนวนผู้ยื่นคำขอจะเพิ่มขึ้นซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในกระบวนการพิจารณาคำขอการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานของไทยมีความก้าวหน้าอย่างมาก โดยเฉพาะบริการไฟฟ้าและโทรศัพท์เคลื่อนที่ ความสำเร็จในการขยายระบบไฟฟ้าให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้การเข้าถึงบริการไฟฟ้าของประชากรทุกระดับเศรษฐฐานะมีความเท่าเทียมกันสูง โดยกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะต่ำที่สุด (Decile 1) สามารถเข้าถึงบริการไฟฟ้าได้ถึงร้อยละ 99.57 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะสูงสุด (Decile 10) ที่มีอัตราการเข้าถึงอยู่ที่ร้อยละ 100.00 ขณะที่การเข้าถึงบริการน้ำประปาภายในบ้าน และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตยังคงมีความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะต่ำมีอัตราการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานดังกล่าวต่ำกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐฐานะดีกว่าอย่างเห็นได้ชัด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2567)

จากสภาพการณ์ดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยยังคงเผชิญหน้ากับปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำทางสังคมอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำรงชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางซึ่งมีความเสี่ยงที่อาจได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ด้านสภาพร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสริมให้กลุ่มดังกล่าวยังคงเผชิญกับปัญหาความยากจน และความเหลื่อมล้ำอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผ่านมาทุกภาคส่วนได้มีความพยายามที่จะพัฒนาประเทศด้านต่าง ๆ ให้ครอบคลุมและยั่งยืน ซึ่งเมื่อเดือนมกราคม 2565 ทีมสหประชาชาติประจำประเทศไทย ได้ลงนามในกรอบความร่วมมือ ว่าด้วยการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal : SDGs) วาระปี พ.ศ. 2565 - 2569 กับรัฐบาลไทย เพื่อให้บรรลุความมุ่งหมายอันสูงส่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายใน พ.ศ. 2573 และก้าวขึ้นเป็นประเทศรายได้สูง มีการพัฒนาที่ครอบคลุม ยั่งยืน และมีภูมิคุ้มกันต่อวิกฤต ด้วยการพัฒนาที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของทุก ๆ ด้านอย่างสมดุลบนพื้นฐานของทรัพยากรธรรมชาติ

ภูมิปัญญาและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นสถานศึกษา หน่วยงานราชการ หรือบริษัทเอกชนต่างก็นำแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืน มาปรับใช้และวางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่อยู่ในระดับสากลและนานาชาติ (สหประชาชาติประเทศไทย, 2565) ซึ่ง SDGs ประกอบด้วยเป้าหมาย 17 ข้อ โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 1 ขจัดความยากจนทุกรูปแบบในทุกพื้นที่ เป็นเป้าหมายที่สำคัญ ซึ่งสหประชาชาติระบุว่าหากไม่สามารถบรรลุเป้าหมายแรกไปได้ การบรรลุเป้าหมายอื่น ๆ ก็เป็นไปได้ยาก

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทภารกิจในการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิตประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเปราะบาง ได้ให้ความสำคัญและเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่อง จึงมีแนวคิดในการพัฒนากลไกเพื่อช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา และพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ได้ริเริ่มขับเคลื่อนโครงการ ศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล ในปีงบประมาณ 2565 เพื่อให้การขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือนเป็นรูปธรรมและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยได้มอบนโยบายในการขับเคลื่อนโครงการ ครั้งแรกในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 เพื่อเป็นการต่อยอดการให้บริการทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรมและครอบคลุมในทุกมิติแบบองค์รวม ผ่านกลไกการขับเคลื่อนเชิงพื้นที่ มุ่งเน้นการพัฒนาสังคมแบบองค์รวม เสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคีเครือข่ายเสริมพลัง (Empowerment) แก่กลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ประชาชน เพื่อให้สามารถพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันและเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

ศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล จึงเป็นกลไกสำคัญหนึ่งของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่มุ่งหวังให้สามารถช่วยแก้ไขปัญหา และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางในระดับพื้นที่ได้ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่า แนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล ยังคงขาดความชัดเจน ทำให้กลไกดังกล่าวยังไม่สามารถขับเคลื่อนได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งอย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นในการการศึกษาถึงแนวทางการยกระดับ โดยศึกษาจากศูนย์ต้นแบบที่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการดำเนินงาน เพื่อเป็นพื้นที่นำร่องขยายผลให้ศูนย์อื่น ๆ นำไปปรับใช้เป็นแนวทางต่อไป

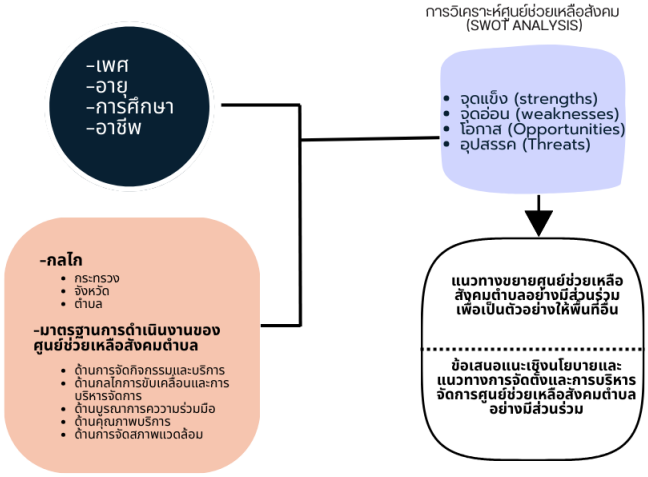
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9 เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนางานด้านวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้สอดคล้องกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านวิชาการ องค์ความรู้ ข้อมูลสารสนเทศ และให้คำปรึกษาแนะนำแก่หน่วยงานบริการทุกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ให้บริการในความรับผิดชอบของกระทรวง รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรภาคเอกชนและประชาชน มีเขตความรับผิดชอบในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน เชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน ได้ตระหนักถึงความสำคัญที่จะพัฒนาต่อยอดการขับเคลื่อนศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล ให้มีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน และครอบคลุมในทุกมิติ โดยการพัฒนางานวิชาการที่สอดรับกับแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2566 - 2570 ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) จึงได้เกิดแนวคิดในการขับเคลื่อนโครงการวิจัย “การศึกษาแนวทางการยกระดับศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางให้หลุดพ้นจากความยากจน” ขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาและสนองตอบต่อเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษากลไกการขับเคลื่อนและผลการดำเนินงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลต้นแบบสำหรับเป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต
2) เพื่อศึกษาแนวทางการขยายผลศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลอย่างมีส่วนร่วม
3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และแนวทางการจัดตั้งและการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขอบเขตของงานวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษากลไกการขับเคลื่อน ผลการดำเนินงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล และแนวทางการขยายผลศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อเป็นต้นแบบสำหรับเป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต โดยใช้แนวคิด ทฤษฎี ดังนี้

1) การบริหารแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ (2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน (3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (4) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (5) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล และ(6) การมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

2) การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพตามหลัก 4 M's ประกอบด้วย (1) ทรัพยากรบุคคล (Man) (2) งบประมาณ (Money) (3) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) และ(4) การบริหารจัดการ (Management)

3) คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ด้านรายได้ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านความเป็นอยู่ การเข้าถึงบริการภาครัฐ และการเข้าถึงเทคโนโลยี

4) การวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT Analysis) ประกอบด้วย (1) จุดแข็ง (S - Strengths) (2) จุดอ่อน (W - Weaknesses) (3) โอกาส (O - Opportunities) และ(4) อุปสรรค (T - Threats)

ขอบเขตด้านประชากร

ศึกษากลุ่มคณะกรรมการหรือคณะทำงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล นวัตกรทางสังคม นักวิจัยชุมชน เจ้าหน้าที่หน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน เชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน) ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงาน ผู้เข้ารับบริการศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล และผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จำนวน 2,350 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาในพื้นที่ 8 จังหวัด ภาคเหนือตอนบน ในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9 ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน เชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน โดยคัดเลือกศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลต้นแบบ จำนวน 24 แห่ง ได้แก่

จังหวัดเชียงใหม่	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลข่วงเปา
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลแม่สูน
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง
จังหวัดลำพูน	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมเทศบาลตำบลริมปิง
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมเทศบาลตำบลเวียงยอง
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมเทศบาลตำบลหนองล่อง
จังหวัดลำปาง	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเสด็จ
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลแจ้ซ้อน
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลล้อมแรด
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลเมืองแม่ฮ่องสอน (จองคำ)
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลผาบ่อง
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมเทศบาลตำบลขุนยวม
จังหวัดเชียงราย	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลม่วงคำ
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลแม่พริก
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมเทศบาลตำบลห้วยซ้อ
จังหวัดพะเยา	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมเทศบาลตำบลหนองหล่ม
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลแม่สุก
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมเทศบาลตำบลบ้านต๋อม
จังหวัดแพร่	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหนุน
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลตำหนักธรรม
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลนาจักร
จังหวัดน่าน	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลแงง
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมเทศบาลตำบลท่าวังผา
	ศูนย์ช่วยเหลือสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลม่วงตึ๊ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) คณะกรรมการหรือคณะทำงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล นวัตกรทางสังคม นักวิจัยชุมชน เจ้าหน้าที่หน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงาน และผู้เข้ารับบริการศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล จังหวัดละ 30 คน รวม 240 คน

2) ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐในพื้นที่ศึกษาจำนวน 24 แห่ง ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน รวมจำนวน 2,110 คน ซึ่งเป็นเป็นผู้ยินดีให้ข้อมูลและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group) แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง และแบบสอบถาม โดยการพัฒนาตัวเครื่องมือมี 3 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นข้อคำถามโดยพิจารณาจากความสอดคล้องของแนวคิดและสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ 2) พิจารณาร่างคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามโดยคณะนักวิจัย 3) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC) จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้อง เหมาะสม เที่ยงตรง และสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยได้ 4) ทดสอบการใช้เครื่องมือ (try out) จากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ทดสอบแบบสอบถาม โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับพื้นที่ศึกษา และนำมาคำนวณเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น สำหรับแบบสอบถามชุดที่ 1 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และชุดที่ 2 เท่ากับ 0.89 ซึ่งมากกว่า 0.7 ทั้ง 2 ชุด หลังจาก Tryout ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบแล้วมาปรับปรุง แก้ไขอีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเดียวกันกับการทดสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้สามารถตอบคำถามได้ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

สรุปผลการศึกษาวิจัย

1) กลไกการขับเคลื่อนและผลการดำเนินงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลต้นแบบสำหรับเป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงกลไกในการขับเคลื่อนศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) กลไกระดับกระทรวง ทำหน้าที่ในการศึกษา ส่งเสริม พัฒนาศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล รวมทั้งการบูรณาการบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประโยชน์และคุ้มค่า และส่งเสริม พัฒนาให้การขับเคลื่อนศูนย์เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย และวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล

2) กลไกระดับจังหวัด มีบทบาทในการผลักดันการทำงานร่วมกับส่วนราชการระดับจังหวัด ในการบริหารจัดการและการเชื่อมโยงการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิตภายใต้โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน

3) กลไกระดับตำบล มีบทบาทในการบริหารจัดการและการเชื่อมโยงการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต ร่วมกับคณะทำงานจากหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนในตำบลที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ซึ่งกลไกศูนย์ช่วยเหลือสังคมระดับตำบล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การจัดตั้งโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ2) การจัดตั้งโดยภาคประชาชน

สำหรับผลการดำเนินงานของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลจากพื้นที่ต้นแบบจำนวน 24 แห่ง ชี้ให้เห็นว่าภาพรวมของการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยรวม 3.76 โดยเฉพาะมีการจัดสภาพแวดล้อมภายในบริเวณศูนย์ซึ่งมีค่าเฉลี่ยรวมสูงที่สุด 3.87 การดำเนินการอยู่ในระดับมาก รองลงมาการบูรณาการร่วมมือ มีค่าเฉลี่ยรวม 3.76 ส่วนกลไกการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการ การจัดกิจกรรมและบริการ มีค่าเฉลี่ยรวมที่ใกล้เคียงกัน คือ 3.74 และ 3.73 ส่วนคุณภาพการให้บริการ มีค่าเฉลี่ยรวม 3.68 มีการกำหนดกรอบแนวทางวิธีการการจัดทำแผนงาน โครงการกิจกรรมการขับเคลื่อนศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลสำหรับกลุ่มเปราะบาง และประชาชนในพื้นที่เพื่อขับเคลื่อนศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลในอนาคตให้ชัดเจน การวางแผนแก้ไขปัญหา และช่วยเหลือการดำเนินงานของศูนย์ทุกขั้นตอน เพื่อช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางในพื้นที่และส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้การวิเคราะห์ผลการศึกษาในเชิงคุณภาพยังแสดงให้เห็นถึง จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานของศูนย์ต้นแบบ ดังนี้

จุดแข็ง

1) องค์ประกอบของคณะกรรมการ/คณะทำงานประกอบไปด้วย เครือข่ายการทำงานที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประธานศูนย์ส่งเสริมคุรภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ชมรมคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียนศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ มีทรัพยากรและศักยภาพในการให้ความช่วยเหลือประชาชน ใช้ภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนกิจกรรม

2) คณะกรรมการ/คณะทำงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลมีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของตนเอง อาทิ ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเป็นผู้มีความสามารถเรื่องการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ผู้แทนศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ จะเป็นผู้ที่มีทักษะการส่งเสริมอาชีพด้านต่าง ความรู้นอกตำราเรียน

3) มีบุคลากรในการจัดกิจกรรมและบริการให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) มีผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันได้ ทำให้การทำงานในระดับพื้นที่มีความคล่องตัว มีข้อมูลกลุ่มผู้ที่ได้รับความเดือนร้อน สามารถแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้ทันท่วงที ซึ่งเมื่อมีการแจ้งเหตุต่าง ๆ ผู้นำชุมชนก็สามารถให้ข้อมูลเบื้องต้นได้อย่างทันท่วงที ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

5) มีอาคารสถานที่ตั้งอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และประชาชนสามารถเดินทางเข้าถึงได้สะดวก และมีอุปกรณ์/เครื่องมือในการทำงานที่อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ และเพียงพอ เทคโนโลยีที่ทันสมัย ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในบริเวณอาคารสำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเป็นที่รู้จักของคนในพื้นที่อยู่แล้ว

6) ผู้บริหารส่วนราชการในพื้นที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ วัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดความร่วมมือและมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันเป็นอย่างดี

จุดอ่อน

1) คณะทำงานหรือคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ตามคำสั่งคณะทำงาน รวมถึงเป็นความเป็นมาในการจัดตั้ง และแนวทางการทำงานของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลในพื้นที่

2) ขาดการสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการไม่ว่าจะเรื่องอาคารสถานที่ ค่าสาธารณูปโภค ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์

3) การขับเคลื่อนงานภายใต้กลไกของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลยังมีไม่มาก การดำเนินงานยังเป็นการขับเคลื่อนเพียงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยงานเดียวเป็นหลัก กล่าวคือ แม้องค์ประกอบของคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประกอบไปด้วยหน่วยงานภาคีเครือข่าย แต่การขับเคลื่อนงานหลักก็ยังอยู่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล มีภาระงานที่หลากหลายด้าน ซึ่งส่วนใหญ่คือ นักพัฒนาชุมชน หรือนักสังคมสงเคราะห์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงทำให้การให้บริการกับประชาชนล่าช้า ทำให้ดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าไม่ถึงการให้บริการอย่างทั่วถึง

5) ประชาชนยังไม่รู้จักและไม่เข้าใจบทบาทของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล

โอกาส

1) มีหน่วยงานทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนภาคธุรกิจ และภาคประชาชนในพื้นที่ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี อาทิ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ ให้การสนับสนุนให้คำปรึกษารวมถึงจัดสรรทรัพยากรในการส่งเสริมและพัฒนา

2) มีหน่วยงานภาคีเครือข่ายพร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินงาน และบูรณาการในการทำงานร่วมกัน

3) มีการใช้กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล หรือกลไกอื่น ๆ เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ เช่น ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปในระดับตำบล โรงเรียนผู้สูงอายุ

4) ภาคประชาชนให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ และจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลภาคประชาชน ซึ่งมีความยืดหยุ่นในการทำงานมากกว่าศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลที่จัดตั้งโดยภาครัฐ

อุปสรรค

1) วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลมีความซ้ำซ้อนกับการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีความซ้ำซ้อนกับกลไกอื่นๆ ในพื้นที่ที่มีอยู่แล้ว เช่น คณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการขจัดความยากจนและพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

2) ประชาชนในพื้นที่เคยชินกับการจัดสวัสดิการจากภาครัฐ จึงมีความคาดหวังจากภาครัฐมากกว่าการพึ่งพาตนเอง โดยเฉพาะการเคยชินกับการเป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ เครื่องอุปโภคบริโภค

3) นโยบายของรัฐโดยเฉพาะนโยบายทางการเมืองมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่แน่นอน ทำให้ขาดการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการเมืองระดับมหภาค หรือการเมืองภาคท้องถิ่นก็ตาม

4) การช่วยเหลือประชาชนมีความจำกัดของงบประมาณ และทรัพยากรอย่างจำกัด ทำให้ขาดการทำงานที่ต่อเนื่อง

2) แนวทางการขยายผลศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลอย่างมีส่วนร่วม

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพประเด็นผลการดำเนินงาน จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลต้นแบบ จึงทำให้เกิดข้อเสนอแนวทางสำคัญ 5 แนวทางซึ่งจะสามารถนำมาขยายผลศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่

1) ควรมีการกำหนดนโยบายการขับเคลื่อนศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลให้มีภารกิจที่ชัดเจน ไม่ทับซ้อนกับการทำงานของหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) ควรจัดทำระเบียบหรือกฎหมายรองรับการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล

3) ควรมีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ/คณะทำงานของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล อย่างต่อเนื่อง

4) ควรมีการถอดบทเรียนการดำเนินงานของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลที่ผ่านมา

5) ควรมีการประสานหน่วยงานทุกภาคส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง

3) จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และแนวทางการจัดตั้งและการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม

จากการผลการศึกษา ทำให้เกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ 4 ประการ และข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร หรือภาคประชาชนที่มีความประสงค์ในการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล

1) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรจัดทำระเบียบหรือกฎหมายรองรับการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล

2) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรให้ความสำคัญต่อการขับเคลื่อนศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลอย่างต่อเนื่อง

3) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ/คณะทำงานของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลอย่างต่อเนื่อง

4) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรสนับสนุนการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการจัดบริการสวัสดิการสังคมเพื่อเป็นตัวอย่างในการขยายผลไปพื้นที่อื่น

แนวทางการจัดตั้งและบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร หรือภาคประชาชนที่มีความประสงค์ในการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล

1. การคัดเลือกคณะกรรมการ/คณะทำงาน ควรดำเนินการ ดังนี้

1) คณะกรรมการ/คณะทำงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล ควรประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และจิตอาสาในพื้นที่

2) จัดทำคำสั่ง หรือประกาศ แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล

3) ควรมีการชี้แจงสร้างความเข้าใจให้คณะกรรมการ/คณะทำงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลรับทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง

2. การกำหนดภารกิจและบทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการ/คณะทำงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล

1) ควรกำหนดแนวทางการดำเนินงาน การจัดทำแผนงาน โครงการ กิจกรรม โดยการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานเป็นประจำ

2) ควรให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ชุมชน สำรวจ และจัดทำฐานข้อมูล ปรับปรุง และอัพเดทข้อมูลสถานการณ์ทางสังคม รวมถึงกลุ่มประชากรแฝงในพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์ วางแผน และดำเนินการให้ความช่วยเหลือในทุกมิติแบบองค์รวม เน้นการให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายใน 5 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ การศึกษา รายได้ และการเข้าถึงบริการรัฐ

3) ควรมีระบบประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอรับความช่วยเหลือให้กลุ่มเป้าหมายตามสภาพปัญหาและความต้องการ

4) จัดสวัสดิการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

5) ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกมิติ

6) เป็นศูนย์กลางการบูรณาการความร่วมมือในระดับพื้นที่ เพื่อการบริการสวัสดิการสังคมคนทุกช่วงวัย ผ่านการขับเคลื่อน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มเปราะบางแบบครบวงจร

7) ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นที่รู้จักของประชาชนและสาธารณะ

8) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และรายงานให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ

9) ถอดบทเรียนการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อนำผลจากการถอดบทเรียนไปปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงานในอนาคต

3. การจัดเตรียมสถานที่ ในการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลควร

1) ควรจัดตั้งอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ประชาชนสามารถเดินทางมาใช้บริการได้สะดวก และระยะทางไม่ห่างจากชุมชนมากจนเกินไป และจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย

2) สภาพแวดล้อมบริเวณศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล ควรมีความสะอาด อากาศถ่ายเท ร่มรื่น ปลอดภัย และปลอดมลพิษ

3) มีพื้นที่ให้บริการที่เพียงพอ เหมาะสมต่อการจัดกิจกรรม/โครงการแก่กลุ่มเป้าหมาย

4) จัดทำป้ายชื่อของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล และช่องทางการติดต่อขอรับความช่วยเหลือที่สามารถ อ่านและมองเห็นได้อย่างชัดเจน

5) กำหนดจุดรับเรื่องราวร้องทุกข์ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น บริเวณด้านหน้าของอาคาร

6) จัดทำแผนผังขั้นตอนกระบวนการรับเรื่อง (Flow Chart) และติดตั้งไว้ในบริเวณจุดรับเรื่อง

4. การจัดทำกระบวนการรับเรื่อง

คณะกรรมการ/คณะทำงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล ควรมอบหมายบุคลากรเพื่อปฏิบัติหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชน ควรพิจารณาจากผู้มีจิตมุ่งบริการ (Service mind) มีความรู้เรื่องสิทธิ กฎหมายเบื้องต้น การประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการ/คณะทำงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล ควรจัดทำหรือเพิ่มช่องทางการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น Application, Line, Facebook เป็นต้น และกระบวนการรับเรื่อง ควรดำเนินการ ดังนี้

1) การรับเรื่องผู้ประสบปัญหาทางสังคม หรือประชาชน ติดต่อขอรับความช่วยเหลือ และบันทึกข้อมูลในทะเบียนข้อมูลรับเรื่องราวร้องทุกข์

2) เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน หรือ อาสาสมัคร ลงพื้นที่ตรวจสอบข้อเท็จจริง

3) คณะกรรมการ/คณะทำงาน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ประสบปัญหาทางสังคม หรือประชาชนที่ขอรับบริการ

4) คณะกรรมการ/คณะทำงาน ดำเนินการประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในระดับพื้นที่ และระดับจังหวัด เพื่อให้ความช่วยเหลือในทุกมิติแบบองค์รวม เน้นการให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายใน 5 มิติ ทั้งด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ การศึกษา รายได้ และการเข้าถึงบริการรัฐ

5) บันทึกข้อมูลผลการให้ความช่วยเหลือในทะเบียนข้อมูลรับเรื่องราวร้องทุกข์

6) ติดตาม ประเมินผลการให้ความช่วยเหลือ

7) รายงานผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

5. การกำหนดมาตรฐานการดำเนินงาน

ควรมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการจัดกิจกรรมและบริการ เช่น จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพเพื่อสร้างรายได้ การให้คำปรึกษาแนะนำการประสานส่งต่อหน่วยงานเกี่ยวข้อง

2) ด้านกลไกการขับเคลื่อนและการบริหารจัดการ เช่น การจัดทำแผนการดำเนินงาน และการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล

3) ด้านการบูรณาการความร่วมมือ เช่น การบูรณาการแผนงานโครงการกิจกรรม และงบประมาณร่วมกัน

4) ด้านคุณภาพของการให้บริการ เช่น ช่องทางในการให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์

5) ด้านการจัดสภาพแวดล้อม เช่น สภาพแวดล้อมบริเวณศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลมีความสะอาด ร่มรื่น แข็งแรง และปลอดภัย

การอภิปรายผลงานวิจัย

กลไกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและกลุ่มเปราะบาง ล้วนมีความสำคัญและต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่จะเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมให้กลไกดังกล่าวสามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรอิสระ หรือภาคประชาชน ในบทบาทและหน้าที่ของตนเองที่สามารถหนุนเสริมหรือบูรณาการความร่วมมือด้านต่าง ๆ ได้ ไม่เพียงแต่ศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลเท่านั้น ยังรวมถึงกลไกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม หรือการเมือง เป็นต้นว่า การมีระเบียบกฎหมายรองรับ การให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนงบประมาณ การสร้างพื้นที่ต้นแบบ การกำหนดแนวทางหรือนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ล้วนมีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง ผลการวิจัยในเชิงปริมาณและคุณภาพ ได้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลถึงความสำเร็จของการขับเคลื่อนศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการด้านอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ ความพร้อมด้านงบประมาณสนับสนุน ทรัพยากรมนุษย์ที่เพียงพอ มีความรู้ความสามารถจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ รวมถึงการร่วมบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพตามหลัก 4 M’s โดยปัจจัยเหล่านี้ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์ของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล และนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอทั้งในเชิงนโยบายสำหรับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และแนวทางในการจัดตั้งและบริหารจัดการสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ หรือภาคประชาชนที่สนใจจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลนำไปปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อยกระดับศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลให้เป็นกลไกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและกลุ่มเปราะบางให้สามารถหลุดพ้นจากความยากจนได้ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2564) ผลการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดย ปรัชญา เวสารัชช์(2528: 3 - 4) ได้กล่าวไว้ 4 ประการ ได้แก่ ประการแรกการสร้างโอกาส ที่เอื้อให้สมาชิกทุก ๆ คนทั้งในชุมชนและในสังคม ได้เข้าร่วมกิจกรรมซึ่งสามารถนำไปสู่และมีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาและยังต้องเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน ประการที่สอง การเข้าไปเกี่ยวข้องโดยสมัครใจและมีความเป็นประชาธิปไตยในกรณีต่าง ๆ ได้แก่ การเอื้อให้เกิดความพยายามพัฒนา การแบ่งสรรผลประโยชน์ จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมและการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายนโยบาย การวางแผน และดำเนินการโครงการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ประการที่สาม การเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ประชาชนลงทุน ลงแรง กับประโยชนที่ได้รับ และประการที่สี่ การมีส่วนร่วม ของประชาชนอาจผิดแผกแตกต่างกันไปตามสภาพเศรษฐกิจของประเทศ นโยบายและโครงสร้างการบริหาร รวมทั้งลักษณะเศรษฐกิจสังคมของประชากรด้วย อยางไรก็ตามการมีสวนร่วมของประชาชนไม่ได้เป็นเพียงเทคนิคหรือวิธีการเท่านั้น แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเอื้อประโยชน์แก่ประชาชนส่วนรวมเป็นสำคัญ ผลการศึกษาของเพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์ (2567) ศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า การดูแลกลุ่มเปราะบางต้องมีการบูรณาการจากหลายภาคส่วน มีนโยบายชัดเจน คณะกรรมการและทีมนำที่เข้มแข็ง วิเคราะห์และกำหนดปัญหาแบบมีส่วนร่วม มีแผนและงบประมาณสนับสนุน ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้การขับเคลื่อนงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางมีความชัดเจนเป็นรูปธรรม เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้ซาราห์ บินเย๊าะ (2566) ให้ข้อเสนอแนะจากการศึกษารูปแบบ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มานิ (โอรังอัสลี) เพื่อนำไปขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ 1) หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และท้องถิ่น ควรมีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และมีการติดตามประเมินผลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ควรมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักในเรื่องการสำรวจ และจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์ (โอรังอัสลี) เพื่อสร้างฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และสามารถให้หน่วยงานอื่น ๆ นำไปใช้ประโยชน์ได้ 4) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรรื้อฟื้น “กองกิจการชาติพันธุ์ เพื่อให้มีหน่วยงานรับผิดชอบระดับนโยบาย ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ไขปัญหาของกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มอื่น ๆ ในประเทศไทย 5) ควรมีการถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์มานิ (โอรังอัสลี) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพ สร้างงาน สร้างอาชีพให้กับกลุ่มเปราะบางในชุมชนภายใต้การดำเนินงานของศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล เพื่อการพึ่งพาตนเองในระยะยาว และแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาที่อยู่อาศัยของกลุ่มเปราะบาง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *คู่มือการดำเนินงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล.* กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2565). *คู่มือประเมินการดำเนินงานศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล. กรุงเทพมหานคร.* กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

ซาราห์ บินเย๊าะ. (2566). *รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มานิ (โอรังอัสลี).* https://ebooks.m-society.go.th/ebooks/download/806

ปรัชญา เวสารัชช์. (2528). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท*. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 47*(1). https://thaidj.org/index.php/tjha/article/view/15389/12213

สหประชาชาติประเทศไทย. (2565). *เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน*. https://thailand.un.org/th/about/about-the-un

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567) .*รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2567*. https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/09/Final-Report-2024_as-of-20250912.pdf

การดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดีในประเทศไทย: สายใยแห่งชีวิตภายใต้กำแพงสูง

Caring for Pregnant Female Inmates Awaiting Trial in Thailand: Threads of Life Behind High Walls

สตรีรัตน์ แสงวิเชียร[1]
Satreerat Saengwichian[2]
Correspondence: systemdevelopment.cwci@gmail.com

(Received: October 28 ,2025 Revised: November 26 ,2025 Accepted: December 4,2025)

บทคัดย่อ

ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ระหว่างพิจารณาคดีเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูงและมีความต้องการเฉพาะด้านในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต โภชนาการ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความมั่นคงทางสังคม ทำให้การดูแลกลุ่มนี้จำเป็นต้องดำเนินไปอย่างเป็นระบบและมีความละเอียดอ่อนเป็นพิเศษ โดยเฉพาะภายใต้บริบทของทัณฑสถานหญิงกลางซึ่งมีจำนวนผู้ต้องขังหญิงระหว่างพิจารณาคดีเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ส่งผลให้ภารกิจด้านสวัสดิการ การคุ้มครองสิทธิ และการดูแลสุขภาวะมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทัณฑสถานหญิงกลางจึงได้พัฒนารูปแบบการทำงานให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งการจัดตั้งศูนย์แม่และเด็ก การให้บริการฝากครรภ์ภายในเรือนจำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การประสานการคลอดกับโรงพยาบาลภายนอก การจัดโภชนาการเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การส่งเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมเฉพาะทาง รวมถึงการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการของทารกควบคู่กับระบบการดูแลสุขภาพจิตโดยทีมสหวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลดังกล่าว โดยทำหน้าที่ประเมินความต้องการเฉพาะราย ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ คุ้มครองสิทธิ และให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ต้องขังสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การตั้งครรภ์ภายในเรือนจำได้อย่างเหมาะสม บทบาทเหล่านี้สอดคล้องกับมาตรฐานสิทธิมนุษยชนสากล แนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิง และกรอบกฎหมายไทยที่มุ่งรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทั้งมารดาและเด็ก บทความนี้จึงนำเสนอถึงแนวทางการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดีของทัณฑสถานหญิงกลางผ่านการวิเคราะห์ตามมาตรฐานสากล กรอบกฎหมายไทย และการปฏิบัติจริงในบริบทของเรือนจำ ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการจัดระบบการดูแลแบบองค์รวมที่ตั้งอยู่บนหลักสิทธิมนุษยชนสามารถลดความเสี่ยงต่อสุขภาพกายและใจของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการยกระดับมาตรฐานงานราชทัณฑ์ของไทยให้สอดคล้องกับหลักความเป็นธรรม ความเท่าเทียม และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อันเป็นรากฐานของสังคมที่ศิวิไลซ์และตระหนักถึงคุณค่าของชีวิตทุกชีวิตแม้จะอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของการคุมขัง

[1] กลุ่มงานพัฒนาระบบและยุทธศาสตร์ ทัณฑสถานหญิงกลาง กรมราชทัณฑ์

[2] Department of Corrections (DOC), Central Women's Correctional Institution (CWCI)

คำสำคัญ: ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์, ผู้ต้องขังระหว่างพิจารณาคดี, สิทธิมนุษยชน

Abstract

Pregnant women awaiting trial represent one of the most vulnerable groups within the criminal justice system, with multifaceted needs that span physical health, mental well-being, nutrition, family relationships, and social stability. These unique needs require a highly structured, sensitive, and holistic approach to care - particularly within the context of the Central Women's Correctional Institution, where the number of women awaiting trial has steadily increased in recent years. This demographic shift has intensified the demands related to welfare provision, rights protection, and comprehensive health care for pregnant inmates. In response, the institution has expanded and refined its operational framework to encompass multiple dimensions, including the establishment of a Mother and Child Center, the provision of antenatal services within the prison by medical specialists, coordinated childbirth arrangements with external hospitals, tailored nutritional support, targeted health-promoting activities, and the creation of an environment conducive to early childhood development. These efforts operate in parallel with mental-health services delivered by a multidisciplinary team. Social workers play a pivotal role within this system of care, undertaking individualized needs assessments, coordinating interdisciplinary services, safeguarding rights, and providing counseling to support appropriate adjustment during pregnancy under custodial conditions. These functions align with international human rights standards, global guidelines on the treatment of women prisoners, and national legal frameworks that prioritize the dignity and well-being of both mother and child.

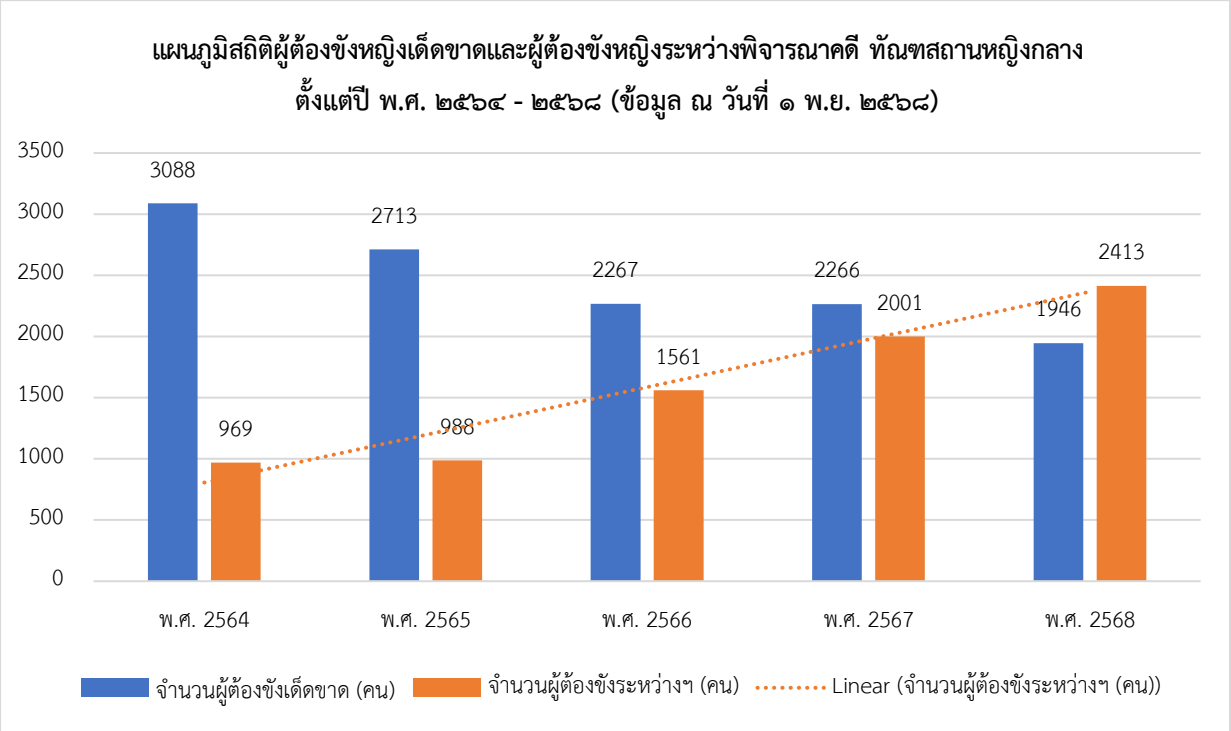
This article examines the model of care for pregnant women awaiting trial at the Central Women's Correctional Institution through an analysis grounded in international standards, Thai legal frameworks, and practical implementation within the correctional environment. The findings illustrate that a comprehensive, rights-based approach to care can effectively reduce health and psychosocial risks for pregnant inmates and their infants. Moreover, it underscores the advancement of Thailand's correctional practices toward a system rooted in humanity, fairness, equality, and respect for human dignity-core principles of a civilized society that values every life, even within the constraints of incarceration.

Keywords: Pregnant women prisoners, Pretrial detainees, Central, Human rights

บทนำ

ภายในกำแพงสูงที่กั้นโลกแห่งอิสรภาพออกจากโลกแห่งการจำกัดเสรีภาพ ยังคงมีสายใยชีวิตที่กำลังเติบโตและเต้นแรงอยู่ในครรภ์ของผู้หญิงคนหนึ่ง ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ระหว่างพิจารณาคดี เธอไม่ได้เป็นเพียง “ผู้ต้องขัง” หากแต่ยังเป็น “มารดา” ผู้กำลังแบกรับความหวังของชีวิตใหม่ที่รอคอยการลืมตาดูโลกในอนาคต ความเป็นสองสถานะเช่นนี้ ทำให้เธอกลายเป็นหนึ่งในกลุ่มที่มีความเปราะบางมากที่สุดในระบบราชทัณฑ์ ความเปราะบางนี้มิได้มีเพียงมิติด้านร่างกายที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ หากยังรวมถึงมิติด้านจิตใจที่เต็มไปด้วยความกังวล ความไม่แน่นอนต่อชะตากรรมทางกฎหมาย และความหวาดหวั่นต่อชีวิตของทารกที่กำลังเติบโตภายใน ขณะที่สังคมอาจมองบุคคลเหล่านี้เป็นผู้กระทำผิดแล้วแต่กฎหมายและหลักสิทธิมนุษยชนกลับย้ำเตือนว่าผู้ต้องขังหญิงที่อยู่ระหว่างพิจารณาคดียังคงมีสถานะเป็น “ผู้บริสุทธิ์” และต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทำให้การตั้งครรภ์แล้วต้องมาอยู่ภายในเรือนจำจึงเป็นเรื่องที่ไม่อาจมองข้ามความละเอียดอ่อนเช่นนี้เองที่ทำให้เราหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมองลึกไปถึงความต้องการพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการการดูแลที่รอบด้าน ทั้งด้านสุขภาพร่างกายที่เปราะบาง การตรวจติดตามพัฒนาการทารก การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม รวมถึงการจัดอาหารและโภชนาการที่สอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ขณะเดียวกันสภาพแวดล้อมในเรือนจำอาจสร้างแรงกดดันทางจิตใจ ทั้งความกังวลเกี่ยวกับการคลอดบุตรในสถานที่ที่จำกัดเสรีภาพ ความรู้สึกห่างไกลจากครอบครัว และความกลัวว่าเด็กแรกเกิดจะต้องเริ่มต้นชีวิตในบริบทที่แตกต่างจากโลกภายนอกอันเปิดกว้าง เมื่อพิจารณาผ่านกรอบสิทธิมนุษยชน การดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์จึงไม่ใช่เพียงประเด็นด้านสาธารณสุข แต่คือเรื่องของความเป็นมนุษย์ที่สังคมโลกให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะผ่านกรอบแนวคิดระหว่างประเทศ ข้อกำหนดด้านการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง หรือมาตรฐานสิทธิมนุษยชนต่าง ๆ ซึ่งต่างยืนยันในทิศทางเดียวกันว่าผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสมและปลอดภัย สอดคล้องกับงานวิจัย “The Needs of Incarcerated Pregnant Women: A Systematic Review of Literature” ของ Alirezaei and Latifnejad Roudsari (2022) ซึ่งเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากเอกสารวิชาการจำนวนมาก พบว่าผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ล้วนเผชิญความต้องการเฉพาะด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต โภชนาการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยมีข้อค้นพบร่วมกันว่าการดูแลอย่างเหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญต่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารกในครรภ์

บริบทดังกล่าวจึงนำไปสู่ความจำเป็นในการทำความเข้าใจภาพรวมของผู้ต้องขังหญิงในระบบราชทัณฑ์ไทย โดยเฉพาะโครงสร้างประชากรผู้ต้องขังหญิงที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ซึ่งหนึ่งในตัวสะท้อนสำคัญคือ จำนวนผู้ต้องขังหญิงระหว่างพิจารณาคดีที่เพิ่มสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงพลวัตใหม่ในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิง ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมิได้ส่งผลเฉพาะต่อจำนวนผู้ต้องขังเท่านั้น หากยังส่งผลโดยตรงต่อรูปแบบการดูแลและการบริหารจัดการภายในเรือนจำ ที่จำเป็นต้องปรับวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะด้านของผู้ต้องขังหญิงระหว่างพิจารณาคดี ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และความเหมาะสมของมาตรการคุมขังสำหรับผู้ที่กระบวนการพิจารณาคดียังไม่สิ้นสุด เพื่อให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์ได้อย่างชัดเจนจึงขอนำเสนอสถิติผู้ต้องขังหญิงเด็ดขาดและผู้ต้องขังหญิงระหว่างพิจารณาคดีของทัณฑสถานหญิงกลาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึงพ.ศ. 2568 ในรูปแบบแผนภูมิสถิติ ซึ่งสามารถสะท้อนแนวโน้มและทิศทางที่เกิดขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้อย่างเป็นรูปธรรม



จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า ผู้ต้องขังหญิงระหว่างพิจารณาคดีมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 969 คนในปี 2564 เป็น 2,413 คนในปี 2568 ซึ่งคิดเป็นการเพิ่มขึ้นมากกว่า 2.4 เท่า ในช่วงสี่ปี ขณะที่จำนวนผู้ต้องขังเด็ดขาดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สัดส่วนของผู้ต้องขังหญิงที่ยังไม่สิ้นสุดกระบวนการพิจารณาคดีมีมากขึ้นในระบบราชทัณฑ์ไทยอย่างมีนัยสำคัญ แนวโน้มนี้แสดงให้เห็นความจำเป็นในการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ต้องขังหญิงให้มีความเหมาะสมกับสถานะทางกฎหมายและความต้องการเฉพาะของกลุ่มนี้มากยิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาในมิติของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิงกลาง ข้อมูล ณ วันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 ระบุว่ามีผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์จำนวน 24 คน และผู้ต้องขังแม่ลูกอ่อนจำนวน 12 คน โดยมีเด็กในความดูแลรวม 12 คน (ชาย 7 คน และหญิง 5 คน) ซึ่งถือเป็นจำนวนสูงที่สุดเมื่อเทียบกับเรือนจำหญิงทั่วประเทศ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ทัณฑสถานหญิงกลางต้องให้ความสำคัญต่อการจัดสวัสดิการและระบบการดูแลแม่และเด็กอย่างเป็นระบบและและพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการดำเนินงานดังกล่าวอยู่ภายใต้กรอบของพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 มาตรา 39 ที่กำหนดให้ผู้บัญชาการเรือนจำสามารถอนุญาตให้เด็กอยู่ในเรือนจำได้จนถึงอายุสามปี อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติทัณฑสถานหญิงกลางมีนโยบายสนับสนุนให้เด็กอยู่ในเรือนจำไม่เกินหนึ่งปี เพื่อลดความเสี่ยงด้านพัฒนาการและป้องกันการซึมซับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อเด็กในวัยต้น กรณีที่มีญาติหรือครอบครัวรองรับ เจ้าหน้าที่จะประสานงานเพื่อส่งเด็กกลับสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุด แต่หากไม่มีญาติทัณฑสถานฯจะดำเนินการประสานเครือข่ายและหน่วยงานภายนอก เพื่อจัดหาสถานที่รองรับและดูแลเด็กอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

ดังนั้น ทัณฑสถานหญิงกลางในฐานะเรือนจำต้นแบบด้านการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิง ได้ให้ความสำคัญต่อประเด็นนี้เป็นพิเศษ เนื่องจากการดำเนินงานมิได้หยุดอยู่เพียงการปฏิบัติตามข้อกำหนดสากล หากแต่ได้ก้าวไปสู่การดูแลที่ครอบคลุมและเป็นรูปธรรม ไม่ว่าจะเป็นการจัดตั้งศูนย์แม่และเด็กที่เหมาะสม การสร้างระบบการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ครบ

วงจร ตลอดจนการส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อให้ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ไม่เพียงได้รับการดูแลในฐานะผู้ต้องขัง แต่ยังได้รับการยอมรับในฐานะมารดาผู้มีสิทธิและศักดิ์ศรีเช่นเดียวกับสตรีทั่วไปในสังคม ดังนั้น บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอเรื่องราวและมาตรการต่างๆที่ทัณฑสถานหญิงกลางได้ดำเนินการเพื่อดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ระหว่างพิจารณาคดี โดยพิจารณาผ่านกรอบสิทธิมนุษยชน กฎหมาย และมาตรฐานสากล พร้อมทั้งสะท้อนถึงความหมายในเชิงสังคมและศีลธรรมว่าการดูแลชีวิตหนึ่งที่กำลังจะถือกำเนิดขึ้นภายในเรือนจำนั้น ไม่เพียงเป็นภารกิจของสถาบันราชทัณฑ์เท่านั้น แต่ยังเป็นเครื่องพิสูจน์ถึงความศิวิไลซ์และความเป็นธรรมของระบบยุติธรรมในสังคมไทย

พัฒนาการของมาตรฐานสากลในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดี

ในระดับสากล การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังทุกคนได้รับการกำหนดกรอบไว้ภายใต้ ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำแห่งองค์การสหประชาชาติในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners – SMR) ฉบับปี 1955 ซึ่งนับเป็นหมุดหมายแรกที่ประชาคมโลกได้ร่วมกันตระหนักว่าผู้ต้องขังและผู้ต้องขังระหว่างพิจารณาคดี คือ บุคคลที่ต้องได้รับการคุ้มครองในฐานะมนุษย์ไม่ใช่เพียงผู้ถูกลงโทษ ข้อกำหนด SMR ปี ค.ศ.1955 จึงเป็นครั้งแรกที่สิทธิพื้นฐานของผู้ต้องขังถูกระบุไว้อย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมตั้งแต่สิทธิด้านสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การป้องกันการปฏิบัติที่โหดร้าย ไปจนถึงการดูแลผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบาง อย่างไรก็ตามเมื่อเวลาผ่านไปและบริบททางสังคมโลกได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มาตรฐานเดิมจากปี ค.ศ. 1955 เริ่มล้าสมัย ประชาคมโลกจึงยกระดับการทบทวนและปรับปรุงข้อกำหนด SMR อย่างเป็นทางการ จนเกิดเป็นข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำแห่งองค์การสหประชาชาติในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners) ปี ค.ศ.2015 หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “ข้อกำหนดแมนเดลา” (Nelson Mandela Rules) ดังนั้น ข้อกำหนดแมนเดอลาจึงไม่ใช่ข้อกำหนดที่เขียนขึ้นใหม่ทั้งหมด แต่เป็นการปรับปรุงข้อกำหนด SMR ใน 8 หัวข้อสำคัญ เพื่อสะท้อนบทเรียนด้านสิทธิมนุษยชนและมาตรฐานทางราชทัณฑ์ที่พัฒนาอย่างก้าวกระโดดในช่วงกว่า 60 ปีที่ผ่านมา

จากรากฐานกว้างๆที่วางโดยข้อกำหนด SMR ปี ค.ศ. 1955 ซึ่งได้พัฒนาขึ้นเป็น ข้อกำหนดแมนเดลา ในปี ค.ศ. 2015 กระแสความตื่นตัวนี้ไม่ได้เกิดจากเวทีนานาชาติเพียงอย่างเดียว หากยังได้รับแรงผลักดันที่ทรงพลังจากสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา ผู้ทรงอุทิศพระวิริยอุตสาหะในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ต้องขังหญิงมาอย่างต่อเนื่อง พระองค์ทรงเล็งเห็นความเปราะบางของผู้ต้องขังหญิงตั้งแต่ครั้งเสด็จเยือนทัณฑสถานหญิงกลางเมื่อปี พ.ศ. 2544 เพื่อทอดพระเนตรชีวิตของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ ผู้ต้องขังที่ให้นมบุตร และเด็กติดผู้ต้องขัง พระองค์ทรงเห็นอย่างชัดเจนว่ากลุ่มสตรีเหล่านี้ควรเป็นผู้ที่ได้รับการคุ้มครอง จากสายพระเนตรที่มองเห็นความเป็นมนุษย์ของสตรีเบื้องหลังประตูเรือนจำ พระองค์จึงทรงผลักดันการคุ้มครองผู้ต้องขังหญิงในระดับนานาชาติจนเกิดเป็นแรงสนับสนุนสำคัญให้สหประชาชาติจัดทำ “ข้อกำหนดสหประชาชาติว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงและมาตรการที่มิใช่การคุมขังสำหรับผู้กระทำผิดหญิง”(United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders) และเพื่อเป็นเกียรติแก่บทบาทเชิงประวัติศาสตร์ของประเทศไทยในการผลักดันเรื่องนี้ สหประชาชาติจึงตั้งชื่อข้อกำหนดดังกล่าวว่า “ข้อกำหนดกรุงเทพ” (Bangkok Rules) โดยข้อกำหนดกรุงเทพนั้นยังสอดคล้องกับ มาตรฐานขั้นต่ำสหประชาชาติว่าด้วยมาตรการที่มิใช่การคุมขัง (United Nations Standard Minimum Rules for Non-custodial Measures)หรือ ข้อกำหนดโตเกียว (Tokyo Rules) โดยเฉพาะข้อกำหนดกรุงเทพ ข้อที่ 57 ซึ่ง

เสนอให้รัฐสมาชิกพิจารณาใช้มาตรการอื่นที่มิใช่การคุมขังสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงที่มีบุตรเล็ก เว้นแต่ในกรณีที่มีเหตุผลจำเป็นอย่างยิ่งด้านความมั่นคงหรือความยุติธรรม แนวทางนี้เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้ต่อสู้คดีภายนอกเรือนจำหรือได้รับโทษทางเลือก เช่น การคุมประพฤติ หรือการติดตามในชุมชน ซึ่งเป็นมาตรการที่ช่วยลดความเสี่ยงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะต่อเด็กในครรภ์ที่ไม่ควรถูกผลกระทบจากโทษจำคุกของมารดา ในทำนองเดียวกันข้อกำหนดกรุงเทพ ข้อ 64 ยังเน้นย้ำการใช้มาตรการที่ไม่ใช่การคุมขังในกรณีที่เหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับผลประโยชน์สูงสุดของบุตรเป็นสำคัญ แนวคิดนี้สะท้อนแนวโน้มโลกยุคใหม่ที่ต้องการสร้างระบบยุติธรรมที่เคียงคู่ด้วยความเข้าใจและความเมตตา ไม่ใช่เพียงการลงโทษแต่เป็นการคุ้มครองชีวิตที่ยังไม่อาจปกป้องตนเองได้

กรอบกฎหมายไทยที่รองรับสิทธิของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดี

เมื่อหันกลับมาสำรวจบริบทของประเทศไทย การคุ้มครองผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดีมิได้ตั้งอยู่บนหลักมนุษยธรรมเพียงอย่างเดียวหากยังมีรากฐานจากกฎหมายระดับสูงและกฎหมายลำดับรองที่มีผลบังคับใช้อย่างชัดเจน ภาพรวมของกฎหมายไทยสะท้อนแนวคิดเดียวกับมาตรฐานสากลที่โลกให้การยอมรับว่าผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์คือบุคคลที่ต้องได้รับการคุ้มครองเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในห้วงเวลาที่ชีวิตอีกหนึ่งชีวิตกำลังเติบโตอยู่ภายในครรภ์ซึ่งมีความเปราะบางทั้งทางกายและจิตใจ โดยหัวใจสำคัญของระบบกฎหมายไทยเริ่มต้นจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 29 วรรคสอง ที่วางหลักสันนิษฐานไว้ก่อนว่าบริสุทธิ์อันเป็นหลักสิทธิมนุษยชนพื้นฐานซึ่งระบุชัดว่า “ในคดีอาญา ให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยไม่มีความผิด และก่อนมีคำพิพากษาอันถึงที่สุดแสดงว่าบุคคลใดได้กระทำความผิด จะปฏิบัติต่อบุคคลนั้นเสมือนเป็นผู้กระทำความผิดมิได้” หลักการนี้มิได้เป็นเพียงข้อความเชิงกฎหมาย แต่เป็นสิ่งสำคัญที่ย้ำว่าผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ระหว่างพิจารณาคดี ยังคงมีสถานะเป็นผู้บริสุทธิ์ในสายตาของกฎหมายและต้องได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากผู้ต้องขังเด็ดขาด

การทำให้หลักสิทธิตามรัฐธรรมนูญเกิดขึ้นได้จริงต่อผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดีจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือทางกฎหมาย โดยเฉพาะพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดหลักการสำคัญว่าผู้ต้องขังทุกคนต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม มีสิทธิในการรักษาพยาบาล และต้องไม่ถูกปฏิบัติในลักษณะโหดร้ายหรือย่ำยีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กฎหมายฉบับนี้ยังมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ต้องขังที่มีความเปราะบาง เช่น ผู้ต้องขังหญิง เด็กที่อยู่กับมารดา และผู้ต้องขังที่มีภาวะสุขภาพจำเป็นพิเศษ ซึ่งล้วนสอดคล้องกับแนวทางสากลที่เน้นความคุ้มครองเป็นพิเศษแก่กลุ่มเสี่ยง คู่ขนานกับพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ที่วางหลักผลประโยชน์สูงสุดของเด็ก ซึ่งมีผลโดยตรงต่อทารกและเด็กเล็กที่จำเป็นต้องอยู่ในเรือนจำกับมารดา หลักการนี้ช่วยขยายกรอบการดูแลเด็กในเรือนจำให้ไม่ใช่เพียงประเด็นทางสังคม แต่เป็นเรื่องของสิทธิขั้นพื้นฐานที่ต้องได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย เพื่อรองรับการปฏิบัติในระดับเรือนจำ/ทัณฑสถาน กรมราชทัณฑ์ได้จัดทำระเบียบสำคัญขึ้นสองฉบับในปี พ.ศ. 2561 ได้แก่ ระเบียบกรมราชทัณฑ์ว่าด้วยการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร พ.ศ. 2561 และ ระเบียบกรมราชทัณฑ์ว่าด้วยเด็กในความดูแลของผู้ต้องขัง พ.ศ. 2561 ซึ่งระเบียบเหล่านี้เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนสิทธิของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์สู่การปฏิบัติจริง โดยกำหนดมาตรฐานอย่างชัดเจน อาทิ การตรวจครรภ์ตามมาตรฐานทางการแพทย์ การจัดอาหารเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การจัดสถานที่คลอดที่ปลอดภัยภายนอกเรือนจำ การคุ้มครองสิทธิการให้นมบุตร การห้ามมอบหมายงานที่เป็นอันตราย การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กที่อยู่ในเรือนจำ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเติบโตตามวัย ฯลฯ ทั้งหมดนี้ช่วยให้ระบบราชทัณฑ์ไทยเคลื่อนจากสถานที่คุมขังไปสู่สถานที่คุ้มครองศักดิ์ศรีและสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์และเด็กเล็กอย่างเป็นรูปธรรม

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกรอบกฎหมายไทยกับมาตรฐานสากล อาทิ Mandela Rules (2015), Bangkok Rules (2010) และหลักการเกี่ยวกับมาตรการที่ไม่ใช้การคุมขังตาม Tokyo Rules (1990) จะพบว่าประเทศไทยมีพัฒนาการที่ก้าวหน้าในหลายด้าน โดยเฉพาะการคำนึงถึงสุขภาพและสวัสดิการของมารดาและทารกในระหว่างการต้องโทษ ไม่ว่าจะเป็นการจัดบริการสุขภาพแม่และเด็ก การจัดโภชนาการเฉพาะ การงดเว้นงานที่อาจเป็นอันตรายต่อครรภ์ ตลอดจนการจัดให้เด็กเล็กได้รับการดูแลตามหลักพัฒนาการที่เหมาะสม ทั้งหมดนี้สะท้อนถึงความพยายามของภาครัฐไทยในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ต้องขังหญิงให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนสากล อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะการบัญญัติมาตรการ ทางเลือกแทนการคุมขังสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงที่มีบุตรเล็ก ซึ่งแม้จะเป็นหลักการสำคัญที่ระบุไว้ในข้อกำหนดกรุงเทพ (Bangkok Rules) ข้อ 57 และข้อ 64 ที่เน้นให้รัฐสมาชิกใช้มาตรการที่ไม่ใช่การคุมขังเว้นแต่มีเหตุจำเป็นด้านความมั่นคงหรือกระบวนการยุติธรรม แต่กฎหมายไทยยังมิได้กำหนดกลไกดังกล่าวอย่างชัดเจน ส่งผลให้ยังคงมีช่องว่างในด้านการคุ้มครองกลุ่มเปราะบางนี้ภายใต้กระบวนการยุติธรรมทางอาญา ในทางตรงกันข้ามหลายประเทศได้ขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมแล้ว อย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีนโยบายทางเลือกแทนการคุมขังสำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารก ใน 12 รัฐ โดยรัฐเหล่านี้ได้พัฒนาแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการจำเพาะของมารดาและเด็กอย่างรอบด้าน ครอบคลุมมาตรการสำคัญ 3 รูปแบบ รูปแบบแรก คือ โทษทางเลือกแทนการจำคุก (Alternative Sentencing) เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์หรือหญิงที่มีบุตรเล็กได้รับโทษทางเลือกแทนการถูกคุมขัง ช่วยลดผลกระทบด้านสุขภาพกายใจ และป้องกันการแยกมารดาออกจากทารกในช่วงเวลาสำคัญหลังคลอด รูปแบบที่สอง คือ โครงการสถานรับเลี้ยงเด็กในเรือนจำ (Prison Nursery Programs) อนุญาตให้ทารกแรกเกิดอาศัยอยู่กับมารดาภายในเรือนจำ ช่วยสร้างสายใยผูกพันขั้นพื้นฐานและลดความเสี่ยงด้านพัฒนาการของเด็ก ซึ่งเป็นช่วงที่ความผูกพันทางอารมณ์มีความจำเป็นอย่างยิ่ง และรูปแบบที่สาม คือ โครงการชุมชนเพื่ออยู่อาศัยกับทารก (Community-Based Programs) เปิดโอกาสให้หญิงหลังคลอดอยู่อาศัยในชุมชนภายใต้การกำกับดูแลของรัฐพร้อมทารกแรกเกิด ลดแรงกดดันของสภาพแวดล้อมเรือนจำ และส่งเสริมการเลี้ยงดูในบริบทแบบครอบครัว โดยรัฐทั้ง 12 รัฐนี้ถือเป็น ต้นแบบ (model states) ของการออกแบบนโยบายที่คำนึงถึงสิทธิ สุขภาพ และความเป็นอยู่ของมารดาและทารกในบริบทของระบบยุติธรรมอาญาอย่างแท้จริง สะท้อนให้เห็นว่ามาตรการทางเลือกแทนการคุมขังไม่เพียงช่วยลดผลกระทบเชิงสังคม จิตใจ และพัฒนาการของเด็กเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนการฟื้นฟูและการคืนคนดีสู่สังคมอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามเมื่อมองถึงภาพรวมกรอบกฎหมายไทยที่มีอยู่ในปัจจุบันถือได้ว่ามีการวางรากฐานที่มั่นคงในการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดี ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ ความปลอดภัย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือสิทธิของเด็กที่เกี่ยวข้อง กฎหมายระดับรัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก และระเบียบกรมราชทัณฑ์ ล้วนทำหน้าที่ส่งเสริมให้เรือนจำมิใช่เพียงสถานที่ควบคุมตัว แต่เป็นระบบที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้หญิงทุกคน แม้กระทั่งผู้หญิงที่อยู่ในสถานะผู้ต้องขังระหว่างพิจารณาคดี ซึ่งสะท้อนคุณภาพของหลักนิติรัฐและความศิวิไลซ์ของสังคมไทยได้อย่างชัดเจน

การดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดีของทัณฑสถานหญิงกลาง

เมื่อมาตรฐานสากลและกรอบกฎหมายได้วางรากฐานไว้อย่างมั่นคงแล้ว การนำหลักการเหล่านั้นมาสู่การปฏิบัติจริงจึงเป็นบทพิสูจน์ที่สำคัญของระบบราชทัณฑ์ไทย โดยเฉพาะที่ทัณฑสถานหญิงกลาง ซึ่งเป็นเรือนจำต้นแบบด้านการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิง หนึ่งในสิ่งที่สะท้อนถึงความก้าวหน้าคือการจัดตั้งศูนย์แม่และเด็ก อันเป็นพื้นที่เฉพาะที่ออกแบบมาเพื่อรองรับชีวิตของมารดาและทารกในเรือนจำ โดยศูนย์แม่และเด็กแห่งนี้มิได้ถือกำเนิดขึ้นในทันที หากแต่สั่งสมพัฒนาการจาก “ห้องบริบาลทารก” ที่ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 กระทั่งเกิดความเปลี่ยนแปลงสำคัญเมื่อ สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา เสด็จเยือนทัณฑสถานหญิงกลางเป็นการส่วนพระองค์ครั้งแรก เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2544 เพื่อทอดพระเนตรชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ ผู้ต้องขังที่ให้นมบุตร และเด็กติดผู้ต้องขัง ณ ศูนย์บริบาลทารกในขณะนั้น พระองค์ทรงเล็งเห็นถึงความเปราะบางของผู้ต้องขังกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มน้อยในเรือนจำที่มักถูกละเลย และทรงมีพระราชปณิธานที่จะยกระดับมาตรการดูแลให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น จากการเสด็จเยือนครั้งนั้นได้นำไปสู่การขับเคลื่อนหลักที่สำคัญ ได้แก่ การจัดตั้งโครงการกำลังใจ (Inspire) ในปี พ.ศ. 2549 การผลักดันข้อกำหนดสหประชาชาติสำหรับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำ (ELFI) ในปี พ.ศ. 2551 และ การผลักดันให้เกิดข้อกำหนดสหประชาชาติว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงและมาตรการที่มิใช่การคุมขังสำหรับผู้กระทำผิดหญิง หรือ “ข้อกำหนดกรุงเทพ” (Bangkok Rules) ซึ่งได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการโดยองค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2553

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นภาพสะท้อนถึงความตั้งใจที่ไม่หยุดนิ่งของประเทศไทยที่จะยกระดับมาตรการดูแลให้เทียบเท่ากับมาตรฐานสังคมภายนอก กรมราชทัณฑ์และทัณฑสถานหญิงกลางได้ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยภายในศูนย์แม่และเด็กได้จัดสรรพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างครบถ้วน ทั้งมุมให้นมบุตรที่เอื้อต่อความเป็นส่วนตัวและความผ่อนคลาย พื้นที่ฝึกคลานสำหรับทารกในวัยเริ่มเคลื่อนไหว มุมหนังสือนิทานและมุมของเล่นเสริมพัฒนาการ เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้และเติบโตอย่างมีคุณภาพในสภาพแวดล้อมที่ใกล้เคียงกับโลกภายนอกที่สุด การออกแบบเช่นนี้ไม่เพียงช่วยเสริมสร้างพัฒนาการที่เหมาะสมแก่เด็ก แต่ยังช่วยเยียวยาจิตใจของมารดา ให้รู้สึกว่าลูกของตนมิได้ถูกกีดกันออกจากโอกาสแห่งการเรียนรู้และความรัก นอกจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาแล้ว มาตรการด้านสุขภาพกายก็ถือเป็นหัวใจของการดูแลที่รอบด้าน ทัณฑสถานหญิงกลางได้จัดให้มีคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ ภายในเรือนจำ โดยมีสูตินรีแพทย์เข้ามาตรวจเป็นประจำทุกสัปดาห์ การตรวจครรภ์ การติดตามพัฒนาการทารก และการคัดกรองภาวะเสี่ยงจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ นอกจากนี้ ยังได้ประสานงานกับ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อรองรับการฝากครรภ์และการคลอดบุตรในสภาพแวดล้อมที่มีความพร้อมด้านอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์โดยสมบูรณ์

ในมิติด้านโภชนาการ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการจัดสรรอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน รวมถึงอาหารเสริมที่จำเป็นต่อการตั้งครรภ์ เช่น ธาตุเหล็ก แคลเซียม และโฟลิก เพื่อบำรุงทั้งแม่และทารกในครรภ์ให้แข็งแรง นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมเสริมสุขภาพ เช่น โยคะบำบัดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด คลายความปวดเมื่อย และเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการคลอด มาตรการด้านสภาพแวดล้อมและสุขภาพกายเช่นนี้จึงไม่ได้เป็นเพียงการตอบสนองต่อข้อกำหนดสากลเท่านั้น หากยังเป็นการส่งสารเชิงสัญลักษณ์ไปยังสังคมว่า แม้ผู้หญิงเหล่านี้จะอยู่ในเรือนจำ แต่ชีวิตใหม่ที่กำลังจะถือกำเนิดขึ้นย่อมต้องได้รับการโอบอุ้มอย่างสมบูรณ์ ทัณฑสถานหญิงกลางจึงมิได้ทำหน้าที่เพียงคุมขัง หากยังทำหน้าที่เป็น “พื้นที่แห่งการปกป้อง” ที่ผสานทั้งความเข้มงวดของระเบียบกับความละมุนของการดูแลเพื่อสร้างสมดุลระหว่างความยุติธรรมและความเป็นมนุษย์

นอกเหนือจากการดูแลด้านสภาพแวดล้อมและสุขภาพกายแล้ว มิติที่สำคัญไม่แพ้กันคือ สุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อทั้งแม่และเด็ก การตั้งครรภ์ภายใต้ข้อจำกัดของเรือนจำอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยว และความหวาดหวั่นในหลายมิติ ทัณฑสถานหญิงกลางตระหนักถึงความละเอียดอ่อนนี้ จึงได้จัดระบบการดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีนักจิตวิทยาประจำ 2 คน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ต้องขังอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ต้องขังหญิงตั้งแต่แรกเข้า การให้คำปรึกษาเชิงลึกทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ไปจนถึงการจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพลังใจและผ่อนคลายความตึงเครียด สำหรับการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์นั้น จะได้รับความใส่ใจมากยิ่งขึ้น โดยจะมีนักสังคมสงเคราะห์ประจำอยู่ที่ศูนย์แม่และเด็ก คอยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักอย่างใกล้ชิดในมิติที่เกี่ยวกับครอบครัว ความผูกพันแม่ลูก และการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ต้องขังที่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์จนถึงการดูแลหลังคลอด รวมถึงการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายต่างๆในการมาเป็นวิทยากร เช่น อาจารย์จากสภากาชาดไทย ที่เข้ามาให้ความรู้และคำปรึกษาในเชิงลึกด้านสุขภาพกายและใจ นอกจากนี้ยังมีการจัดระบบ ผู้ต้องขังจิตอาสา ที่ผ่านการอบรม เพื่อให้ช่วยเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขัง ทำให้เกิดบรรยากาศของการพึ่งพาและเกื้อกูลกันภายในเรือนจำ

ความสำเร็จในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ในมิติต่างๆได้สะท้อนออกมาอย่างชัดเจนผ่านรางวัลแห่งความภาคภูมิใจ ทัณฑสถานหญิงกลางได้รับรางวัลเลิศรัฐ ประเภทขับเคลื่อนเห็นผลระดับดีเด่น ด้านผลงานการให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์และเด็กติดผู้ต้องขัง ประจำปี พ.ศ. 2568 การที่ทัณฑสถานหญิงกลางได้รับรางวัลในสาขานี้จึงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นและความทุ่มเทของหน่วยงานราชทัณฑ์ในการขับเคลื่อนนโยบายราชทัณฑ์เพื่อสังคมมาสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริงผ่านการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ต้องขังหญิงที่ยึดหลักสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม และการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นแม่และความเป็นมนุษย์ รางวัลนี้จึงมิใช่เพียงเครื่องหมายแห่งความภาคภูมิใจของเจ้าหน้าที่ทัณฑสถานเท่านั้น หากยังเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงพลังของระบบราชทัณฑ์ไทย ซึ่งสามารถก้าวข้ามภาพจำของ “สถานที่คุมขัง” ไปสู่ “พื้นที่แห่งการเยียวยาและการให้โอกาส” ที่ส่งเสริมให้ทุกชีวิตได้เริ่มต้นใหม่อย่างมีคุณค่า

ในห้วงเวลาที่ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งกายและใจ ครอบครัวยังคงเป็นหลักยึดเหนี่ยวสำคัญที่ไม่อาจละเลยได้ เพราะครอบครัวคือรากฐานแห่งความรัก ความอบอุ่น และกำลังใจที่ช่วยพยุงเธอให้ก้าวผ่านช่วงเวลาอันเปราะบางไปได้อย่างมั่นคง ทัณฑสถานหญิงกลางจึงได้จัดให้มีกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ สายใยรักครอบครัว ภายใต้โครงการปฐมนิเทศผู้ต้องขังเข้าใหม่ เพื่อเปิดพื้นที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความรู้สึกและเสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน ทั้งผู้ที่อยู่ภายในและผู้ที่อยู่ภายนอกกำแพงสูง การมีพื้นที่เช่นนี้ช่วยลดช่องว่างทางอารมณ์ ทำให้ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ตระหนักว่าตนเองยังคงมีคุณค่าในสายตาของครอบครัวและไม่เคยถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ ทัณฑสถานได้พัฒนาระบบการเยี่ยมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เยี่ยมไลน์) โดยเพิ่มรอบการเยี่ยมและจัดหาเครื่องมือที่เพียงพอ เพื่อให้ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์สามารถสื่อสารกับครอบครัวได้บ่อยครั้งยิ่งขึ้น ความเชื่อมโยงทางสายตาและน้ำเสียงแม้จะผ่านจอภาพยังเป็นพลังใจที่ยิ่งใหญ่สำหรับแม่ที่กำลังอุ้มท้อง และเป็นหลักประกันว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจะไม่ถูกตัดขาดเพียงเพราะกำแพงของเรือนจำ อีกหนึ่งมาตรการที่มีความหมายลึกซึ้งคือ กิจกรรมพาลูกเยี่ยมแม่ สำหรับเด็กที่อยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์ ซึ่งเปิดโอกาสให้เด็กได้กลับมาโอบกอดและเชื่อมสายใยแห่งความรักกับมารดา เป็นการสร้างความทรงจำอันอบอุ่นที่ช่วยเสริมพลังชีวิตให้ทั้งแม่และลูก มาตรการเชื่อมโยงกับครอบครัวเหล่านี้มิได้เป็นเพียงกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ แต่คือการทำให้สิทธิในความเป็นครอบครัวของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์เป็นจริงขึ้นมาในชีวิตประจำวัน และยังเป็นเครื่องยืนยันว่าทัณฑสถานหญิงกลางมิได้มอง

ผู้ต้องขังเพียงในฐานะบุคคลที่ถูกจำกัดเสรีภาพ แต่ยังมองในมิติของความเป็นลูก ภรรยา และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ความเป็นแม่” ที่มีสายใยอันแนบแน่นกับครอบครัว

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดี

การดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดีเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความเข้าใจทั้งด้านกฎหมาย สิทธิมนุษยชน การทำงานเชิงสหวิชาชีพ และความเข้าใจต่อบริบททางด้านสังคมจิตใจของผู้หญิงที่กำลังเผชิญความเปราะบางสูงสุดในชีวิต การปฏิบัติหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ในบริบทนี้จึงมิใช่เพียงบทบาทด้านการให้บริการ แต่เป็นภารกิจที่มีฐานรองรับจากหลักวิชาการ กลไกคุ้มครองสิทธิ และมาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องขังหญิงและสตรีตั้งครรภ์โดยตรง ผู้เขียนในฐานะนักสังคมสงเคราะห์ประจำทัณฑสถานหญิงกลาง ได้มีโอกาสปฏิบัติงานกับผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์โดยตรง จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องดูแลผู้ต้องขังกลุ่มนี้อย่างรอบด้านและมีมาตรฐาน โดยบทบาทหลักสามารถแบ่งได้เป็น 5 มิติสำคัญ ดังนี้

1. บทบาทด้านการประเมินความต้องการและความเปราะบางเฉพาะบุคคล

ในกระบวนการรับตัวผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ นักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่ประเมินสภาพปัญหาอย่างรอบด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ภาวะโภชนาการ สถานะครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงด้านคดี และประวัติความรุนแรงหรือบาดแผลทางใจ การประเมินดังกล่าวช่วยให้เข้าใจความเปราะบางในเชิงลึกของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการวางแผนการดูแลเฉพาะรายเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

2. บทบาทด้านการวางแผนและประสานการดูแลแบบสหวิชาชีพ

นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานหลัก (case manager) ระหว่างหน่วยงานภายในและหน่วยบริการภายนอก เช่น แพทย์และพยาบาลในเรือนจำ โรงพยาบาลคู่สัญญา นักจิตวิทยา ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักภายนอก หน่วยงานคุ้มครองเด็กหรือหน่วยบริการสังคมอื่น ฯลฯ การทำงานเชิงสหวิชาชีพนี้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ การตรวจติดตามพัฒนาการทารก การวางแผนการคลอด และการดูแลหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง อันเป็นหัวใจสำคัญของมาตรฐานสากล

3. บทบาทด้านการคุ้มครองสิทธิและการสนับสนุนทางกฎหมาย

ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดียังคงมีสถานะเป็นผู้บริสุทธิ์ตามหลักสันนิษฐานไว้ก่อนว่าบริสุทธิ์ นักสังคมสงเคราะห์จึงมีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบให้มั่นใจว่าผู้ต้องขังไม่ถูกปฏิบัติในลักษณะลงโทษ สนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสิทธิ และให้คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม เพื่อคุ้มครองไม่ให้ความเครียดหรือผลกระทบจากการคุมขังส่งผลรุนแรงต่อสุขภาพกายและใจของมารดาและทารกในครรภ์

4. บทบาทด้านการให้คำปรึกษา การเสริมพลัง และการสนับสนุนทางอารมณ์

การตั้งครรภ์ในเรือนจำทำให้ผู้ต้องขังหญิงเผชิญความวิตกกังวลอย่างสูง นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องให้การปรึกษาเชิงจิตสังคม เพื่อช่วยจัดการความเครียด ความกลัวเกี่ยวกับการคลอด และช่วยเสริมพลังให้ผู้ต้องขังสามารถปรับตัวกับบทบาทความเป็นแม่ภายใต้ข้อจำกัดของการคุมขัง การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเครือข่ายยังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ โดยในปี พ.ศ. 2568 ทัณฑสถานหญิงกลางยังได้ริเริ่มโครงการส่งเสริมสุขภาวะและการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrated Well-being Promotion and Counseling Program: IWC Program) ซึ่งเป็นการทำงานเชิงรุก โดยรวมทีมสหวิชาชีพ ทั้งนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และพยาบาล เพื่อทำงานเชิงป้องกัน แก้ไขปัญหาก่อนที่จะลุกลาม และเสริมสร้างสุขภาวะให้ผู้ต้องขังหญิงทุกกลุ่ม รวมถึงผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ โครงการนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้การดูแลด้านสุขภาพกายและจิตมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

มาตรการเช่นนี้สะท้อนถึงแนวคิดที่ว่าการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ไม่ใช่เพียงการป้องกันปัญหาเชิงกายภาพ แต่คือการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ เพื่อให้มารดามีกำลังใจและความพร้อมที่จะโอบอุ้มชีวิตใหม่ที่กำลังจะถือกำเนิดขึ้น

5. บทบาทด้านการเตรียมความพร้อมหลังคลอดและก่อนปล่อยตัว

นักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่วางแผนแนวทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับมารดาและทารก ไม่ว่าจะเป็นการประเมินความเหมาะสมของการให้เด็กอยู่กับมารดาในเรือนจำ การประสานงานตรวจสุขภาพทารก การดูแลสภาวการณ์ด้านอารมณ์หลังคลอด การวางแผนการเลี้ยงดู และการเตรียมครอบครัวภายนอกให้พร้อมหากต้องรับเด็กออกไปดูแล รวมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว (ปล่อยระหว่างพิจารณาคดีหรือยกฟ้อง) เพื่อให้มารดาสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างมั่นคง ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การดูแลบุตร และความสัมพันธ์กับครอบครัว

กล่าวโดยสรุปได้ว่าบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ระหว่างพิจารณาคดีเป็นกระบวนการที่บูรณาการองค์ความรู้ด้านสังคมสงเคราะห์ กฎหมาย สิทธิมนุษยชน มาตรฐานสากล และแนวคิดด้านสุขภาพแม่และเด็กเข้าด้วยกัน โดยนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ประเมินความต้องการเฉพาะราย ประสานงานแบบสหวิชาชีพ คุ้มครองสิทธิ ให้การปรึกษาเชิงจิตสังคม และวางแผนการดูแลทั้งช่วงตั้งครรภ์ หลังคลอด และก่อนปล่อยตัว การดำเนินบทบาทดังกล่าวช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์เป็นไปอย่างเป็นระบบ มีมาตรฐาน และสอดคล้องกับหลักนิติรัฐและแนวคิดด้านความมั่นคงของมนุษย์ โดยมุ่งลดความเสี่ยงต่อทั้งมารดาและทารก และส่งเสริมให้ผู้ต้องขังได้รับบริการที่เหมาะสมตามศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แม้อยู่ภายใต้ข้อจำกัดของสถานที่คุมขังก็ตาม

บทสรุป

เรื่องราวของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ในเรือนจำ ไม่ได้สะท้อนเพียงความเปราะบางของผู้หญิงกลุ่มหนึ่งเท่านั้น หากยังเป็นภาพสะท้อนของความรับผิดชอบร่วมกันในระดับรัฐและสังคมในการปกป้องชีวิตใหม่ที่กำลังก่อตัวขึ้นท่ามกลางข้อจำกัดของเสรีภาพ แม้กำแพงสูงและประตูเหล็กจะจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ต้องขัง แต่ไม่อาจจำกัดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งยังคงต้องได้รับการเคารพและคุ้มครองอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป หลักการนี้เป็นหัวใจสำคัญของมาตรฐานสากลและแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนทั่วโลก ที่ต่างยืนยันว่า ผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รอบด้าน และสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของพวกเธอในห้วงเวลาที่ทั้งร่างกายและจิตใจมีความเปราะบางมากเป็นพิเศษ ในบริบทของประเทศไทย ทัณฑสถานหญิงกลางเป็นเวทีสำคัญที่ทำให้หลักการสากลเหล่านี้แปรเปลี่ยนเป็นแนวปฏิบัติจริง ผ่านการจัดตั้งศูนย์แม่และเด็ก การสร้างระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กที่ได้มาตรฐาน การคัดกรองภาวะเสี่ยง การจัดโภชนาการเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตที่ครอบคลุม การดูแลในมิติครอบครัว การจัดช่องทางการเยี่ยมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์แม่ลูก ล้วนสะท้อนให้เห็นว่าทัณฑสถานไม่ได้มองผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์เพียงในฐานะผู้ถูกควบคุมตัว แต่ยังให้ความสำคัญกับบทบาทความเป็นแม่ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กเล็กที่อยู่ในความดูแลของรัฐโดยทางอ้อมนอกจากนี้ การทำงานเชิงสหวิชาชีพ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นแกนกลางในการประสานงาน วางแผนการดูแลรายบุคคล ให้คำปรึกษา และเตรียมความพร้อมทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด ช่วยทำให้การดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์มีความต่อเนื่อง มีระบบ และลดความเสี่ยงในทุกมิติ การบูรณาการองค์ความรู้ด้านสังคมสงเคราะห์ การแพทย์ จิตวิทยา และการคุ้มครองเด็ก ทำให้รูปแบบการดูแลของทัณฑสถานหญิงกลางก้าวไปไกลกว่าการคุมขังทั่วไป แต่เป็นรูปแบบที่ให้คุณค่ากับความเป็นมนุษย์ของผู้ต้องขังและอนาคตของทารกอย่างแท้จริง

ภาพรวมทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์เป็นภารกิจที่ต้องการทั้งความเข้าใจ ความเอาใจใส่และความรับผิดชอบในระดับสูงเพราะเป็นการปกป้องสองชีวิตภายในบริบทที่มีข้อจำกัดมากที่สุด ในขณะเดียวกันทัณฑสถานหญิงกลางยังคงพัฒนากระบวนการให้สอดคล้องกับหลักสากลอย่างต่อเนื่อง ทั้งเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังหญิงและเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อทารกซึ่งเป็นผู้บริสุทธิ์ที่ไม่ควรถูกจำกัดโอกาสเพียงเพราะสถานการณ์ของมารดา ท้ายที่สุดการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ไม่ใช่เพียงการทำให้เรือนจำทำงานได้ตามมาตรฐาน แต่เป็นการยืนยันว่าความเป็นมนุษย์ยังคงเป็นหลักการสูงสุดของระบบราชทัณฑ์ไทย แม้อยู่ภายในกำแพงเรือนจำก็ยังต้องมีพื้นที่สำหรับความอ่อนโยน ความเข้าใจ และการปกป้องชีวิตใหม่ที่กำลังจะก้าวเข้าสู่โลกใบนี้ การดูแลอย่างรอบด้านจึงเป็นทั้งภารกิจของรัฐ หน่วยงานราชทัณฑ์ และในเชิงลึกคือพันธกิจของสังคมไทยในการสร้างพื้นฐานที่มั่นคงให้แก่พลเมืองรุ่นต่อไปที่จะเติบโตขึ้นเป็นพลังสำคัญของสังคมในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมราชทัณฑ์. (2560). *พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์.

กรมราชทัณฑ์. (2561). ระเบียบกรมราชทัณฑ์ว่าด้วยการดูแลผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์.

กรมราชทัณฑ์. (2561). ระเบียบกรมราชทัณฑ์ว่าด้วยเด็กในความดูแลของผู้ต้องขัง พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2546). พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2560). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.

Alirezaei, S., & Latifnejad Roudsari, R. (2022). The needs of incarcerated pregnant women: A systematic review of literature. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 10(1), 2–17. https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.89508.1613

Center for Leadership Education in Maternal & Child Public Health. (2023). Alternatives to incarceration for pregnant & postpartum people: A summary of state and federal laws. University of Minnesota. https://mch.umn.edu/alternatives/

Thailand Institute of Justice. (n.d.). The Tokyo Rules. https://www.tijthailand.org/publication/detail/137

United Nations. (1955). Standard minimum rules for the treatment of prisoners.

United Nations. (2010). United Nations rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders (the Bangkok Rules). https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison- reform/Bangkok_Rules_ENG_22032015.pdf

United Nations. (2015). United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules). https://www.unodc.org/documents/justice-and-prisonreform/Nelson_Mandela_Rules- E-ebook.pdf

สังคมสูงวัยกับสวัสดิการผู้สูงอายุไทย: มุมมองจากแนวปฏิบัติของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด และการประยุกต์ใช้ Platform Social Telecare

The Aging Society and Thai Elderly Welfare: Perspectives from Medical Social Work Practices – A Case Study of Cardio-Pulmonary Patients and the Application of the Social Telecare Platform

กรรณิการ์ ศรีพวงมาลัย[1]
Kannika Sripoungmalai[1]
Correspondence: aeeae10058@gmail.com

(Received: October 31 ,2025 Revised: December 18 ,2025 Accepted: December 23 ,2025)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บทบาทและแนวปฏิบัติของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Worker: MSW) ในการจัดบริการสวัสดิการสังคมแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุไทยในบริบทของสังคมสูงวัยที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนด้านสุขภาพปอดและหัวใจ ตามแนวทางการรักษาของสถาบันโรคทรวงอก การศึกษาใช้กรณีศึกษาของนายสมชาย (นามสมมติ) ที่มาด้วยอาการแน่นหน้าอกและชาซีกซ้าย ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ร่วมกับมีปัญหาทางสังคม คือ ภาวะผู้ดูแลเครียด (Caregiver Burden) และความเปราะบางทางเศรษฐกิจในครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า บทบาทของ MSW มีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำ การประเมินทางสังคม (Social Assessment) อย่างละเอียด เพื่อจัดการเชื่อมโยงสวัสดิการที่จำเป็น (เช่น เงินสงเคราะห์, การปรับปรุงบ้าน, การดูแลระยะยาว) และเป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมแพทย์และเครือข่ายชุมชน ที่สำคัญคือบทความนี้ได้นำเสนอการประยุกต์ใช้ Platform Social Telecare เป็นนวัตกรรมหลักในการเสริมสร้างการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยคาดหวังผลลัพธ์ในการ ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ (Readmission Rate), ลดภาระของผู้ดูแล, และเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการทางสังคมจากระยะไกลอย่างมีระบบ ซึ่งนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและความมั่นคงทางสังคมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยซับซ้อนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: สังคมสูงวัย, สวัสดิการผู้สูงอายุ, การดูแลแบบองค์รวม, นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, Platform Social Telecare

[1] สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
[1] Central Chest Institute Of Thailand

Abstract

This academic article aims to analyze the role and practice of Medical Social Workers (MSWs) in providing holistic social welfare services to older adults in Thailand's rapidly aging society with a specific focus on patients with complex cardiopulmonary conditions following the guidelines of the Chest Disease Institute. The study utilizes a case study of Mr. Somchai (pseudonym), male who presented with acute chest pain and left-side numbness indicative of Acute Coronary Syndrome and potential cerebral complications, coupled with significant social issues such as caregiver burden and economic vulnerability within his family.

The analysis highlights the critical role of the MSW in conducting thorough social assessment to link essential welfare services (e.g., financial aid, home modification, long-term care) and in coordinating between the medical team and community networks. Crucially, the article proposes the application of the Social Telecare Platform as a key innovation to reinforce continuous post-discharge care. Expected outcomes include reducing the readmission rate, alleviating caregiver stress, and enhancing systematic access to social services remotely. This approach aims to sustainably improve the quality of life and social security for older adults with complex illnesses in Thailand.

Keywords: Aging society, Elderly welfare, Holistic care, Medical social worker, Social telecare platform

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกเป็นหนึ่งในปรากฏการณ์ทางสังคมที่สำคัญที่สุดในศตวรรษที่ 21 และประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงนี้อย่างรวดเร็วและรุนแรงยิ่งกว่าหลายประเทศทั่วโลก จากข้อมูลทางประชากรศาสตร์ที่ผ่านมาของไทย ในปีพ.ศ. 2568 อัตราการเกิดลดลง ซึ่งต่ำกว่า 66 ล้านคนเป็นปีที่ 2 ติดต่อกัน มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นกว่า 13 ล้านคน จำนวนเพศหญิงมากว่าเพศชาย โดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุ และมีอัตราการเกิดน้อยกว่าการตาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถิติรายปีประเทศไทย 2568) ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ (Aged Society) ในปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะก้าวสู่ สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 28 ในอนาคตอันใกล้นี้ การเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันนี้ ทำให้ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมของประเทศทั้งในมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบสวัสดิการมีจำกัดอย่างยิ่ง

ผลพวงที่สำคัญที่สุดของการเข้าสู่สังคมสูงวัยคือ การเพิ่มขึ้นของความต้องการด้านสวัสดิการและบริการสุขภาพที่ซับซ้อน (Complex Needs for Welfare and Healthcare Services) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบภาวะเจ็บป่วยด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) หลายโรคพร้อมกัน (Multimorbidity) โรคเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งก่อให้เกิดภาระด้านสุขภาพต่อผู้สูงอายุเอง ภาระทางการเงินต่อครอบครัว และภาระด้านงบประมาณต่อระบบสาธารณสุขของประเทศโดยรวม

ในบรรดาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Diseases) และ โรคระบบทางเดินหายใจและปอด (Pulmonary Diseases) ตามข้อมูลล่าสุดจากกรมควบคุมโรคในปี 2568 ระบุว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 260,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนโรคระบบทางเดินหายใจและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประเทศไทยและมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 20,000 รายต่อปี ถือเป็นสาเหตุสำคัญอันดับต้น ๆ ของการเจ็บป่วย การทุพพลภาพ และการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุไทย อาทิ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีอาการรุนแรงเฉียบพลันและเรื้อรังผสมผสานกัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถาบันเฉพาะทาง เช่น สถาบันโรคทรวงอก ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการรักษาโรคซับซ้อนของระบบปอดและหัวใจ การรักษาที่สถาบันเหล่านี้ไม่เพียงแต่ต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-discharge Care) และการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาวด้วย ภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนเหล่านี้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) และเพิ่มภาระการดูแลให้กับสมาชิกในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แม้ว่าหน่วยงานภาครัฐจะมีความพยายามในการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล และการสนับสนุนการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ในระดับชุมชน แต่การเข้าถึงและความครอบคลุมของ สวัสดิการผู้สูงอายุไทย ยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงและซับซ้อน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังของปอดและหัวใจ มักมีความต้องการที่ไม่ใช่เพียงแค่การแพทย์ แต่ยังเป็นมิติทางสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจที่เชื่อมโยงกันอย่างลึกซึ้ง

มิติทางสังคม: ปัญหาการแยกตัวทางสังคม การขาดผู้ดูแลหลัก (Caregiver Burden) ความขัดแย้งภายในครอบครัว และการเข้าไม่ถึงเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน

มิติทางจิตใจ: ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกไร้ค่า และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของบทบาทและการพึ่งพาผู้อื่น

มิติทางเศรษฐกิจ: ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่อยู่นอกเหนือสิทธิหลักประกัน การเดินทาง ค่าอาหาร และความจำเป็นในการปรับปรุงสภาพบ้านให้เหมาะสมกับภาวะทุพพลภาพ (Environmental Modifications)

ในสถานการณ์เช่นนี้ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Worker: MSW) ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในทีมสหวิชาชีพ ในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างสถาบันโรคทรวงอก จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างโลกของการแพทย์กับโลกของสวัสดิการสังคม การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมุ่งเน้นการประเมินปัญหาทางสังคมที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังความเจ็บป่วยทางกาย และจัดการเชื่อมโยงทรัพยากร สิทธิประโยชน์ และสวัสดิการที่เหมาะสมและทันท่วงทีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีความมั่นคงทางสังคม

ยิ่งไปกว่านั้น ในยุคดิจิทัล การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการบริการสังคมถือเป็นความจำเป็น การพัฒนาและการใช้ Platform Social Telecare หรือ แพลตฟอร์มออนไลน์ที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับนักสังคมสงเคราะห์และทีมสหวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง โดยใช้เทคโนโลยีในการเก็บข้อมูล ประเมินปัญหา และประสานงาน เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตรงตามความต้องการ และช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ จึงเป็นนวัตกรรมที่เข้ามาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหลังออกจากโรงพยาบาล ช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ และเสริมสร้างการทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชนได้อย่างเป็นระบบ จากความสำคัญและปัญหาความซับซ้อนของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหัวใจและปอดในบริบทสังคมสูงวัย จึงเป็นที่มาของการศึกษาเชิงลึกเพื่อวิเคราะห์บทบาทและแนวปฏิบัติของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในการบูรณาการสวัสดิการสังคมและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์ความท้าทายด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (ปอดและหัวใจ) ในบริบทสังคมสูงวัยไทย
2. เพื่อสำรวจบทบาทและแนวปฏิบัติของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตามแนวทางของสถาบันโรคทรวงอก
3. เพื่อนำเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ Platform Social Telecare ในการเสริมสร้างการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยสูงวัยโรคหัวใจและปอด โดยยกกรณีศึกษาเพื่อประกอบการอธิบาย

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยมีขอบเขตหลักดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาภาวะโรคปอดและหัวใจซับซ้อน โดยอ้างอิงแนวทางการดูแลและสวัสดิการที่เชื่อมโยงกับสถานพยาบาลเฉพาะทาง(สถาบันโรคทรวงอก)

2. แนวปฏิบัติ มุ่งเน้นบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในการประเมินปัญหาสังคม-จิตใจ-เศรษฐกิจ การให้คำปรึกษา และการจัดการเชื่อมโยงทรัพยากรและสวัสดิการสังคม

3. กรณีศึกษา ใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยสูงวัยที่มาด้วยอาการแน่นหน้าอกและชาซีกซ้าย เพื่อแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาทางสุขภาพและสังคม และแนวทางการช่วยเหลือแบบองค์รวม

4. เครื่องมือ ศึกษาการใช้เครื่องมือดิจิทัล Platform Social Telecare ในกระบวนการทำงานเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (สถาบันโรคทรวงอกจะมีการเชื่อมโยงระบบ EMR ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล กับ Platform Social Telecare (อยู่ระหว่างดำเนินการ) ซึ่งสถาบันโรคทรวงอกถูกเลือกเป็นพื้นที่ขยายผลของโครงการ มีการเริ่มทดลองใช้จริงตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 โดยกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ได้รับอนุมัติให้ทดลองใช้ในการปฏิบัติงานภายใต้การดูแลควบคุมจากโครงการและสถาบันโรคทรวงอก

แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การทำความเข้าใจบริบทของสังคมสูงวัยไทยและความท้าทายต่อระบบสวัสดิการ จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดและทฤษฎีทางสังคมวิทยาและนโยบายสังคม เพื่อเป็นกรอบในการวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

แนวคิดและทฤษฎีหลัก

1. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

แนวคิด ทฤษฎีนี้เสนอว่าผู้สูงอายุมักพยายามรักษารูปแบบชีวิต ความคิด และกิจกรรมที่เคยเป็นมาตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาวให้คงอยู่ต่อไปเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสังคม การที่ผู้สูงอายุยังคงสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและคงบทบาทเดิมได้ จะส่งผลดีต่อความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาวะทางจิตใจ

ผลกระทบต่อสวัสดิการ สวัสดิการสังคมไม่ควรจำกัดอยู่แค่การดูแลด้านสุขภาพหรือการเงิน แต่ควรรวมถึงการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถคงความสามารถในการปฏิบัติบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่สำคัญต่อพวกเขา ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว

2. ทฤษฎีการจัดการวิกฤต (Crisis Intervention Theory)

แนวคิด ทฤษฎีนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยมองว่าการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังที่รุนแรง โดยเฉพาะโรคหัวใจและปอดในผู้สูงอายุ ถือเป็น ภาวะวิกฤต (Crisis State) ที่ก่อให้เกิดความไม่สมดุลทางอารมณ์และสังคมต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวอย่างฉับพลัน วิกฤตนี้อาจนำไปสู่ปัญหาการปรับตัว ปัญหาทางการเงิน หรือการล่มสลายของระบบผู้ดูแล

ผลกระทบต่อสวัสดิการ การแทรกแซงโดยนักสังคมสงเคราะห์ในช่วงวิกฤตต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและตรงจุด เพื่อประเมินความต้องการเร่งด่วนทางสังคมและเชื่อมโยงสวัสดิการที่เหมาะสม เช่น การจัดหาผู้ดูแลชั่วคราว หรือการเข้าถึงแหล่งทุนสงเคราะห์ฉุกเฉิน

3. แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Concept)

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม เป็นปรัชญาพื้นฐานในการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ที่เน้นการดูแลมนุษย์ในฐานะที่เป็นองค์รวมทีประกอบด้วยมิติชีวภาพ (Biological) จิตใจ (Psychological) สังคม (Social) และ จิตวิญญาณ(Spiritual) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (Multimorbidity) การรักษาทางกายเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ

ผลกระทบต่อสวัสดิการ สวัสดิการที่จัดให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจะต้องบูรณาการและครอบคลุมทุกมิติ เช่น การดูแลสุขภาพกาย (สิทธิการรักษา) การสนับสนุนทางจิตใจ (การให้คำปรึกษา) การจัดการทรัพยากรทางสังคม (การหาผู้ดูแล) และการเชื่อมโยงกับความเชื่อทางศาสนา (ถ้ามี)

สังคมสูงวัยไทย ความท้าทายและผลกระทบต่อสวัสดิการ

การทำความเข้าใจบริบทของสังคมสูงวัยไทยและความท้าทายต่อระบบสวัสดิการ จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดและทฤษฎีทางสังคมวิทยาและนโยบายสังคม เพื่อเป็นกรอบในการวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยมีข้อมูลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ภาระการพึ่งพิง การขาดแคลนกำลังแรงงาน และข้อมูลด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน เบี้ยยังชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล (บัตรทอง/ประกันสังคม) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สวัสดิการอื่น ๆ (เช่น เงินกู้ยืม ภาษี)

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Worker: MSW) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในทีมสหวิชาชีพ โดยทำหน้าที่จัดการแก้ไขปัญหาทางสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การทำงานของ MSW มีรากฐานมาจากแนวคิดสำคัญดังต่อไปนี้:

1. แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Concept)

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมถือเป็นหัวใจของการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังซับซ้อน เช่น โรคหัวใจและปอด

นิยาม การดูแลแบบองค์รวมเป็นการยอมรับว่าสุขภาพของมนุษย์ไม่ได้มีเพียงมิติทางกายภาพ (Biological) เท่านั้น แต่ยังรวมถึงมิติทางจิตใจ (Psychological) สังคม (Social) และ จิตวิญญาณ (Spiritual) ด้วย เมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต ปัญหาทางสังคมและจิตใจมักจะปรากฏควบคู่ไปกับอาการทางกาย

บทบาทของ MSW ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินและผู้แทรกแซงในมิติทางสังคมและจิตใจ เพื่อให้แน่ใจว่าการวางแผนการรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างรอบด้านและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงทางสังคมของผู้ป่วย เช่น ความเชื่อเรื่องการรักษา การจัดการความเครียดจากการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว

2. การประเมินทางสังคม (Social Assessment)

การประเมินทางสังคมเป็นกระบวนการหลักที่ MSW ใช้เพื่อทำความเข้าใจบริบทชีวิตของผู้ป่วยและระบุปัจจัยทางสังคมที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวหรือก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ

เป้าหมายหลัก คือการประเมิน ความพร้อมในการกลับบ้าน (Discharge Readiness) ของผู้ป่วย โดยพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วนก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยครอบคลุมถึง:

ปัจจัยเสี่ยงทางสังคม (Social Risk Factors) การระบุปัญหาและอุปสรรคทางสังคมที่อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ หรือการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) ปัจจัยเหล่านี้รวมถึง

ปัญหาทางการเงินและเศรษฐกิจ สถานะการจ้างงาน รายได้ ความสามารถในการซื้อยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ และหนี้สินที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ผู้ดูแล (Caregiver) การมีอยู่ ความสามารถในการดูแล สุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล และภาระความเครียดของผู้ดูแล (**Caregiver Burden**)

สภาพแวดล้อมที่พัก ความเหมาะสมของบ้าน (เช่น การมีบันได ราวจับ แสงสว่าง) เพื่อรองรับภาวะทุพพลภาพหรือความอ่อนแอของผู้สูงอายุหลังการรักษาโรคหัวใจ/ปอด

การสนับสนุนทางสังคม การขาดเครือข่ายเพื่อน ญาติ หรือการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจ

3. การเชื่อมโยงทรัพยากรและสวัสดิการ (Resource and Welfare Linkage)

เมื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยแล้ว บทบาทที่สำคัญที่สุดของ MSW คือการจัดการและการเชื่อมโยงผู้ป่วยเข้ากับทรัพยากรและสวัสดิการที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

การสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิ MSW จะให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเข้าถึงสิทธิและบริการทางสังคมที่จำเป็น ตามกฎหมายและนโยบายของรัฐบาล โดยเฉพาะ

- **สิทธิการรักษาพยาบาล** การประสานงานเรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพ (เช่น บัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ, ประกันสังคม) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาและบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง
- **สวัสดิการเงินสงเคราะห์** การเชื่อมโยงไปยังกองทุนสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ของโรงพยาบาลกองทุนสวัสดิการชุมชน หรือการขอเบี้ยยังชีพ/เบี้ยความพิการ (ถ้ามี)
- **บริการดูแลในชุมชน** การประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ Home Health Care (HHC) หรือผู้จัดการการดูแล (Care Manager) และผู้ดูแล (Caregiver) ในชุมชน

บทบาทนักประสานงาน (Coordinator/Broker) MSW ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสุขภาพ (สถาบันโรคทรวงอก) หน่วยงานสวัสดิการ (กระทรวง พม.อปท.) และครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้แน่ใจว่าทรัพยากรต่างๆ ถูกนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงทีตามแผนการจำหน่าย (Discharge Plan) ที่วางไว้ร่วมกัน

แนวทางการรักษาโรคปอดและหัวใจของสถาบันโรคทรวงอก: มิติทางสังคม

สถาบันโรคทรวงอก เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคปอด หัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยสูงวัยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงในมิติทางสังคมนั้น เป็นส่วนที่ขาดไม่ได้ของการดูแลแบบองค์รวม บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (MSW) จึงเข้ามามีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับแนวทางการรักษาทางการแพทย์ที่ซับซ้อน

ความซับซ้อนของการรักษา: การบูรณาการมิติทางสังคม แนวทางการรักษาโรคปอดและหัวใจในสถาบันโรคทรวงอกมักมีความซับซ้อนและมีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยสูงวัยอย่างมาก ซึ่ง MSW ต้องเข้าไปประเมินและให้การสนับสนุนในแต่ละช่วงของการรักษา

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgical Interventions)

ความซับซ้อน การผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดบายพาสหัวใจ (CABG), การเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หรือการผ่าตัดปอด ก่อให้เกิดความเสี่ยงสูง ภาวะแทรกซ้อน และความจำเป็นในการพักฟื้นยาวนาน

มิติทางสังคม MSW ต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนผ่าตัด (Pre-surgical Counseling) ประเมินความสามารถทางเศรษฐกิจในการรองรับค่าใช้จ่ายที่ไม่ครอบคลุมสิทธิ และวางแผนการดูแลหลังผ่าตัดที่บ้าน ซึ่งรวมถึงการจัดหาอุปกรณ์และปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พัก (Home Modification)

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปอด (Cardiac and Pulmonary Rehabilitation)

ความซับซ้อน เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เน้นการออกกำลังกาย การปรับพฤติกรรม และการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิต ลดอาการ และป้องกันการเกิดซ้ำ

มิติทางสังคม ความสำเร็จของการฟื้นฟูขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย (Adherence) MSW ต้องทำงานเพื่อขจัดอุปสรรคทางสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือ เช่น ปัญหาการเดินทางไปศูนย์ฟื้นฟู ความท้อแท้ขาดกำลังใจ หรือปัญหาการสื่อสารกับทีมสุขภาพ

3. การใช้เครื่องมือช่วยชีวิตและประคับประคอง (Life Support and Palliative Care)

ความซับซ้อน ผู้ป่วยโรคปอดและหัวใจขั้นรุนแรงอาจต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) หรืออุปกรณ์พยุงการทำงานของหัวใจในระยะยาว ซึ่งนำไปสู่การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ICU หรือการดูแลระยะยาวที่บ้าน

มิติทางสังคม MSW มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลระยะสุดท้าย (End-of-Life Care) และพินัยกรรมชีวิต (Advanced Directive) ประสานงานเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต ประเมินความพร้อมและให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวในการตัดสินใจที่ยากลำบากเกี่ยวกับการรักษาที่ยืดเยื้อ

4. ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Needs) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรง โดยเฉพาะโรคหัวใจและปอด ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตและสังคม ซึ่ง MSW ต้องเข้าแทรกแซงเพื่อลดผลกระทบ ได้แก่

4.1 ความวิตกกังวลและความกลัว (Anxiety and Fear)

ความต้องการ ผู้ป่วยโรคหัวใจและปอดมักมีความกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิต (Fear of Death) การกลับมาเป็นซ้ำ (Recurrence) หรือภาวะหายใจไม่ออก (Dyspnea) ที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น

บทบาท MSW ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาทางสังคม (Social Counseling) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและจัดการกับความรู้สึกกลัว ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และสร้างความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์

4.2 ภาวะซึมเศร้าและการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (Depression and Loss of Self-Worth)

ความต้องการ ข้อจำกัดทางร่างกายจากการเจ็บป่วย การต้องยุติบทบาททางสังคม (เช่น การทำงาน) และการต้องพึ่งพาบุตรหลาน อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าทางคลินิก (Clinical Depression) และการสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง

บทบาท MSW ประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น และทำงานร่วมกับจิตแพทย์นักจิตวิทยา จัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) หรือเชื่อมโยงผู้ป่วยกับกิจกรรมในชุมชนที่ยังสามารถทำได้ (Active Aging) เพื่อฟื้นฟูบทบาทและคุณค่าในตนเอง

5. การปรับตัวของครอบครัวและการจัดการภาระผู้ดูแล (Family Adjustment and Caregiver Management)

ความต้องการ ครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบชีวิตครั้งใหญ่เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง ความเครียดสะสม และปัญหาทางการเงิน

บทบาท MSW ให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) เพื่อส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแบ่งเบาภาระการดูแลอย่างเป็นธรรม จัดการฝึกอบรมผู้ดูแล (Caregiver Training) และให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะ "ผู้ดูแลถูกเผาผลาญ" (Caregiver Burnout) การช่วยเหลือในมิตินี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องหลังออกจากสถาบันโรคทรวงอก

เทคโนโลยี Social Telecare กับงานสังคมสงเคราะห์

ในยุคของการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลและการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการปัญหาทางสังคมและสวัสดิการจึงกลายเป็นความจำเป็น **Platform Social Telecare** เป็นนวัตกรรมที่เข้ามาช่วยยกระดับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้มากขึ้น โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน จากข้อมูลปัจจุบัน ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 พบว่ามีสถานพยาบาลเข้าร่วมโครงการ Platform Social Telecare ทั้งหมด 139 ราย มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ 505 ราย สหวิชาชีพอื่นจำนวน 27 ราย และมีจำนวนผู้ป่วย 9,018 ราย และสถาบันโรคทรวงอก มีการเข้าใช้งาน จำนวนนักสังคมสงเคราะห์ 9 ราย และมียอดผู้ป่วยทั้งสิ้น 815 ราย (Dashboard Platform Social Telecare: 2568)

ความหมายของ Social Telecare Platform

Social Telecare Platform หมายถึง เครื่องมือหรือระบบดิจิทัลบนเครือข่ายออนไลน์ ที่ถูกออกแบบมาเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานทางสังคมสงเคราะห์และการจัดการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง รวมถึงผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรืออีกความหมายหนึ่ง Platform Social Telecare คือ แพลตฟอร์มออนไลน์ที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับนักสังคมสงเคราะห์และทีมสหวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง โดยใช้เทคโนโลยีในการเก็บข้อมูล ประเมินปัญหา และประสานงาน เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตรงตามความต้องการ ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และเป็นเครื่องมือที่ความปลอดภัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีฐานทางกฎหมายคุ้มครองและเป็นธรรมสำหรับเจ้าของข้อมูลตามหลัก PDPA (Personal Data Protection Act)

หน้าที่และวัตถุประสงค์หลัก

- เชื่อมโยงเครือข่าย: เชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยงานท้องถิ่น และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- พัฒนาสมรรถนะ: พัฒนาศักยภาพของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสหวิชาชีพให้สามารถทำงานในยุคดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เก็บข้อมูลและประเมิน: ใช้เครื่องมือประเมินทางสังคมต่างๆ เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยจิตเวช เบาหวาน และมะเร็ง
- สนับสนุนการตัดสินใจ: ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทราบปัญหาของผู้ป่วยเบื้องต้น และประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือหรือทรัพยากรที่จำเป็นได้อย่างรวดเร็ว

อีกทั้งยังยกระดับการดูแล ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสลับซับซ้อนจากระยะไกล (Remote Service) ระบบนี้เป็นมากกว่าการสื่อสารทางไกล แต่เป็นแพลตฟอร์มแบบบูรณาการที่ช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถดำเนินการ ดังนี้

การประเมินระยะไกล (Remote Assessment) สามารถใช้เครื่องมือประเมินทางสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ (เช่น แบบประเมินความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ) ผ่านแอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ ทำให้สามารถระบุปัญหาและจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องเดินทางไปพบทุกครั้ง

การวางแผนช่วยเหลือรายบุคคล (Individual Care Planning) ใช้เป็นศูนย์กลางในการสร้างจัดเก็บ และปรับปรุงแผนการดูแลทางสังคม (Social Care Plan) สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยสามารถระบุเป้าหมาย การแทรกแซง และการติดตามผลได้อย่างเป็นระบบ

การประสานงานสหวิชาชีพ (Interprofessional Collaboration) เป็นช่องทางที่ปลอดภัยในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมิติทางสังคมของผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์) ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง (เช่น สถาบันโรคทรวงอก) กับหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน (PCU/รพ.สต.) ได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

การเชื่อมโยงกับชุมชน/ทรัพยากรภายนอก เป็นฐานข้อมูลและกลไกในการเชื่อมโยงผู้ป่วยเข้ากับทรัพยากรและสวัสดิการภายนอกโรงพยาบาล เช่น กองทุนต่าง ๆ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หรือกลุ่มอาสาสมัคร

ประโยชน์ของการใช้ Social Telecare ในงานสังคมสงเคราะห์

การประยุกต์ใช้แพลตฟอร์ม Social Telecare ส่งผลดีอย่างมากต่อทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ลดช่องว่างการเข้าถึงบริการ (Bridging the Access Gap)

ช่วยให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนที่เนื่องจากโรคปอดและหัวใจ (Mobility Impairment) สามารถรับคำปรึกษาและบริการทางสังคมได้อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากการเดินทาง

2. การติดตามผลหลังจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Post-Discharge Follow-up)

นักสังคมสงเคราะห์สามารถติดตามความเป็นอยู่และภาวะทางสังคมของผู้ป่วย (Social Monitoring) หลังออกจากสถาบันโรคทรวงอกได้อย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบ ทำให้สามารถตรวจจับปัญหาทางสังคม (เช่น ภาวะผู้ดูแลเครียด การขาดยา ความยากจนฉับพลัน) ที่อาจนำไปสู่การกลับเข้ารักษาซ้ำ (Readmission) ได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ

3. การลดภาระงานเอกสารและการเพิ่มประสิทธิภาพ (Reducing Paperwork and Increasing Efficiency):

ระบบดิจิทัลช่วยให้การจัดเก็บข้อมูล, การจัดทำรายงาน, และการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้องแม่นยำ ลดการใช้กระดาษ และ ลดเวลาที่ใช้ในการบริหารจัดการเอกสาร ทำให้นักสังคมสงเคราะห์มีเวลามากขึ้นในการให้การปรึกษาและลงพื้นที่ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความต้องการซับซ้อนอย่างแท้จริง

โดยสรุปแล้ว Social Telecare ไม่ใช่เพียงเครื่องมืออำนวยความสะดวก แต่เป็นกลไกสำคัญในการ "การดูแลทางสังคมที่มีความแม่นยำ (Precision Social Care)" ที่ช่วยให้การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุไทยมีความรวดเร็ว ตรงจุด และสอดคล้องกับความท้าทายของสังคมสูงวัยในยุคปัจจุบัน

กรณีศึกษา: นายสมชาย (นามสมมติ) ผู้ป่วยสูงวัย โรคหัวใจ

1. ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนตัว ชายไทย อายุ 72 ปี พักอาศัยในชุมชนแออัด/ชนบท สถานภาพสมรส/ครอบครัว พักอาศัยอยู่กับบุตรที่มีภาระมาก

อาการนำและวินิจฉัย มาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นหน้าอกร้าวไปซีกซ้าย และมีอาการชาซีกซ้าย (บ่งชี้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และอาจมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท/สมองร่วมด้วย) วินิจฉัยเบื้องต้น: โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (CAD) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (CHF)

การประเมินทางสังคมโดยนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (สถาบันโรคทรวงอก) MSW ในสถาบันโรคทรวงอกจะทำการประเมินทางสังคมแบบองค์รวมอย่างเร่งด่วน ตั้งแต่รับแจ้งจะมีการสืบหาข้อเท็จจริงตามกระบวนการด้านสังคมสงเคราะห์โดยใช้ Platform Social Telecare ในการรวบรวมข้อมูล สืบหาข้อเท็จจริง วิเคราะห์ผลและวางแผนในการช่วยเหลือทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการติดตามและประเมินผล โดยใช้เครื่องมือดังนี้

1. เครื่องมือประเมินวินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment) ตัวย่อ S.D.M.A.
2. เครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Assessment: F.A.
3. เครื่องมือประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วย
4. เครื่องมือประเมินความเครียด ST-5
5. เครื่องมือประเมินกิจวัตรประจำวัน ADL (Barthel Activities of Daily Living)

หลังจากรวบรวมข้อมูลวางแผน โดย MSW เน้นการวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการรักษาในโรงพยาบาลและแผนการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อวางแผนการจัดการสวัสดิการอย่างเหมาะสมมิติการประเมินประเด็นหลักจากการประเมินในกรณี นายสมชาย (นามสมมติ) อายุ 72 ปี โรค CAD/CHF ภาวะชาซีกซ้าย ความเสี่ยง/ความท้าทายที่ต้องจัดการโดย MSW

1. ปัญหาทางการแพทย์และกายภาพความจำเป็นในการทำหัตถการ (PCI/CABG) และการใช้ยาต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปอดหลังการรักษา ภาวะชาซีกซ้าย บ่งชี้ความเสี่ยงของความทุพพลภาพ (Disability) และความจำเป็นในการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างครบถ้วนหากไม่มีผู้ช่วยเหลืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การหกล้มและการกลับเข้ารักษาซ้ำสูง

2. ปัญหาทางเศรษฐกิจ/การเงินมีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพ (600 บาท/เดือน) และพึ่งพาบุตรสาวเป็นหลัก บุตรสาวเป็นเสาหลัก และมีภาระดูแลหลานวัย 8 ปี การขาดรายได้จากการต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วยความยากจนฉับพลัน (Acute Poverty) ค่าใช้จ่ายที่ไม่ครอบคลุมสิทธิ (เช่น ค่าเดินทางมารพ อุปกรณ์เสริม) จะสร้างภาระหนี้สินให้ครอบครัวอย่างรุนแรง จำเป็นต้องเข้าถึงกองทุนสงเคราะห์อย่างเร่งด่วน

3. ผู้ดูแลและครอบครัว (Caregiver Burden) บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก แต่มีภาระหนักถึง 3 ด้าน หารายได้ ดูแลบุตร ดูแลบิดา ไม่มีผู้ดูแลสำรอง หรือผู้ที่สามารถแบ่งเบาภาระได้ภาวะเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Burnout) เสี่ยงต่อการเกิดความขัดแย้งในครอบครัว การละเลยการดูแล (Neglect) หรือบุตรสาวต้องสูญเสียงาน ส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพระยะยาวของครอบครัว

4. สภาพแวดล้อมที่พักอาศัยพักอาศัยในชุมชนใน จ.นนทบุรี (ข้อมูลไม่ระบุรายละเอียดบ้าน) ต้องประเมินว่าบ้านมีสภาพเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้มีภาวะอ่อนแรงซีกซ้ายหรือไม่ (เช่น ทางเดิน ห้องน้ำ บันได) หากสภาพบ้านไม่ปลอดภัย อาจเกิด อุบัติเหตุ โดยเฉพาะการหกล้ม ซึ่งเป็นอันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการรักษาโรคหัวใจ

5. สิทธิและสวัสดิการที่เข้าถึงมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องตรวจสอบการเข้าถึงสิทธิอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะความพิการ/ทุพพลภาพ (จากอาการชาซีกซ้าย)อาจยังไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการที่จำเป็นอย่างครบถ้วน (เช่น บริการดูแลที่บ้านระยะยาว (LTC) หรือเงินสงเคราะห์ฉุกเฉิน) และขาดความรู้เรื่องการขอรับความช่วยเหลืออื่นๆ

6. สุขภาพจิตและอารมณ์ผู้ป่วยอาจมีภาวะวิตกกังวล (Anxiety) หรือซึมเศร้า (Depression) จากการเผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิต และการเป็นภาระแก่บุตรสาวความรู้สึกเชิงลบอาจทำให้ผู้ป่วยขาดกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนฟื้นฟู และลดคุณภาพชีวิตโดยรวม

2. การประเมินทางสังคมโดยนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (สถาบันโรคทรวงอก)

ปัญหาทางการแพทย์ ความจำเป็นในการทำหัตถการ (PCI/CABG) การต้องรับประทานยาต่อเนื่องการจำกัดกิจกรรม ความเสี่ยงในการเกิดซ้ำ

ปัญหาทางสังคม-เศรษฐกิจ

- **รายได้/การเงิน** พึ่งพารายได้จากเบี้ยยังชีพ/บุตร (ไม่เพียงพอ) มีหนี้สิน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง/ซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์
- **ผู้ดูแล** บุตร/หลานต้องลาออกจากงานมาดูแล (ส่งผลต่อรายได้ครอบครัว) ผู้ดูแลมีภาวะเครียด/ไม่พร้อม
- **สภาพแวดล้อม** บ้านไม่มีราวจับ/บันไดชัน (เสี่ยงต่อการหกล้ม) ห่างไกลสถานพยาบาล
- **สวัสดิการที่เข้าถึง** สิทธิการรักษาพยาบาล (สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบัตรทอง) เบี้ยยังชีพ

แผนการช่วยเหลือและจัดการสวัสดิการโดยนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

แผนการช่วยเหลือสำหรับนายสมชาย(นามสมมติ) ถูกออกแบบภายใต้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการจัดการวิกฤตทางสังคม โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก คือ ระยะเร่งด่วนในโรงพยาบาล ระยะเตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย และระยะการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Care) โดยเน้นการใช้ Platform Social Telecare เป็นเครื่องมือสนับสนุนหลักในการประสานงาน

ลำดับ	ความต้องการ/ปัญหาหลัก (จาก 1.1)	แผนการช่วยเหลือและจัดการสวัสดิการโดย MSW	หน่วยงานที่ประสาน/สวัสดิการที่เชื่อมโยง	ระยะเวลาดำเนินการ
1	**ปัญหาทางเศรษฐกิจ/การเงินฉุกเฉิน:** ภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่ครอบคลุมสิทธิ และการขาดรายได้ของบุตรสาว **เครื่องมือที่ใช้:** S.D.M.A. และแบบประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วย	**การแทรกแซงทางการเงินฉุกเฉิน:** ประเมินวงเงินช่วยเหลือที่จำเป็น และยื่นเรื่องขอรับเงินสงเคราะห์/ทุนการศึกษาบุตรชาย (หลาน) ชั่วคราว เพื่อลดความวิตกกังวลทางการเงินของผู้ดูแล	กองทุนสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ของสถาบันโรคทรวงอก มูลนิธิ/องค์กรการกุศลที่เกี่ยวข้อง กองทุน กคช. (ถ้ามี)	ภายใน 3 วันแรกของการรับผู้ป่วย
2	**ความเครียดและภาระผู้ดูแล (Caregiver Burden):** บุตรสาวรับภาระหนัก และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหมดไฟ (Burnout) **เครื่องมือที่ใช้**: ST-5	**การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling):** ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลแก่บุตรสาว จัดการความเครียด และให้กำลังใจ **การประเมินสิทธิการลา/สวัสดิการการดูแลบุตร** ของบุตรสาว	MSW, นักจิตวิทยาคลินิก (ถ้ามี) นายจ้างของบุตรสาว (กรณีขอความยืดหยุ่น)	ตลอดระยะเวลาการรักษา
3	**ความทุพพลภาพและภาวะชาซีกซ้าย:** ความจำเป็นในการฟื้นฟู และการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน **เครื่องมือที่ใช้**: F.A. และ ADL	**การประสานงานเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ:** ยื่นเรื่องขอประเมินความพิการ และประสานทีมกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล **วางแผนการปรับปรุงบ้าน** โดยขอสนับสนุนอุปกรณ์/สิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็น	นักกายภาพบำบัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อขอสวัสดิการปรับปรุงบ้าน (งบประมาณไม่เกิน 40,000 บาท) หน่วยงาน พมจ. เพื่อขอขึ้นทะเบียนคนพิการ	ระยะเตรียมจำหน่าย
4	**การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (Post-Discharge Care Gap):** ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดซ้ำ หากขาดการดูแลที่บ้าน **เครื่องมือที่ใช้:** แบบส่งต่อทางสังคม และVideo Conference	**การเชื่อมต่อระบบดูแลในชุมชน:** ประสานงานกับ PCU/รพ.สต. ในพื้นที่นนทบุรี เพื่อให้จัดเจ้าหน้าที่ (พยาบาลชุมชน/Care Manager/Caregiver) เข้าเยี่ยมบ้านและติดตามอาการตามแผนการจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ	รพ.สต. ในพื้นที่, อบต./เทศบาล, Care Manager/Caregiver ในพื้นที่	1 สัปดาห์ก่อนจำหน่าย

ลำดับ	ความต้องการ/ปัญหาหลัก (จาก 1.1)	แผนการช่วยเหลือและจัดการสวัสดิการโดย MSW	หน่วยงานที่ประสาน/สวัสดิการที่เชื่อมโยง	ระยะเวลาดำเนินการ
5	**การใช้เครื่องมือติดตามและการสนับสนุนระยะไกล:** ปัญหาการเข้าถึงบริการและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง **เครื่องมือที่ใช้**: แบบส่งต่อทางสังคมและvideo Conference	**การประยุกต์ใช้ Platform Social Telecare:** จัดทำ **Social Care Plan** ของนายสมชายบนแพลตฟอร์ม ฝึกอบรมบุตรสาวให้ใช้แอปพลิเคชันเพื่อรายงานอาการ/ปัญหาทางสังคม และใช้ Telecare ในการให้คำปรึกษาทางไกล (Tele-counseling)	MSW, ทีมเทคโนโลยีของโรงพยาบาล, Platform Social Telecare (ใช้ในการบันทึกประสานงาน และติดตามผล)	ก่อนจำหน่ายและต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน

แผนการใช้ Platform Social Telecare ในการทำงาน (เน้นการปฏิบัติ) Social Telecare จะถูกใช้เพื่อแก้ปัญหาช่องว่างการสื่อสารและภาระงานของผู้ดูแล

1. **การติดตามอาการทางสังคม** บุตรสาวสามารถบันทึกข้อมูลด้านสังคมและสุขภาพจิต เช่น ความเครียด การปฏิบัติตามยา อุปสรรคในการฟื้นฟู บนแพลตฟอร์ม ซึ่งจะแจ้งเตือน (Alert) ไปยัง MSW และ Care Manager ในชุมชนแบบ Real-time
2. **การประสานงานทีมสหวิชาชีพ** ข้อมูลการประเมินทางสังคมโดย MSW และแผนการช่วยเหลือ จะถูกแชร์บนแพลตฟอร์ม เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพสามารถปรับแผนการรักษา (เช่น การออกกำลังกายฟื้นฟูหัวใจ) ให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและกำลังของผู้ดูแล
3. **Tele-counseling และ Social Coaching** MSW นัดหมายวิดีโอคอลกับบุตรสาวและนายสมชายผ่านระบบ Telecare เพื่อให้คำปรึกษาด้านการจัดการความเครียดและการปรับตัว โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ลดภาระการเดินทางและเวลาที่เสียไป
4. **การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน** แพลตฟอร์มใช้เป็นฐานข้อมูลในการระบุตำแหน่งและข้อมูลติดต่อขององค์กรการกุศล หรือกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยโรคหัวใจในพื้นที่นนทบุรี เพื่อช่วยให้นายสมชายไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

การประยุกต์ใช้ Platform Social Telecare ในการดูแลกรณีศึกษา นายสมชาย (นามสมมติ)

บทบาทของ Social Telecare ในการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์

- การประเมินระยะไกล ใช้แบบประเมินทางสังคม จิตใจ การเงิน ผ่านแอปพลิเคชัน (Mobile/Web)
- การวางแผนและติดตามผลร่วมกัน สร้างแผนการดูแล (Care Plan) บนแพลตฟอร์มที่เชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ) และ Care Manager ในชุมชน
    - *ตัวอย่าง* ติดตามการรับประทานยา การเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่คลินิกสุขภาพปฐมภูมิ, การปรับปรุงบ้าน

- การเชื่อมโยงทรัพยากร แหล่งข้อมูลสวัสดิการ (เบี้ยยังชีพ กองทุน) และหน่วยงานในพื้นที่ (อบต. รพ.สต.) ถูกรวบรวมไว้บนแพลตฟอร์มเพื่อความรวดเร็วในการส่งต่อข้อมูล
- การให้คำปรึกษาทางสังคม/สุขภาพจิต การทำ Tele-counseling ผ่านวิดีโอคอลกับนักสังคมสงเคราะห์หรือนักจิตวิทยาเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการใช้ Social Telecare

1. การดูแลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ผู้ป่วยสามารถรับการสนับสนุนทางสังคม-จิตใจได้ทันท่วงทีแม้จะอยู่ที่บ้านโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล
2. ประสิทธิภาพการทำงาน ลดขั้นตอนการทำงานเอกสาร, การสื่อสารในทีมรวดเร็วขึ้น, ข้อมูลผู้ป่วยเป็นปัจจุบัน (Real-time data)
3. การป้องกันภาวะซ้ำซ้อน การติดตามปัจจัยเสี่ยงทางสังคมช่วยลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกลับมาป่วยซ้ำจากปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เช่น ปัญหาผู้ดูแล การขาดยา)

บทสรุป

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเติมเต็มช่องว่างของสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังซับซ้อน โดยเฉพาะโรคปอดและหัวใจ การดูแลไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในโรงพยาบาล แต่ขยายไปถึงการเตรียมความพร้อมในการกลับบ้าน การฟื้นฟู และการจัดหาสวัสดิการที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะบุคคล การประยุกต์ใช้ Platform Social Telecare เป็นนวัตกรรมที่ช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสานงานกับเครือข่ายชุมชนได้อย่างไร้รอยต่อ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยไทยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ต่อหน่วยงานสาธารณสุข (สถาบันโรคทรวงอก/โรงพยาบาล): ควรสนับสนุนการเข้าถึงและพัฒนาทักษะการใช้ Social Telecare Platform ในกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรสหวิชาชีพ

2. ภาครัฐบาลและหน่วยงานภายนอกที่มีความเกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคม ควรบูรณาการข้อมูลสวัสดิการสังคมเข้ากับระบบ Telecare/Telemedicine ของโรงพยาบาล เพื่อให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถเชื่อมโยงสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

3. ต่อสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ควรมีการจัดทำมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์โดยใช้ระบบดิจิทัล (Digital Social Work Practice)

4. การร่วมพลักดันหลักสูตรสำหรับนักสังคมสงเคราะห์เฉพาะทางด้านการแพทย์ในสถานศึกษา

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2568). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ.* https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=577&dept=doe.

สถาบันโรคทรวงอก. (ม.ป.ป.). *แนวทางการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.* (เอกสารเผยแพร่ภายใน).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). สถิติรายปีประเทศไทย. https://www.nso.go.th/nsoweb/index#gsc.tab=0

NiNA1479: การทำให้สิทธิเป็นจริงของคนพิการในประเทศไทย ผ่านการศึกษาตลอดชีวิตและการทำงานที่มีคุณค่า

NiNA1479: Making the Right Real of Persons with Disabilities in Thailand through Lifelong Education and Decent Work

สัมฤทธิ์ ชาภิรมย์[1], ทิพยุดา ขุนฤทธิ์[2], ณัฐกานต์ โนรี [3], วิจิตา รชตะนันทิกุล[4], กฤตวรรณ สาหร่าย[5], นุชนาฎ ยูฮันเงาะ [6], กมลพรรณ พันพึ่ง[7], โชคชัย สุทธาเวส[8]
Samrit Chapirom[1], Thipyuda Kunrit[2], Nattakarn Noree[3], Vijita Rachatanantikul[4], Kittawan Sarai[5], Nutchanat Yuhanngoh[6], Kamolpun Punpuing[7], Chokchai Suttawet[8]

Correspondence: samrit.apr@gmail.com

(Received: October 30 ,2025 Revised: December 15 ,2025 Accepted: December 24 ,2025)

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งถอดรหัสสถาปัตยกรรมและศักยภาพของ NiNA1479 ในฐานะนวัตกรรมระบบนิเวศดิจิทัลต้นแบบ ที่มุ่งเปลี่ยนสิทธินามธรรมให้เป็น "การทำให้สิทธิเป็นจริง" (MRR) ตามกฎหมายโลก (CRPD) และเป้าหมายความยั่งยืน (SDGs) โดยเน้นแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในมิติการศึกษาตลอดชีวิต (LE) และการทำงานที่มีคุณค่า (DW) การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเอกสารเชิงคุณภาพที่เข้มข้นสูงสุด สังเคราะห์ข้อมูลช่วงปี พ.ศ. 2562–2568 เทียบเคียงกับโมเดลระบบดิจิทัลใน 15 ประเทศชั้นนำ และสร้างความเชื่อมั่นทางวิชาการด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ร่วมกับข้อมูลเชิงลึกจากผู้ใช้งานจริงและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 คน 9 กลุ่ม **ผลการวิจัย:** ข้อค้นพบยืนยันว่า NiNA1479 ทำหน้าที่เป็น "แกนกลางเปลี่ยนข้อมูลสู่การปฏิบัติ" ที่เปลี่ยน "สิทธิบนกระดาษ" ให้เป็น "สิทธิที่กดได้จริง" (Clickable Rights) บน 3 เสาหลัก คือ (1) การเข้าถึง

[1] ดร., ผู้จัดการและรองเลขาธิการ มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ
[2] ศูนย์บริการคนพิการพระมหาไถ่ มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ
[3,4,7] ดร., ที่ปรึกษามูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ
[5,6,8] ดร., อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
[1] Dr., Manager and Deputy Secretary-General, The Redemptorist Foundation for People with Disabilities (RF)
[2] Head of 1479 Helpline, The Mahatai Disability Service Center for Persons with Disabilities, RF.
[3,4,7] Dr., Advisor, The Redemptorist Foundation for People with Disabilities
[5,6,8] Dr., Lecturer, Faculty of Social Work and Social Welfare, Huachiew Chalermprakiet University

(2) เศรษฐกิจ และ (3) คุณภาพชีวิต ภายใต้โมเดลลูกผสมที่วางตำแหน่งให้แพลตฟอร์มดิจิทัล NiNA1479 เป็น "พระเอก" หรือกลไกขับเคลื่อนหลัก (High-Tech) ผ่าน 5 กลไกบูรณาการ คือ (1) การยืนยันตัวตนผ่าน ThaiD (2) ฐานข้อมูลสวัสดิการ (3) ระบบจับคู่ทักษะกับงาน (4) ชุมชนเพื่อนช่วยเพื่อน และ (5) การจัดการรายกรณีโดยสายด่วนคนพิการ 1479 ซึ่งทำหน้าที่เป็น "กองหนุน" หรือกลไกสนับสนุนทางมนุษย์ (High-Touch) คอยช่วยเหลือจุดที่เทคโนโลยีเข้าไม่ถึง การผสานพลังนี้ช่วยทลายอุปสรรคเชิงโครงสร้างได้จริง แต่ยังติดขัดที่เพดานการบังคับใช้กฎหมายที่อ่อนแอ **ข้อสรุป:** NiNA1479 มีความพร้อมสูงในการเป็นโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลสาธารณะแห่งชาติ แต่ความยั่งยืนต้องอาศัยการปฏิรูปนโยบายเร่งด่วน โดยเฉพาะการเปลี่ยนระบบโควตาจ้างงานสู่ระบบเงินสมทบ (Levy-Grant) เพื่อระดมทุนพัฒนาระบบเทคโนโลยี และการสร้างธรรมาภิบาลข้อมูลแบบร่วมมือ (Co-Governance) เพื่อยกระดับสิทธิคนพิการจากความฝันให้เป็นสิ่งที่จับต้องได้จริงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: NiNA1479, ระบบนิเวศดิจิทัล, การทำให้สิทธิเป็นจริง, การศึกษาตลอดชีวิต, การทำงานที่มีคุณค่า

Abstract

This article aims to decode the architecture and potential of NiNA1479 as a prototype digital ecosystem designed to transform abstract rights into tangible "Make the Right Real" (MRR) outcomes, aligning with the CRPD and SDGs. It specifically addresses bridging inequalities in Lifelong Education (LE) and Decent Work (DW). The study employs rigorous qualitative documentary research, synthesizing data from 2019–2025. It benchmarks against digital ecosystem models in 15 leading countries and ensures validity through triangulation with in-depth insights from 18 key stakeholders across 9 groups. **Findings:** Results confirm that NiNA1479 functions as an "Information-to-Action Backbone," transforming "paper rights" into "Clickable Rights" across three pillars: (1) Access, (2) Economy, and (3) Quality of Life. Utilizing a socio-technical hybrid model, the digital platform acts as the "Protagonist" (High-Tech) driving five integrated mechanisms: (1) ThaiD verification, (2) welfare databases, (3) skill-to-job matching, (4) peer communities, and (5) case management via the 1479 Helpline. The Helpline serves as the "Reinforcement" (High-Touch) to address gaps unreachable by technology. While this synergy effectively dismantles structural barriers, it remains constrained by a weak "law enforcement ceiling." **Conclusion:** NiNA1479 is highly primed to serve as national public digital infrastructure. However, sustainability requires urgent policy reforms, specifically transitioning employment quotas to a Levy-Grant system to fund technology development, and establishing Co-Governance to ensure disability rights are realized as sustainable, tangible realities.

Keywords: NiNA1479, Digital Ecosystem, Make the Right Real, Lifelong Education, Decent Work

บทนำ

การเข้าถึงการศึกษาตลอดชีวิต (LE) และการทำงานที่มีคุณค่า (DW) ถือเป็นสิทธิมนุษยชนและแกนหลักของ SDGs (SDG 4, 8) ที่ยึดมั่นหลักการ "ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง" (United Nations, 2015) สำหรับคนพิการทั่วโลก 1.3 พันล้านคนหรือร้อยละ 16 ของประชากรโลก (WHO, 2024) การแปรเปลี่ยนสิทธิตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (CRPD) ให้เป็นจริงยังติดขัดด้วย "ช่องว่างการนำไปปฏิบัติ" (Implementation Gap) ระหว่างหลักกฎหมาย (de jure) กับความเป็นจริง (de facto) ที่สะท้อนผ่านอัตราการว่างงานที่สูงกว่า 2-3 เท่าและรายได้ที่ต่ำกว่าร้อยละ 30 (ILO, 2024; World Bank, 2021) สภาวะวิกฤตนี้จึงเรียกร้องยุทธศาสตร์ "การทำให้สิทธิเป็นจริง" (Make the Right Real: MRR) ของ UNESCAP (2023) เพื่อแปลงพันธสัญญาบนกระดาษให้เป็นผลลัพธ์ที่จับต้องได้และวัดผลได้อย่างแท้จริง

สถานการณ์ในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างดังกล่าวอย่างชัดเจน จากข้อมูลคนพิการประมาณ 4.19 ล้านคน มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่ได้ศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา และมีเพียงร้อยละ 6.2 ที่มีงานทำ (UNICEF et al., 2025) สถิติเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงภาวะ "สิทธิที่มีอยู่แต่เข้าไม่ถึง" ซึ่งตอกย้ำความจำเป็นเร่งด่วนในการนำกรอบคิด MRR มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนเจตนารมณ์ของกฎหมายให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรม (Boonyarattanasoontorn, 2024; ILO, 2024) ภาวะดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่มีรากฐานมาจากอุปสรรคเชิงระบบที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน การสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมา (Lawson & Beckett, 2021; UNICEF et al., 2025) ชี้ให้เห็นว่าความเหลื่อมล้ำนี้มีต้นตอมาจาก “ปัจจัยขับเคลื่อนพื้นฐาน 3 ประการ” ได้แก่ การเลือกปฏิบัติที่ฝังรากลึก การขาดการเสริมพลังอำนาจ และความยากจน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้ก่อให้เกิด “อุปสรรคหลัก 7 ประการ” ที่ขัดขวางการเข้าถึงสิทธิของคนพิการในไทย ประกอบด้วย (1) อุปสรรคด้านทัศนคติ (2) การบังคับใช้กฎหมายที่ขาดประสิทธิภาพ (3) ข้อจำกัดด้านงบประมาณ (4) ความท้าทายในการเข้าถึงเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต (5) อุปสรรคด้านโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ (6) ความท้าทายด้านการเดินทาง และ (7) การขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณภาพ

เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายที่ซับซ้อนเหล่านี้ "สายด่วนคนพิการ 1479" จึงถูกก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นกลไกหน้าด่านในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ แต่ด้วยความตระหนักว่าการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างต้องการกลไกที่ยั่งยืนและขยายผลได้ในยุคดิจิทัล สายด่วนคนพิการ 1479 (Chapirom et al., 2022; สายด่วนคนพิการ 1479, n.d.) จึงได้วิวัฒนาการสู่ "NiNA1479" (National innovation Network Ability: NiNA1479) ซึ่งเป็น "Super App ของคนพิการโดยคนพิการ" ที่ออกแบบมาเพื่อเป็นมากกว่าแอปพลิเคชัน แต่เป็น "ระบบนิเวศดิจิทัล" (Digital Ecosystem) ที่มุ่งแก้ไขปัญหาทั้ง 7 ประการอย่างบูรณาการ (มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ และ บริษัท บีทามส์ โซลูชั่น จำกัด, 2568) แม้ว่าสถาปัตยกรรมของ NiNA1479 จะถูกออกแบบมาเพื่อตอบโต้ความท้าทายดังกล่าว แต่ยังคงมี "ช่องว่างในการวิจัย" (Research Gap) ที่สำคัญว่า ระบบนิเวศดิจิทัลสามารถลดทอนกำแพงที่ฝังรากลึก โดยเฉพาะอุปสรรคเชิงทัศนคติและการบังคับใช้กฎหมายที่อ่อนแอได้จริงหรือไม่ การศึกษาวิจัยเอกสารเชิงคุณภาพครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยมีวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัยดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Objectives)

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก สถาปัตยกรรม และกลไกการทำงานของ NiNA1479 ในฐานะระบบนิเวศดิจิทัลเพื่อสิทธิคนพิการ และเพื่อตรวจสอบกลยุทธ์ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมในการลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลและส่งเสริมการเข้าถึงเทคโนโลยีอย่างเท่าเทียมสำหรับคนพิการทุกคน

2. เพื่อสำรวจศักยภาพ ข้อจำกัด และบทบาทของ NiNA1479 ในการขจัดอุปสรรคเชิงโครงสร้างและทำให้สิทธิคนพิการเป็นจริง (Make the Right Real: MRR) โดยเฉพาะในด้านการศึกษาตลอดชีวิต (LE) การทำงานที่มีคุณค่า (DW) และ

การมีส่วนร่วมทางสังคม (SP) ภายใต้กรอบของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (CRPD) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และกรอบกฎหมายของไทยที่เกี่ยวข้อง

3. เพื่อระบุและวิเคราะห์ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาและขยายผล NiNA1479 ไปทั่วประเทศ และเพื่อเสนอแนวทางที่ประเทศไทยสามารถปรับใช้แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดจากนานาชาติเพื่อสร้างกลไกที่ยั่งยืนจากข้อมูลสู่การปฏิบัติ (Information-to-Action) ที่สนับสนุนการบังคับใช้และการทำให้สิทธิคนพิการเป็นจริงผ่านระบบนิเวศดิจิทัลที่ยืดหยุ่นและครอบคลุม

2. คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. NiNA1479 ในฐานะระบบนิเวศดิจิทัลเพื่อสิทธิคนพิการ คืออะไร และดำเนินการผ่านองค์ประกอบหลัก กลไกการทำงาน และกลยุทธ์การบูรณาการข้อมูลอย่างไร เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในกลุ่มคนพิการที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยี และความร่วมมือกับภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมช่วยส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิและบริการอย่างเท่าเทียมได้อย่างไร

2. ศักยภาพและข้อจำกัดของ NiNA1479 ในการขจัดอุปสรรคเชิงโครงสร้างเพื่อทำให้สิทธิเป็นจริง (MRR) สำหรับคนพิการมีอะไรบ้าง โดยเฉพาะในด้านการศึกษาตลอดชีวิต (LE) การทำงานที่มีคุณค่า (DW) และการมีส่วนร่วมทางสังคม (SP) ภายใต้กรอบของ CRPD SDGs และกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้อง

3. ความท้าทายและโอกาสเชิงกลยุทธ์ที่ NiNA1479 ต้องเผชิญในการขยายการดำเนินงานในระดับชาติมีอะไรบ้าง และประเทศไทยจะสามารถสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดจากนานาชาติเพื่อพัฒนากลไกจากข้อมูลสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างการบังคับใช้และการทำให้สิทธิคนพิการเป็นจริงภายในระบบนิเวศดิจิทัลที่ยืดหยุ่นและครอบคลุมได้อย่างไร

3. การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิด (Literature Review and Conceptual Framework)

การสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งต่อปรากฏการณ์ของ "NiNA1479" (National innovation Network Ability: NiNA1479) จำเป็นต้องอาศัยรากฐานทางทฤษฎีที่มั่นคง การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางกรอบการวิเคราะห์ โดยจะสังเคราะห์กรอบแนวคิดหลักที่เชื่อมโยงกัน 5 ประการ ได้แก่ (1) กรอบสิทธิสากลและแนวคิดการทำให้สิทธิเป็นจริง (2) มิติผลลัพธ์ด้านการศึกษาและการทำงาน (3) แนวคิดระบบนิเวศดิจิทัลในฐานะกลไกการเปลี่ยนแปลง (4) การวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบนิเวศดิจิทัลเพื่อสิทธิคนพิการระดับโลก 15 ประเทศ (5) ช่องว่างทางทฤษฎีและการวิจัยเพื่อสร้างกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. กรอบสิทธิสากล: จากอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (CRPD) สู่การทำให้สิทธิเป็นจริง (MRR)

รากฐานเชิงบรรทัดฐานของการศึกษานี้คืออนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (CRPD) โดยเฉพาะมาตรา 24 (การศึกษา) และมาตรา 27 (การทำงานและการจ้างงาน) ซึ่งกำหนดพันธกรณีให้รัฐภาคีต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรคเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของคนพิการ (United Nations, 2018) อย่างไรก็ตาม ดังที่กล่าวไว้ในบทนำ ช่องว่างระหว่างการให้สัตยาบัน (De jure) และการปฏิบัติจริง (De facto) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ (United Nations, 2022) เพื่อตอบสนองต่อช่องว่างนี้ แนวคิด "การทำให้สิทธิเป็นจริง" (Make the Right Real: MRR) ของ UNESCAP จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยเรียกร้องให้เปลี่ยนเจตนารมณ์ของ CRPD ให้กลายเป็นการปฏิบัติที่จับต้องได้และวัดผลได้ ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างผลลัพธ์ที่แท้จริงในชีวิตคนพิการแทนที่การมุ่งเน้นเพียงตัวบทกฎหมาย (UNESCAP, 2022)

2. มิติผลลัพธ์: การศึกษาตลอดชีวิต (LE) และการทำงานที่มีคุณค่า (DW)

การประเมินศักยภาพของ NiNA1479 จะพิจารณาผ่านผลลัพธ์ในสองมิติหลักที่สำคัญต่อการพึ่งพาตนเองของคนพิการ คือ LE และ DW แนวคิด "การศึกษาตลอดชีวิต" (Lifelong Education) ของ UNESCO มองว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการต่อเนื่องตลอดชีวิตซึ่งจำเป็นต่อการปรับตัวให้เข้ากับโลกที่เปลี่ยนแปลง (UNESCO, 2023) ขณะที่แนวคิด "การทำงานที่มีคุณค่า" (Decent Work) ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ครอบคลุมในสี่ด้าน คือ การจ้างงานที่มีผลิตภาพ (Productive employment) สิทธิขั้นพื้นฐานในการทำงาน (Workers' rights) การคุ้มครองทางสังคม (Social protection) และการเจรจาทางสังคม (Social dialogue) ดังนั้นงานที่มีคุณค่าจึงไม่ได้หมายถึงเพียงการมีงานทำ แต่ต้องเป็นงานที่ก่อให้เกิดผลิตภาพ มีรายได้ที่เป็นธรรม มีความมั่นคง และมีการคุ้มครองทางสังคม (International Labour Organization, 2024) วรรณกรรมยืนยันว่าอุปสรรคเชิงโครงสร้าง 7 ประการที่คนพิการในไทยเผชิญนั้น เป็นกำแพงสำคัญที่ขัดขวางการเข้าถึงโอกาสทั้งสองด้านนี้อย่างรุนแรง (UNESCO, 2020) ดังนั้น การประเมิน NiNA1479 จึงต้องวิเคราะห์ว่าระบบสามารถลดทอนอุปสรรคเหล่านี้เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย LE และ DW ได้จริงหรือไม่

3. กลไกการเปลี่ยนแปลง: ระบบนิเวศดิจิทัล (Mechanism of Change: Digital Ecosystem)

การศึกษานี้ได้นิยาม NiNA1479 คือ ระบบนิเวศดิจิทัลต้นแบบของไทยที่เป็นรูปธรรมของ "โมเดลลูกผสมเชิงสังคม-เทคนิค" (Socio-Technical Hybrid Model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีนัยสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบริบทประเทศที่มีความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลสูง โมเดลนี้ผสานองค์ประกอบสองส่วนที่เกื้อหนุนกันอย่างแยกไม่ออก ได้แก่ ส่วนเทคโนโลยี (High-tech) คือ แพลตฟอร์มดิจิทัล NiNA1479 ที่ทำหน้าที่สร้างการเข้าถึงในวงกว้างและขยายผลได้อย่างรวดเร็ว (Scalability) และส่วนสังคม (High-touch) คือสายด่วนคนพิการ 1479 ที่ทำหน้าที่เป็นตาข่ายนิรภัยทางสังคม สร้างความไว้วางใจ และรับประกันความเสมอภาคในการเข้าถึง (Equity) สำหรับผู้ที่เผชิญอุปสรรคทางเทคโนโลยี โดยขับเคลื่อนผ่านกระบวนการ "ออกแบบโดยและเพื่อคนพิการ" (Co-creation) และยุทธศาสตร์ "ออนไลน์สู่การปฏิบัติจริง" (Online-to-Offline Integration) (Whalley et al., 2023; Oyedokun, 2025, มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการและบริษัท บีทามส์ โซลูชั่น จำกัด, 2568)

4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบนิเวศดิจิทัลเพื่อสิทธิคนพิการ: การถอดรหัสพันธุกรรมความสำเร็จเชิงสถาบันจาก 15 ประเทศ

การยกระดับ NiNA1479 จากสถานะนวัตกรรมทางสังคมเฉพาะกลุ่ม (Niche Social Innovation) ไปสู่การเป็น "โครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลสาธารณะระดับชาติ" (National Public Digital Infrastructure) จำเป็นต้องก้าวข้ามกับดักทางนโยบายที่สำคัญที่สุดของประเทศไทย คือภาวะ "สิทธิที่มีอยู่แต่เข้าไม่ถึง" (The gap between De jure and De facto) การศึกษานี้จึงมิได้หยุดอยู่เพียงการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน (Benchmarking) แต่ได้ทำการ ถอดรหัส (Decode) สถาปัตยกรรมเชิงสถาบันของระบบนิเวศดิจิทัลใน 15 ประเทศชั้นนำ เพื่อสังเคราะห์ยุทธศาสตร์ที่จะเปลี่ยน "สิทธิบนกระดาษ" (Paper Rights) ให้กลายเป็น "สิทธิที่กดได้จริง" (Clickable Rights) อย่างเป็นรูปธรรม

การวิเคราะห์นี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานหลักของกรอบแนวคิด "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" (Triangle of Change) ซึ่งเสนอว่าความสำเร็จที่ยั่งยืนของระบบนิเวศดิจิทัลเพื่อคนพิการ ไม่ได้เกิดขึ้นจากความล้ำสมัยของเทคโนโลยีเพียงลำพัง แต่ต้องเกิดจากดุลยภาพของสามองค์ประกอบที่เกื้อหนุนกัน ได้แก่: กฎหมาย ซึ่งทำหน้าที่กำหนด "เหตุผลความจำเป็น" (Why) และสร้างแรงบีบคั้นทางสังคม; เทคโนโลยี ซึ่งทำหน้าที่กำหนด "วิธีการและเครื่องมือ" (How) ในการเข้าถึง; และ การคลัง ซึ่งทำหน้าที่กำหนด "ความยั่งยืน" (Sustainability) ของระบบ (Blanck, 2020; Lawson & Beckett, 2021)

4.1 การสังเคราะห์แบบแผนความสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Synthesis of Success Patterns)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกผ่านการวิเคราะห์เปรียบเทียบใน 7 มิติยุทธศาสตร์ พบว่าความสำเร็จของระบบนิเวศระดับโลกเกิดจาก "การจัดวางตำแหน่งเชิงสถาบัน" (Institutional Positioning) ที่แม่นยำ ซึ่งสามารถจำแนกเป็น 4 แบบแผนความสำเร็จ (Success Patterns) ที่เป็นพันธุกรรมร่วมของประเทศพัฒนาแล้ว ดังนี้

(1) การสร้างอุปสงค์เชิงโครงสร้างผ่านนิติเศรษฐศาสตร์ (Structural Demand Creation via Legal Economics) ในกลุ่มประเทศผู้นำด้านการจ้างงานคนพิการอย่าง ฝรั่งเศส และ เกาหลีใต้ กฎหมายไม่ได้ทำหน้าที่เป็นเพียงข้อบังคับทางศีลธรรมหรือการสงเคราะห์ แต่ถูกออกแบบให้เป็น "เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์" ที่ทรงพลัง ระบบโควตาการจ้างงานที่มีบทลงโทษทางการเงินที่รุนแรงและมีการบังคับใช้อย่างเคร่งครัด (Punitive Quota) ได้ทำหน้าที่สร้าง "อุปสงค์เทียม" (Artificial Demand) ขึ้นในตลาดแรงงาน แรงกดดันทางกฎหมายนี้บีบให้ภาคธุรกิจต้องดิ้นรนแสวงหาคนพิการที่มีคุณสมบัติเข้าทำงานเพื่อหลีกเลี่ยงค่าปรับมหาศาล ในบริบทเช่นนี้ แพลตฟอร์มดิจิทัลจึงไม่ได้เป็นเพียงทางเลือก แต่กลายเป็น "กลไกตอบสนองอุปทาน" (Supply Response Mechanism) ที่จำเป็นที่สุดในการช่วยนายจ้างจับคู่ทักษะและค้นหาแรงงานคนพิการได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ บทเรียนนี้ชี้ให้เห็นสัจธรรมว่า หากปราศจาก "เขี้ยวเล็บ" ของกฎหมาย เทคโนโลยีจะเป็นเพียงพาหนะที่ขาดเชื้อเพลิงในการขับเคลื่อน (Deleuse et al., 2019; Lindsay et al., 2018)

(2) ความไว้วางใจในฐานะโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล (Trust as Digital Infrastructure) สำหรับกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย (โดยเฉพาะ สวีเดน และ นอร์เวย์) และ สิงคโปร์ สินทรัพย์ที่มีค่าที่สุดในระบบนิเวศดิจิทัลไม่ใช่ข้อมูล (Data) แต่คือ "ความไว้วางใจ" (Trust) การบูรณาการระบบอัตลักษณ์ดิจิทัลแห่งชาติ (National Digital ID) เช่น BankID หรือ SingPass เข้ากับบริการสำหรับคนพิการ ทำให้เกิด "โครงสร้างพื้นฐานแห่งความเชื่อมั่น" (Infrastructure of Trust) ที่สมบูรณ์แบบ ระบบนี้ช่วยขจัด "ต้นทุนธุรกรรม" (Transaction Costs) มหาศาลที่เกิดจากการต้องพิสูจน์ความพิการซ้ำซาก และทำให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการข้ามหน่วยงานได้แบบไร้รอยต่อ (Seamless) ผ่านการยืนยันตัวตนเพียงครั้งเดียว (Single Sign-On) ความสำเร็จนี้ยืนยันว่า NiNA1479 จะไม่สามารถขยายผลในระดับชาติได้ หากไม่สามารถเชื่อมต่อความเชื่อมั่นผ่านระบบ ThaiD ได้อย่างสมบูรณ์ (Ong & Chua, 2021; Hedman & Henningsson, 2016)

(3) ภาวะพึ่งพาอาศัยเชิงสังคม-เทคนิค (Socio-Technical Symbiosis) กรณีศึกษาของ ออสเตรเลีย ผ่านโครงการ JobAccess และ สหราชอาณาจักร ได้พิสูจน์สัจธรรมที่สำคัญว่า การแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำที่ซับซ้อน (Wicked Problem) ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว (Tech-only Solution) ได้สำเร็จ โมเดลที่ประสบความสำเร็จคือการสร้าง "ภาวะพึ่งพาอาศัย" (Symbiosis) ระหว่างเทคโนโลยีและมนุษย์ โดยมีการแบ่งบทบาทที่ชัดเจน: ให้แพลตฟอร์มดิจิทัล (High-Tech) รับบทบาทเป็น "พระเอก" (Protagonist) ในการสร้างการเข้าถึงในวงกว้าง (Scale) และความรวดเร็ว ในขณะที่ให้ศูนย์บริการมนุษย์หรือสายด่วน (High-Touch) รับบทบาทเป็น "กองหนุน" (Reinforcement) ในการสร้างความลึกซึ้ง (Depth) การวินิจฉัยปัญหาเฉพาะราย และการเยียวยาจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่อัลกอริทึมยังไม่สามารถทดแทนได้ (Sittig & Singh, 2010; Lindsay et al., 2018)

(4) เศรษฐกิจหมุนเวียนเพื่อความยั่งยืนทางการคลัง (Circular Economy of Rights) ความเปราะบางที่สุดของโครงการเพื่อสังคมส่วนใหญ่คือ "งบประมาณ" แต่ระบบ Levy-Grant ของ ฝรั่งเศส (บริหารโดย AGEFIPH) และ เยอรมนี ได้เสนอนวัตกรรมทางการคลังที่เปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการ "ขอรับงบประมาณ" สู่การ "สร้างรายได้หมุนเวียน" กลไกนี้เปลี่ยน "ค่าปรับ" (Levy) จากผู้ละเมิดสิทธิ (นายจ้างที่ไม่จ้างคนพิการ) ให้กลายเป็น "ทุนพัฒนา" (Grant) เพื่อส่งเสริมสิทธิ (ทุนฝึกอบรม ทุนปรับสภาพแวดล้อม และทุนพัฒนาระบบดิจิทัล) วงจรการเงินนี้ทำให้ระบบนิเวศมีความยั่งยืนด้วยตัวเอง (Self-sustaining) โดยไม่ต้องพึ่งพางบประมาณแผ่นดินหรือเงินบริจาคที่มีความไม่แน่นอน ซึ่งเป็นแบบอย่างที่สำคัญที่สุดสำหรับการแก้ปัญหาความเปราะบางทางการเงินของ NiNA1479 (Bonaccio et al., 2020; Deleuse et al., 2019)

4.2 ตารางเปรียบเทียบเชิงวิพากษ์และมีนัยต่อประเทศไทย (Critical Comparative Analysis)

เพื่อฉายภาพพลวัตที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท การศึกษานี้ได้จัดกลุ่ม 15 ประเทศออกเป็น 5 กลุ่มยุทธศาสตร์ และสังเคราะห์นัยสำคัญต่อการออกแบบสถาปัตยกรรมของ NiNA1479 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: การสังเคราะห์ระบบนิเวศดิจิทัล 15 ประเทศต้นแบบสู่ยุทธศาสตร์ NiNA1479

กลุ่มยุทธศาสตร์ (Strategic Cluster)	กรณีศึกษาเด่น (Key Cases)	กลไกขับเคลื่อนหลัก (Core Drivers)	นัยเชิงยุทธศาสตร์ต่อ NiNA1479 (Strategic Implications)
1. รัฐสวัสดิการฐานความเชื่อมั่น *(Trust-based Welfare State)*	สวีเดน นอร์เวย์ และฟินแลนด์	• Single Sign-On (BankID): อัตลักษณ์เดียวที่น่าเชื่อถือสูง ใช้ยืนยันตัวตนเข้าถึงบริการรัฐและเอกชนได้จบในที่เดียว • Algorithmic Fairness: ใช้ AI (เช่น แพลตฟอร์ม NAV) วิเคราะห์สิทธิรายบุคคลอย่างแม่นยำ	• Trust Protocol: จำเป็นต้องยกระดับการเชื่อมต่อ • ThaiD ให้เป็น "โปรโตคอลแห่งความเชื่อมั่น" เพื่อยุติขั้นตอนการพิสูจน์สิทธิที่ซ้ำซ้อนและไร้ประสิทธิภาพ
2. รัฐบูรณาการข้อมูลบังคับ *(Data-Integrated State)*	สิงคโปร์ เกาหลีใต้ และญี่ปุ่น	• Interoperability (SingPass): ข้อมูลไหลเวียนข้ามกระทรวงแบบไร้รอยต่อ • Punitive Quota: โควตาเข้มข้น พร้อมระบบติดตาม Real-time สร้างตลาดแรงงานจริง	• Enforcement Reform: ต้องปฏิรูปการบังคับใช้กฎหมายโควตาให้มีผลจริงจัง เพื่อสร้าง "อุปสงค์" (Demand) ที่แท้จริงให้ระบบดิจิทัลทำงานได้ มิเช่นนั้นจะเป็นเพียงเครื่องมือที่ว่างเปล่า
3. โมเดลลูกผสมเชิงบริการ *(Hybrid Service Model)*	ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา	• High-Tech + High-Touch (JobAccess): เว็บไซต์ทำงานร่วมกับศูนย์บริการมนุษย์ • Enabling Funds: กองทุนสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อม (EAF)	• Architectural Validation: ยืนยันว่าโมเดล NiNA1479 (Tech) + สายด่วนคนพิการ 1479 (Touch) คือทิศทางที่ถูกต้องตามมาตรฐานโลก และต้องลงทุนพัฒนาทั้งสองส่วนควบคู่กัน
4. ความยั่งยืนทางการคลัง *(Fiscal Sustainability)*	ฝรั่งเศส และเยอรมนี	• Levy-Grant System (AGEFIPH): เปลี่ยนค่าปรับให้เป็นทุนพัฒนา • Dual System: ระบบอาชีวะคู่ขนานดิจิทัล	• Financial Engineering: จำเป็นต้องผลักดันระบบ Levy-Grant เพื่อเปลี่ยน NiNA1479 จาก "โครงการขอทุน" เป็น "สถาบันที่เลี้ยงตัวเองได้" (Self-sufficient Institution)
5. นวัตกรรมนำโดยประชาสังคม *(Civil Society-Led)*	สเปน ไต้หวัน และอิสราเอล	• Civil Society Led (ONCE): ภาคประชาสังคมเป็นแกนนำขับเคลื่อนนโยบาย • Smart Card: บัตรใบเดียวครอบจักรวาล	• Civic Leadership: สนับสนุนให้ภาคประชาสังคม (มูลนิธิฯ) เป็นแกนนำขับเคลื่อนตามโมเดล ONCE โดยรัฐเปลี่ยนบทบาทจากผู้ควบคุม (Controller) เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator)

ที่มา: สังเคราะห์เชิงวิพากษ์จาก Blanck (2020); Deleuse et al. (2019); Ong & Chua (2021) และมูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ และ บริษัท บีทามส์ โซลูชั่น จำกัด. (2568)

4.3 บทสรุปเชิงยุทธศาสตร์: จาก "ทางเลือก" สู่ "ทางรอด" (From Options to Structural Imperatives)

จากการสังเคราะห์บทเรียนระดับโลกข้างต้น นำไปสู่ข้อสรุปที่มิใช่เพียง "ทางเลือกเชิงนโยบาย" แต่เป็น "ความจำเป็นเชิงโครงสร้าง" (Structural Imperatives) 3 ประการ ที่จะเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จ (Critical Success Factors) ของ NiNA1479 ในบริบทประเทศไทย

(1) การยืนยันความถูกต้องของสถาปัตยกรรม (Architectural Validation): การวิเคราะห์เปรียบเทียบยืนยันอย่างหนักแน่นว่า การที่ NiNA1479 เลือกใช้ "โมเดลลูกผสม" (Tech + Touch) ไม่ใช่ความล้าหลัง แต่เป็นความก้าวหน้าตามแบบอย่าง JobAccess ของออสเตรเลีย การวางตำแหน่งให้แพลตฟอร์มเป็น "พระเอก" (Protagonist) และสายด่วน 1479 เป็น "กองหนุน" (Reinforcement) คือ "ทางรอดเดียว" ในการปิดช่องว่างความเหลื่อมล้ำดิจิทัล (Digital Divide) ที่ฝังรากลึกในสังคมไทย

(2) การวินิจฉัยจุดตายของระบบ (Identifying the Systemic Failure Point): บทเรียนจากเกาหลีใต้และฝรั่งเศสชี้ชัดว่า "เพดานการบังคับใช้กฎหมาย" (Enforcement Ceiling) คือจุดตายที่อันตรายที่สุดของระบบในไทย ตราบใดที่กฎหมายยังไม่ศักดิ์สิทธิ์พอที่จะสร้างอุปสงค์ที่แท้จริงในตลาดแรงงาน เทคโนโลยีอย่าง NiNA1479 จะทำหน้าที่ได้เพียง "อำนวยความสะดวก" (Facilitate) แต่ไม่สามารถ "สร้างงาน" (Generate Jobs) ได้อย่างยั่งยืน หากปราศจากเจตจำนงทางการเมืองที่เข้มแข็ง

(3) การเปลี่ยนผ่านสู่ความมั่นคง (Transition to Stability): ความเปราะบางทางการเงินคือความเสี่ยงเชิงสถาบันสูงสุด การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบ Levy-Grant จึงเป็นเงื่อนไขจำเป็นในการยกระดับ NiNA1479 จาก "โครงการชั่วคราว" ให้กลายเป็น "สถาบันทางดิจิทัล" (Digital Institution) ที่มั่นคงถาวร เพื่อให้เป็นหลักประกันว่าสิทธิของคนพิการจะไม่ถูกจำกัดด้วยงบประมาณที่ผันผวนอีกต่อไป

5 ช่องว่างทางทฤษฎีและการวิจัย (Gaps in the Literature)

แม้ว่าวรรณกรรมหลายชิ้นจะระบุถึง “ปัญหา” และ “อุปสรรค” ทั้ง 7 ประการที่คนพิการเผชิญ (เช่น Lawson & Beckett, 2021; UNICEF et al., 2025) อันได้แก่ 1) อุปสรรคด้านทัศนคติ 2) การบังคับใช้กฎหมายที่ขาดประสิทธิภาพ 3) ข้อจำกัดด้านงบประมาณ 4) ความท้าทายในการเข้าถึงเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต 5) อุปสรรคด้านโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ 6) ความท้าทายด้านการเดินทาง และ 7) การขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณภาพ และมีงานวิจัยที่นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับนวัตกรรมดิจิทัลเพื่อสังคม (เช่น Silva-Flores et al., 2024) แต่ยังคงมี "ช่องว่างในการวิจัย" (Research Gap) ที่สำคัญ คือยังขาดการเจาะลึกและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบว่า "ระบบนิเวศดิจิทัล" เช่น NiNA1479 คืออะไร และสามารถเป็นคำตอบที่ยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างที่ฝังรากลึกได้จริงหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วรรณกรรมที่มีอยู่ยังไม่ได้วิเคราะห์ "กระบวนการ" และ "กลไก" การทำงานร่วมกันระหว่างแพลตฟอร์มดิจิทัล (NiNA1479) กับกลไกสนับสนุนภาคพื้นดินที่เป็นมนุษย์ (สายด่วนคนพิการ 1479) ว่าสามารถสร้างกลไก "จากข้อมูลสู่การปฏิบัติ" (Information-to-Action) เพื่อลดทอนกำแพงเชิงสถาบันได้อย่างไร (Stough & Maddalena, 2021) การศึกษานี้จึงมุ่งอุดช่องว่างดังกล่าว

6 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดภายใต้ทฤษฎีระบบ (System Theory) เพื่ออธิบายพลวัตการเปลี่ยนผ่านจากสิทธิสู่การปฏิบัติ โดยเชื่อมโยงความสัมพันธ์เชิงเหตุผล 3 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน องค์ประกอบแรก “ปัจจัยนำเข้า” (Input) คืออุปสรรคเชิงโครงสร้าง 7 ประการที่กดทับศักยภาพคนพิการและขวางกั้นการเข้าถึง LE และ DW องค์ประกอบที่สอง “กระบวนการ” (Process) คือการใช้ NiNA1479 ECO SYSTEM เป็นกลไกแทรกแซงทางสังคม โดยขับเคลื่อนผ่านสามเสาหลัก (1) การเข้าถึง (2) เศรษฐกิจ และ (2) คุณภาพชีวิต ผสานยุทธศาสตร์ “ออนไลน์สู่การปฏิบัติจริง” (Online-to-Offline Integration) เพื่อบูรณาการความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ลดความซ้ำซ้อน และเชื่อมข้อมูลกับการช่วยเหลือภาคสนามอย่างเป็นระบบ (Wahl et al., 2024; Benedict & Sebastian, 2024) องค์ประกอบที่สาม “ผลลัพธ์” (Output/Outcome) คือการบรรลุเป้าหมาย "การทำให้สิทธิเป็นจริง" (MRR) ในมิติที่วัดผลได้ เช่น การเพิ่มการเข้าถึงการศึกษาตลอดชีวิตและการจ้างงานที่มีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมาย SDG 4 และ SDG 8 ในบริบทไทย (UNESCAP, 2022; ILO, 2024) โดยพลวัตความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งหมดแสดงได้ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1: แผนผังระบบนิเวศดิจิทัลของ NiNA1479 ECOSYSTEM

ที่มา: ดัดแปลงจาก มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ และ บริษัท บีทามส์ โซลูชั่น จำกัด (2568)

หลังจากได้สร้างกรอบแนวคิดที่ตั้งอยู่บนทฤษฎีระบบและได้รับข้อมูลเชิงลึกจากแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในระดับนานาชาติแล้ว ส่วนถัดไปจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงเอกสารที่เข้มงวดซึ่งใช้ในการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนี้กับกรณีของ NiNA1479

4. ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

บทความชิ้นนี้ได้มาจากการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์และตีความสถาปัตยกรรมของระบบนิเวศดิจิทัลที่ซับซ้อน (NiNA1479) ควบคู่ไปกับการประเมินกรอบนโยบายและบริบททางวิชาการที่เกี่ยวข้อง และเพื่อตอบคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์กลไก ศักยภาพ และข้อจำกัดของแพลตฟอร์มได้อย่างลึกซึ้ง (Babbie, 2020)

1. การรวบรวมและคัดเลือกเอกสาร

การวิจัยนี้ได้รวบรวมและวิเคราะห์เอกสารที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2568 โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Selection Criteria) ที่เน้นเอกสารซึ่งให้ข้อมูลโดยตรงเกี่ยวกับสถาปัตยกรรมของ NiNA1479 บริบทนโยบายด้านคนพิการในไทย และแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในระดับสากล แหล่งข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก

1.1 เอกสารปฐมภูมิ ประกอบด้วยเอกสารเชิงเทคนิค เช่น "เอกสารภาพรวมของ NiNA1479" (2568) ซึ่งให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการออกแบบ สถาปัตยกรรม และการเชื่อมโยงข้อมูลของแพลตฟอร์ม รวมถึงเอกสารนโยบายและรายงานจากองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) และคณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติสำหรับเอเชียและแปซิฟิก (UNESCAP)

1.2 เอกสารทุติยภูมิ ประกอบด้วยบทความวิจัยที่ผ่านการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเฉพาะบทความหลักคือ “Realizing Accessibility in Thailand: Make the Right Real, Lifelong Education, and Decent Work for Persons with Mobility Disabilities” (Chapirom et al., 2025) ซึ่งให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรค 7 ประการและกรอบแนวคิด MRR, LE และ DW รวมถึงงานวิจัยระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับระบบอัตลักษณ์ดิจิทัล (Ong & Chua, 2021) กฎหมายคุ้มครองสิทธิคนพิการ (Blanck, 2020; Lawson & Beckett, 2021) และกลไกการเงินสนับสนุน (Deleuse et al., 2019; Cavanagh et al., 2017)

2. กรอบการวิเคราะห์ข้อมูลและความเข้มแข็งเชิงระเบียบวิธี

เพื่อสร้างความเข้มแข็งเชิงระเบียบวิธี (Methodological Rigor) การวิจัยนี้ได้ใช้การเทียบเคียง (Triangulation) กรอบการวิเคราะห์กับข้อมูลเชิงประจักษ์จากงานวิจัยภาคสนาม (Chapirom et al., 2025) งานวิจัยดังกล่าวได้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีวัตถุประสงค์ (Purposive Sampling) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 18 คน จาก 9 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ (1) ผู้นำองค์กรคนพิการ, (2) ผู้บริหารสถานศึกษา (รัฐ/เอกชน), (3) นายจ้าง (รัฐ/เอกชน), (4) นักวิชาการด้านการศึกษา

ตลอดชีวิต, (5) กระทรวงศึกษาธิการ, (6) กระทรวงแรงงาน, (7) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.), (8) ผู้เชี่ยวชาญกฎหมายสิทธิคนพิการ, และ (9) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (อว.)

การเทียบเคียงนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นการ ยึดโยงการวิเคราะห์เอกสารเข้ากับประสบการณ์ตรงและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ซึ่งช่วยป้องกันการตีความเชิงทฤษฎีที่อาจแยกขาดจากความเป็นจริง ในขั้นตอนการสังเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ใจความสำคัญ (Thematic Analysis) ตามแนวทางของ Braun & Clarke (2006) โดยนำประเด็น "อุปสรรคเชิงโครงสร้าง" และ "ศักยภาพของเทคโนโลยี" ที่ได้จากงานวิจัยภาคสนามมาเป็นกรอบในการสกัดและจัดหมวดหมู่ข้อมูลจากเอกสารทั้งหมด เพื่อให้แน่ใจว่าการวิเคราะห์มีความเชื่อมโยงกับบริบทจริงอย่างลึกซึ้ง

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative Content Analysis) อย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจาก การลงรหัสแบบเปิด (Open Coding) ตามคำสำคัญ 5 ประการ (NiNA1479 ระบบนิเวศดิจิทัล การทำให้สิทธิเป็นจริง การศึกษาตลอดชีวิต การทำงานที่มีคุณค่า) จากนั้นจึงทำการ ลงรหัสเชิงแกน (Axial Coding) เพื่อเชื่อมโยงสถาปัตยกรรมของ NiNA1479 เข้ากับอุปสรรคเชิงโครงสร้าง 7 ประการ การวิจัยนี้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยอ้างอิงถึงการอนุมัติโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (HCU) เลขที่ อ.1216/2565

ระเบียบวิธีที่รัดกุมนี้ได้นำไปสู่ผลการวิจัยที่ครอบคลุมและน่าเชื่อถือ ซึ่งจะนำเสนอในลำดับถัดไป

5. ผลการวิจัย (Findings

จากการสังเคราะห์เอกสารเชิงคุณภาพระหว่างปี พ.ศ. 2562-2568 ได้ข้อค้นพบที่สามารถตอบคำถามการวิจัย (RQ) และสะท้อนไปตอบวัตถุประสงค์ (RO) ทั้งสามประการได้อย่างครบถ้วน โดยผลการวิจัยชี้ให้เห็นทั้งสถาปัตยกรรมที่ก้าวหน้า ศักยภาพที่โดดเด่น และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่สำคัญของระบบนิเวศดิจิทัล NiNA1479 ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับต่อไปนี้

1. สถาปัตยกรรม กลไก และยุทธศาสตร์ความร่วมมือของระบบนิเวศดิจิทัล (ตอบ RQ1/RO1)

ผลการการศึกษาแสดงให้เห็นว่า "NiNA1479" (National innovation Network Ability: NiNA1479) คือ "Super App ของคนพิการโดยคนพิการ" และจากการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า NiNA1479 ไม่ได้เป็นเพียงแอปพลิเคชัน แต่คือ ระบบนิเวศดิจิทัลต้นแบบของไทย ที่ถูกออกแบบมาเพื่อทำหน้าที่เป็น "แกนกลางข้อมูลสู่การปฏิบัติ" (Information-to-Action Backbone) โดยสถาปัตยกรรมของระบบถูกจัดวางอยู่บนโครงสร้างหลัก 3 มิติคือ (1) การเข้าถึง (ข้อมูล ข่าวสาร การเดินทาง บริการ) (2) เศรษฐกิจ (รายได้ การเรียนรู้ตลอดชีวิต การจ้างงาน) และ (3) คุณภาพชีวิต (ความปลอดภัย การยุติธรรม การมีส่วนร่วม) ซึ่งขับเคลื่อนผ่านองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้

1.1 สถาปัตยกรรมทางเทคนิคและการออกแบบเพื่อการเข้าถึง สถาปัตยกรรมของ NiNA1479 สร้างบนรากฐาน Cloud Native Architecture และ Microservices Pattern ที่เอื้อต่อการขยายตัวและบูรณาการบริการใหม่ๆ ในอนาคต ระบบได้บูรณาการการยืนยันตัวตนดิจิทัลของภาครัฐ (ThaiD) ซึ่งช่วยสร้างความน่าเชื่อถือ และออกแบบภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยไซเบอร์ (PDPA) ที่สำคัญที่สุดคือ การออกแบบยึดมั่นในมาตรฐาน WCAG 2.1 ซึ่งเป็นมาตรฐานสูงสุดด้านการเข้าถึงสำหรับคนพิการทุกประเภท

1.2 กลไกการดำเนินงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล NiNA1479 ใช้กลไกการทำงาน 5 ประการที่บูรณาการร่วมกันเพื่อลดช่องว่างทางดิจิทัล ได้แก่ (1) การยืนยันตัวตนดิจิทัลผ่าน ThaiD (2) ฐานข้อมูลสิทธิและสวัสดิการแบบบูรณาการ (3) โมดูลจับคู่ทักษะกับงานที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูล "ไทยมีงานทำ" (4) ชุมชนเพื่อนช่วยเพื่อนที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงดิจิทัล และ (5) การจัดการรายกรณีโดยสายด่วนคนพิการ 1479 ซึ่งเป็นกลไกหัวใจสำคัญที่ทำหน้าที่เป็น "สะพานเชื่อม" และ "ตาข่ายนิรภัย" สำหรับผู้ที่เข้าไม่ถึงเทคโนโลยี

1.3 ยุทธศาสตร์ความร่วมมือไตรภาคี ระบบนิเวศนี้ขับเคลื่อนด้วยโมเดลความร่วมมือไตรภาคีระหว่าง ภาคประชาสังคม (มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ) ภาคเอกชน (บริษัท บีทามส์ โซลูชั่น จำกัด) และ ภาครัฐ (กรมการปกครองผ่าน ThaiD และกรมการจัดหางานผ่าน "ไทยมีงานทำ") ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่จำเป็นต่อการบูรณาการบริการที่กระจัดกระจายให้เป็นหนึ่งเดียว

2. ศักยภาพและข้อจำกัดในการขจัดอุปสรรคเพื่อการทำให้สิทธิเป็นจริง (ตอบ RQ2/RO2)

การวิเคราะห์พบว่าสถาปัตยกรรมและกลไกของระบบมีทั้งศักยภาพที่โดดเด่นและข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่สำคัญ

2.1 ศักยภาพในการขจัดอุปสรรคเชิงโครงสร้างเจ็ดประการ NiNA1479 มีศักยภาพสูงในการ ลดทอน และ บรรเทา อุปสรรค 7 ประการ(กล่าวไว้ในบทนำ) พร้อมกัน โดยสามารถจำแนกการวิเคราะห์ตาม 3 มิติหลัก ดังนี้

(1) ด้านการทำงานที่มีคุณค่า (DW): การเชื่อมต่อโดยตรงกับ "ไทยมีงานทำ" เป็นการ ลดทอน เช่น อุปสรรคเชิงทัศนคติ (Barrier 1) และช่วย บรรเทา อุปสรรคทางกายภาพและการเดินทาง (Barrier 5, 6) ซึ่งช่วยให้คนพิการเข้าถึงโอกาสงานได้อย่างมีนัยสำคัญ และเป็นการทำให้สิทธิในการทำงาน (MRR) เข้าใกล้ความเป็นจริงมากขึ้น

(2) ด้านการศึกษาตลอดชีวิต (LE): แม้ยังไม่เด่นชัดเท่า DW แต่เมนู "รอบรู้ความพิการ" และ "NINA Station" ได้วางรากฐานในการเป็นคลังความรู้ ซึ่งมีศักยภาพในการพัฒนาสู่เส้นทางการเรียนรู้เฉพาะบุคคล (Personalized Learning) เพื่อติดอาวุธทางปัญญาและทักษะที่จำเป็นให้แก่คนพิการ

(3) ด้านการเข้าถึงสิทธิ (MRR): NiNA1479 ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือ MRR ที่เปลี่ยน "สิทธิบนกระดาษ" ให้เป็น "สิทธิที่กดได้" (Clickable Rights) ผ่านการรวบรวมสิทธิประโยชน์และการเชื่อมต่อ ThaiD ซึ่งช่วยลดขั้นตอนราชการที่ซับซ้อนและรับประกันการเข้าถึงสวัสดิการพื้นฐาน อีกทั้งช่วยขจัดอุปสรรคทั้ง 7 ประการ

2.2 ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่เทคโนโลยีเดี่ยวไม่สามารถก้าวข้ามได้ อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ยังเผยให้เห็นข้อจำกัดที่สำคัญ 3 ประการ

(1) เพดานของการบังคับใช้กฎหมาย: ข้อจำกัดที่ใหญ่ที่สุดคือการบังคับใช้กฎหมายโควตาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Barrier 2) NiNA1479 เป็น "เครื่องมือสร้างช่องทาง" แต่ไม่ใช่ "เครื่องมือบังคับใช้" ไม่สามารถบังคับให้นายจ้างรับคนพิการเข้าทำงานได้

(2) รากฐานของความเหลื่อมล้ำดิจิทัล: ระบบยังคงตั้งอยู่บนข้อสันนิษฐานว่าผู้ใช้มีสมาร์ทโฟนและการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ซึ่งยังคงเป็นอุปสรรคหลัก (Barrier 4) ของคนพิการในชนบท แม้จะมีสายด่วนคนพิการ 1479 คอยช่วยเหลือ

(3) การพึ่งพิงการบูรณาการข้อมูลข้ามหน่วยงาน: ศักยภาพของระบบขึ้นอยู่กับการยินยอมเชื่อมต่อ API จากหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ซึ่งสะท้อนถึงอุปสรรคด้านการทำงานแบบไซโลของระบบราชการ

3. ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์และองค์ความรู้ใหม่สู่กลไกที่ยั่งยืน (ตอบ RQ3/RO3)

ผลการวิเคราะห์ได้ระบุความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์และนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นคำตอบสำหรับการพัฒนาระบบที่ยั่งยืน

3.1 ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ในการขยายผล ความท้าทายหลัก 2 ประการคือ (1) ความยั่งยืนทางการเงิน เนื่องจากงบประมาณดำเนินการมาจากภาครัฐเพียง 30% และต้องพึ่งพาการระดมทุนถึง 70% ซึ่งเป็นความเสี่ยงสูงสุด และ (2) การขยายผลเชิงบูรณาการ ซึ่งไม่ใช่แค่การเพิ่มจำนวนผู้ใช้ แต่คือการเพิ่มพันธมิตรที่เชื่อมต่อ API ซึ่งต้องอาศัยเจตจำนงทางการเมืองในการทลายกำแพงระหว่างหน่วยงาน

3.2 องค์ความรู้ใหม่: กลไก "จากข้อมูลสู่การปฏิบัติ" ที่ยั่งยืน ข้อค้นพบที่สำคัญที่สุดคือ กลไกที่ยั่งยืนสำหรับบริบทไทยไม่ใช่แค่ Super App แต่เป็น "กลไกลูกผสมเชิงสังคม-เทคนิค" (Socio-Technical Hybrid Model) ที่ผสานจุดแข็งของเทคโนโลยี (High-tech) เข้ากับมนุษย์ (High-touch) อย่างแยกจากกันไม่ได้ โดย NiNA1479 ทำหน้าที่เป็นคลังข้อมูลและช่องทางที่ขยายผลได้รวดเร็ว ขณะที่สายด่วนคนพิการ 1479 ทำหน้าที่เป็นตัวเร่งการปฏิบัติและตาข่ายนิรภัยสำหรับผู้ที่เข้าไม่ถึงเทคโนโลยี โมเดลลูกผสมนี้คือแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดที่สังเคราะห์ได้สำหรับประเทศไทย

ผลการวิจัยเหล่านี้ได้ให้ภาพที่ชัดเจนถึงศักยภาพและข้อจำกัด ซึ่งจะถูกนำไปวิเคราะห์และตีความในเชิงลึกต่อไปในส่วนของการอภิปรายผล

6. อภิปรายผล (Discussion)

การวิเคราะห์ NiNA1479 ในเชิงวิพากษ์โดยเปรียบเทียบกับวรรณกรรมและแนวปฏิบัติสากล ได้ให้ภาพที่ชัดเจนว่าแม้สถาปัตยกรรมของ NiNA1479 ในฐานะ "กลไกลูกผสมเชิงสังคม-เทคนิค" จะสอดคล้องกับมาตรฐานสากลที่ได้รับการยอมรับ (Baxter & Sommerville, 2011) และเป็นคำตอบที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับบริบทของประเทศไทยซึ่งมีความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลสูง (Helsper, 2021) แต่ศักยภาพของนวัตกรรมนี้กลับถูกจำกัดโดยปัจจัยแวดล้อมเชิงโครงสร้างของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ

1. เพดานของการบังคับใช้กฎหมาย (The Enforcement Ceiling)

ข้อค้นพบเรื่อง "เพดานของการบังคับใช้กฎหมาย" ได้รับการยืนยันอย่างหนักแน่นเมื่อเทียบกับระบบโควตาที่เข้มงวดของฝรั่งเศสและเกาหลีใต้ ซึ่งใช้บทลงโทษทางการเงินเป็นเครื่องมือสร้างอุปสงค์ในตลาดแรงงาน (Deleuse et al., 2019; Lindsay et al., 2018) ในทางกลับกัน การบังคับใช้กฎหมายในไทยที่ยังขาดประสิทธิภาพทำให้ NiNA1479 ทำหน้าที่ได้เพียงเป็น "เครื่องมืออำนวยความสะดวกในการเข้าถึง" (Access facilitator) แต่ยังไม่สามารถเป็น "เครื่องมือค้ำประกันการจ้างงาน" (Employment guarantor) ได้อย่างสมบูรณ์ สิ่งนี้สะท้อนว่าเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทดแทนเจตจำนงทางการเมืองที่เข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมายได้

2. การพึ่งพิงการบูรณาการข้อมูลและกำแพงข้อมูล (Dependency on Integration and Data Silos)

ข้อจำกัดด้านการบูรณาการข้อมูลของ NiNA1479 สะท้อนถึงการขาด "โครงสร้างพื้นฐานข้อมูลกลางระดับชาติ" ที่แข็งแกร่ง เมื่อเปรียบเทียบกับความสำเร็จของระบบ SingPass ในสิงคโปร์ (Ong & Chua, 2021) จะเห็นได้ว่าวิสัยทัศน์ของ NiNA1479 ที่มุ่งเชื่อมต่อกับหน่วยงานต่างๆ ยังคงเป็นเพียงเป้าหมาย ตราบใดที่ยังขาดเจตจำนงทางการเมืองในการทลายกำแพงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (data silos) และสร้างสถาปัตยกรรมข้อมูลที่ทำงานร่วมกันได้อย่างแท้จริง

3 ความเปราะบางด้านความยั่งยืนทางการเงิน (Financial Sustainability Vulnerability)

ประเด็นความยั่งยืนทางการเงินที่ต้องพึ่งพาการระดมทุนจากภายนอกถึง 70% ถือเป็นความเปราะบางเชิงสถาบันที่สำคัญที่สุด (Bonaccio et al., 2020) ซึ่งแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับโมเดล Levy-Grant ของฝรั่งเศส (AGEFIPH) ที่มีแหล่งรายได้ที่มั่นคงจากค่าปรับโควตา สถานะของ NiNA1479 ในปัจจุบันสะท้อนว่ายังคงถูกมองเป็นเพียง "โครงการ" ที่มีคุณค่า มากกว่าที่จะได้รับการยอมรับในฐานะ "โครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลสาธารณะที่จำเป็น" ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว

โดยสรุป การอภิปรายผลชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จในอนาคตของระบบนิเวศนี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการพัฒนาคุณสมบัติทางเทคโนโลยีเพิ่มเติมเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการปฏิรูปเชิงโครงสร้างในสามด้านหลัก ได้แก่ การบังคับใช้กฎหมาย การบูรณาการข้อมูล และความยั่งยืนทางการเงินอย่างเร่งด่วน การตระหนักถึงข้อจำกัดเหล่านี้จะนำไปสู่บทสรุปและองค์ความรู้ใหม่ของงานวิจัย

7. สรุปและองค์ความรู้ใหม่ (Conclusion and New Knowledge)

การศึกษานี้ได้ประเมินศักยภาพและข้อจำกัดของ NiNA1479 ภายใต้กรอบ "การทำให้สิทธิเป็นจริง" (MRR) โดยสรุปว่า NiNA1479 มีศักยภาพสูงในการลดอุปสรรคด้านข้อมูลและการเข้าถึงบริการ แต่ศักยภาพดังกล่าวถูกจำกัดโดยโครงสร้างภายนอกเทคโนโลยี ได้แก่ เพดานการบังคับใช้กฎหมาย การขาดโครงสร้างข้อมูลกลางที่บูรณาการ และความเปราะบางทางการเงินของแพลตฟอร์ม

ข้อค้นพบได้ยืนยันแบบแผนความสำเร็จ 4 ประการของระบบนิเวศดิจิทัลเพื่อสิทธิคนพิการที่ได้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ได้แก่ (1) กรอบกฎหมายที่มีเขี้ยวเล็บและบังคับใช้อย่างจริงจัง (2) การบูรณาการอัตลักษณ์ดิจิทัลระดับชาติ (3) การใช้ "โมเดลลูกผสมเชิงสังคม-เทคนิค" และ (4) กลไกการเงินหลายช่องทางเพื่อความยั่งยืน

องค์ความรู้ใหม่ที่สำคัญที่สุด (Contribution to Knowledge) ที่ได้จากการวิจัยนี้คือ การยืนยันเชิงทฤษฎีและเชิงประจักษ์ว่า "โมเดลลูกผสมเชิงสังคม-เทคนิค" เป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมและยืดหยุ่นที่สุดสำหรับการส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิผ่านดิจิทัลในบริบทที่มีความเหลื่อมล้ำสูง โดยผสานขีดความสามารถของเทคโนโลยี (High-tech) เข้ากับความลึกของการช่วยเหลือโดยมนุษย์ (High-touch) เพื่อขับเคลื่อน MRR ในมิติ LE และ DW อย่างสมจริง งานวิจัยนี้จึงช่วยปิดช่องว่างทางวิชาการที่เคยมองแพลตฟอร์มดิจิทัลแยกขาดจากโครงสร้างทางกฎหมาย สังคม และการเงิน

8. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะการวิจัยในอนาคต (Recommendations)

จากข้อสรุปและองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการวิจัย การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะที่สำคัญเพื่อผลักดันให้ NiNA1479 สามารถสร้างผลกระทบในระดับชาติได้อย่างแท้จริง ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ปฏิรูปกฎหมายโควตาจ้างงานสู่ระบบ Levy-Grant: ควรแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 โดยเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฯ เป็นระบบ Levy-Grant ที่มีบทลงโทษชัดเจนและนำเงินรายได้มาจัดสรรโดยตรงเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ NiNA1479 และกองทุนช่วยเหลือการจ้างงาน คล้ายกับโมเดลของฝรั่งเศส

2. ประกาศให้ NiNA1479 และสายด่วนคนพิการ 1479 เป็นโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลที่จำเป็น: รัฐบาลควรประกาศให้ NiNA1479 และสายด่วนคนพิการ 1479 เป็น "โครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลสาธารณะที่จำเป็น" (Critical Public Digital Infrastructure) และจัดทำแผนงบประมาณสนับสนุนระยะยาวเพื่อสร้างความยั่งยืนทางการเงิน

3. บังคับใช้มาตรฐาน Open API และการเข้าถึงดิจิทัล: รัฐบาลควรออกนโยบายบังคับให้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องต้องพัฒนาและเปิดเผยส่วนต่อประสานโปรแกรมประยุกต์ (Open API) ที่เป็นมาตรฐานและเข้าถึงได้ตามหลัก WCAG 2.1 เพื่อให้แพลตฟอร์มอย่าง NiNA1479 สามารถบูรณาการข้อมูลได้อย่างมีเสถียรภาพ

4. เร่งรัดการบูรณาการ ThaiD สู่บริการสวัสดิการสังคม: ควรเร่งรัดการผลักดันให้ ThaiD เป็น "กระดูกสันหลัง" ของระบบบริการสวัสดิการสังคมทั้งหมด เพื่อให้คนพิการสามารถใช้การยืนยันตัวตนเพียงครั้งเดียวในการเข้าถึงทุกสิทธิและบริการ

5. สร้างธรรมาภิบาลแบบร่วมมือ (Co-Governance): จัดตั้งกลไกธรรมาภิบาลแบบร่วมมืออย่างเป็นทางการสำหรับ NiNA1479 เพื่อให้แน่ใจว่าองค์กรตัวแทนคนพิการมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกับภาครัฐและเอกชนในการกำหนดทิศทางการพัฒนาและนโยบายของระบบ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาผลกระทบระยะยาว (Longitudinal Impact Study): ควรมีการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพแบบติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบที่แท้จริงของ NiNA1479 ต่ออัตราการจ้างงาน รายได้ และระดับการศึกษาของผู้ใช้งาน

2. การวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methodology) และการสะท้อนเสียงผู้ใช้งาน: ควรมีการวิจัยในอนาคตที่ใช้วิธีการแบบผสานวิธี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจากผู้ใช้งานจริง เพื่อนำเสียงสะท้อนมาปรับปรุงระบบนิเวศให้ตอบโจทย์การใช้งานจริงยิ่งขึ้น

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายในระดับอาเซียน: ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบนโยบายและนวัตกรรมดิจิทัลเพื่อคนพิการในกลุ่มประเทศอาเซียน เพื่อสกัดบทเรียนที่เหมาะสมกับบริบททางเศรษฐกิจและสังคมในระดับภูมิภาค

เอกสารอ้างอิง

มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ และบริษัท บีทามส์ โซลูชั่น จำกัด. (2568). *เอกสารภาพรวมของ NiNA1479 [เอกสารภาพรวมโครงการ]*. มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ.

สายด่วนคนพิการ 1479. (n.d.). *สายด่วนคนพิการ 1479*. http://www.1479hotline.org/

Benedict, G., & Sebastian, I. (2024). *Designing ecosystem governance to grow value (Research Briefing)*. MIT Center for Information Systems Research (CISR). https://cisr.mit.edu/publication/2024_0201_EcosystemGovernance_BenedictSebastian

Blanck, P. (2020). *Disability inclusive employment and the Americans with Disabilities Act*. Cambridge University Press.

Bonaccio, S., Connelly, C. E., Gellatly, I. R., Jetha, A., & Martin Ginis, K. A. (2020). The participation of people with disabilities in the workplace across the employment cycle: Employer concerns and research evidence. *Journal of Business and Psychology*, *35*(2), 135-158. https://doi.org/10.1007/s10869-018-9602-5

Cavanagh, J., Meacham, H., Bartram, T., & Guzman, A. M. (2017). A new employment relationship? Exploring the relationship between water utility organisations and people with disability through social procurement. *Personnel Review*, *46*(8), 1660-1679. https://doi.org/10.1108/PR-08-2016-0212

Chapirom, S., Rachatanantikul, V., & Noree, N. (2022). *1479 Helpline: Enhancement mechanism protect rights to the employment of people with disabilities*. https://www.mahatai.org/wp-content/uploads/2024/04/2022-E-book-Jobs-and-Employment-for-People-with-Disabilities-in-a-Disruptive-World.pdf

Chapirom, S., Suttawet, C., Boonyarattanasoontorn, J., & Engstrom, D. (2025). Realizing Accessibility in Thailand: Make the Right Real, Lifelong Education, and Decent Work for Persons with Mobility Disabilities. *Journal of Social Work Professions Council of Thailand*, *1*(1), 7-37. https://so19.tci-thaijo.org/index.php/SWPCTH/article/view/1323/1211

Deleuse, L., Derous, E., & Buijs, V. (2019). Quota versus levy systems: A comparative analysis across eight European countries. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *62*(4), 221-231.

Hedman, J., & Henningsson, S. (2016). Developing ecological sustainability: A green IS response model. *Information Systems Journal*, *26*(3), 259-287. https://doi.org/10.1111/isj.12095

Lawson, A., & Beckett, A. E. (2021). The social and human rights models of disability: Towards a complementarity thesis. *International Journal of Human Rights, 25*(2), 348-379. https://doi.org/10.1080/13642987.2020.1783533

Lindsay, S., Cagliostro, E., Albarico, M., Mortaji, N., & Karon, L. (2018). A systematic review of the benefits of hiring people with disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation, 28*(4), 634-655. https://doi.org/10.1007/s10926-018-9756-z

Ong, B. K., & Chua, A. (2021). SingPass: The national digital identity system of Singapore. *Government Information Quarterly, 38*(4), 101614. https://doi.org/10.1016/j.giq.2021.101614

Oyedokun, T. T. (2025). Assistive technology and accessibility tools in enhancing adaptive education. In *Enhancing education: Technological innovations for disability and inclusion*. IGI Global.

Silva-Flores, D., de Souza Junior, S. J., & Paula, F. (2024). The role of digital technology in scaling social innovations. *Brazilian Administration Review, 21*(4), e2300129. https://doi.org/10.1590/1807-7692bar2024230129

Sittig, D. F., & Singh, H. (2010). A new socio-technical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems. *Quality and Safety in Health Care, 19*(Suppl 3), i68-i74. https://doi.org/10.1136/qshc.2010.042085

Stough, L. M., & Maddalena, K. (2021). Disability and digital equity. In S. Yu, H. Ally, & A. Tsinakos (Eds.), *Emerging technologies and pedagogies in the curriculum*, 227-242. Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-15-0618-5_14

UNESCO. (2023). *Disability inclusion and gender equality in education (IDPD 2023).* UNESCO.

UNICEF, UNPRPD, WHO, World Bank, & IDA. (2025). *Global Disability Inclusion Report: Accelerating disability inclusion in a changing and diverse world. Global Disability Summit 2025.* https://www.globaldisabilitysummit.org/wp-content/uploads/2025/03/GIP03351-UNICEF-GDIR-Full-report_Proof-4.pdf

United Nations Development Programme. (2023). *From vision to action: Explaining UNDP's digital transformation framework.* https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-11/%5Bconcept%20note%5D%20digital%20transformation%20framework.pdf

Wahl, M., Waldner, C., Kolleck, N., & Lütje-Klose, B. (2024). An ecosystem for the provision of digital accessibility for people with special needs. *Information, 15*(6), 315. https://doi.org/10.3390/info15060315

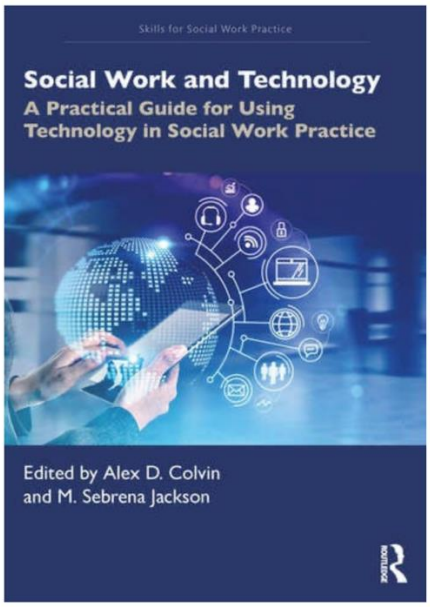
Whalley, J., Medina, M., & Ojuroye, O. (2023). Design for inclusive digital co-production. *Public Management Review, 25*(12), 2346-2368. https://doi.org/10.1080/14719037.2023.2224819

World Health Organization. (2024). *Towards an inclusive digital health ecosystem. Bulletin of the World Health Organization. 102*(12), 849-850. https://doi.org/10.2471/BLT.24.292551

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Reviews)

Social Work and Technology:
A Practical Guide for Using Technology in Social Work Practice[1]
งานสังคมสงเคราะห์และเทคโนโลยี:
คู่มือปฏิบัติสำหรับการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

ปรินดา ตาสี [2]



บทนำ

ภาพของงานสังคมสงเคราะห์ร่วมสมัย ปฏิเสธไม่ได้เทคโนโลยีอาจได้ดำรงอยู่ในฐานะเพียงเครื่องมือเสริมการปฏิบัติงานอีกต่อไป หากแต่ได้กลายเป็น **เครื่องมือหนึ่งในการสนับสนุนการทำงานทางวิชาชีพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้** หนังสือ Social Work and Technology: A Practical Guide for Using Technology in Social Work Practice (2025) ของ Alex D. Colvin และ M. Sebrena Jackson สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านเชิงกระบวนทัศน์ของงานสังคมสงเคราะห์ในระดับสากล ที่ได้ก้าวข้ามข้อถกเถียงพื้นฐานว่า **“ควรใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการปฏิบัติงานหรือไม่”** ไปสู่คำถามที่ลุ่มลึกยิ่งกว่า นั่นคือ **“จะใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการปฏิบัติงานอย่างไรให้เกิดความเสมอภาค เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และยึดมั่นในจริยธรรมทางวิชาชีพอย่างสูงสุด”**

[1] Alex D. Colvin and M. Sebrena Jackson, Social Work and Technology: A Practical Guide for Using Technology in Social Work Practice, Skills for Social Work Practice (New York: Routledge, 2025)

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณากลับมายังบริบทของประเทศไทย จะพบว่ายังมี **“ช่องว่างการพัฒนา”** ที่สำคัญทั้งในเชิงโครงสร้างระบบและเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสมควรได้รับการวิเคราะห์อย่างรอบด้าน ซึ่งอาจแตกต่างในบริบทต่างประเทศ โดยเฉพาะในภูมิภาคอเมริกาเหนือและยุโรป หนังสือเล่มนี้ชี้ให้เห็นว่า วิชาชีพสังคมสงเคราะห์ได้ก้าวเข้าสู่ยุคของการบูรณาการกับ Big Data และปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) อย่างจริงจัง เทคโนโลยีเหล่านี้ถูกนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์เชิงพยากรณ์ (predictive analytics) เช่น การประเมินความเสี่ยงต่อการทารุณกรรมเด็ก การคัดกรองเคสที่มีความซับซ้อนสูง หรือการใช้ AI ในฐานะผู้ช่วยอัจฉริยะเพื่อฝึกฝนทักษะการปฏิบัติงานผ่านการจำลองสถานการณ์ (practice simulation) ความก้าวหน้าดังกล่าวไม่ได้มุ่งเน้นเพียงประสิทธิภาพในการทำงานเท่านั้น หากยังให้ความสำคัญกับการพัฒนากรอบจริยธรรมทางการใช้ดิจิทัลที่ยึดถือเป็นหลักการที่ควรปฏิบัติร่วมกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เทคโนโลยีกลายเป็นกลไกที่ตอกย้ำอคติ ความเหลื่อมล้ำ หรือการละเมิดสิทธิของกลุ่มเปราะบาง

เมื่อหันกลับมามองสถานการณ์ในประเทศไทย ภาพที่ปรากฏคือการอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานแบบดิจิทัล (digital transformation) ที่ยังมีความไม่สม่ำเสมอ แม้ภาครัฐจะพยายามผลักดันการใช้ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ เช่น ระบบ TPMAP เพื่อการชี้เป้าความยากจน หรือการนำ Line Official Account มาใช้เป็นช่องทางสื่อสารกับประชาชนในระดับพื้นที่ แต่ในทางปฏิบัติ นักสังคมสงเคราะห์ไทยจำนวนมากยังต้องเผชิญกับปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน ทั้งการบันทึกข้อมูลในเอกสารกระดาษและการป้อนข้อมูลลงในระบบดิจิทัลที่กระจัดกระจายและไม่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน ภาวะดังกล่าวสะท้อนถึงความไม่สมบูรณ์ของ “ระบบนิเวศดิจิทัล” (digital ecosystem) ซึ่งยังห่างไกลจากอุดมคติของการใช้ Big Data อย่างบูรณาการตามที่ปรากฏในบริบทสากล

ช่องว่างการพัฒนาที่เด่นชัดที่สุดระหว่างบริบทต่างประเทศกับประเทศไทย คือประเด็นเรื่อง **“ความเสมอภาคทางดิจิทัล”** (digital equity) ในขณะที่ผู้เขียนหนังสือเสนอให้มอง **“การเข้าถึงเทคโนโลยีในฐานะสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน”** นักสังคมสงเคราะห์ไทยกลับต้องทำงานกับผู้รับบริการจำนวนไม่น้อยที่ขาดแคลนอุปกรณ์ดิจิทัลขั้นพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็นสมาร์ทโฟนหรือสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่มีเสถียรภาพ ส่งผลให้การให้บริการในรูปแบบ telepractice หรือการให้คำปรึกษาทางไกลไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างเต็มศักยภาพ นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างด้านทักษะและความรู้ดิจิทัล (digital literacy) ภายในตัววิชาชีพสังคมสงเคราะห์เองด้วย ซึ่งทำให้เทคโนโลยีถูกมองว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น มากกว่าจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยเสริมพลังและลดภาระการทำงาน

สำหรับงานสังคมสงเคราะห์ในประเทศไทย ผู้เขียนได้รีวิวหนังสือเล่มนี้จึงไม่ใช่เพียงการอ่านให้ผู้วิชาชีพรับราบข้อมูลเพื่อลดช่องว่างการพัฒนา เราต้องก้าวข้ามการเป็นเพียง "ผู้ใช้" (User) ไปสู่การเป็น "ผู้กำหนดทิศทาง" (Shaper) ของเทคโนโลยี เพื่อให้มั่นใจว่านวัตกรรมที่นำมาใช้นั้นจะรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเป็นธรรมทางสังคมในบริบทของสังคมไทยอย่างแท้จริง

ภาพรวมของหนังสือ

หนังสือ Social Work and Technology บรรณาธิการโดย Colvin และ Jackson เป็นการรวบรวมบทความที่กล่าวถึงบันทึกการเปลี่ยนแปลงของเครื่องมือสื่อสาร และอธิบายการขยายขอบเขตของคำว่า "พื้นที่ปฏิบัติงาน" จากโลกกายภาพสู่โลกเสมือนอย่างเต็มรูปแบบ ได้แบ่งการนำเสนอออกเป็นสองภาคส่วนที่เกื้อหนุนกันอย่างเป็นระบบ หนังสือนี้ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 รากฐานทางปรัชญา (The Core Foundations)

ในส่วนแรก หนังสือเริ่มต้นด้วยการพาผู้อ่านย้อนไปสำรวจ วิวัฒนาการของเทคโนโลยีในงานสังคมสงเคราะห์ ก้าวข้ามจากการใช้ฐานข้อมูลพื้นฐานไปสู่การวิเคราะห์เชิงลึก ปัญหาที่ผู้เขียนเน้นย้ำคือ การยอมรับเทคโนโลยีและความเสมอภาคทางดิจิทัล (Technology Adoption and Digital Equity) ซึ่งถือเป็นจุดเปราะบางที่สุดในไทย หนังสือเล่มนี้มีงานเขียนที่แสดงให้เห็นว่า "ช่องว่างการพัฒนา" ไม่ได้เกิดจากตัวเทคโนโลยี แต่เกิดจากความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง หากนักสังคมสงเคราะห์นำเทคโนโลยีมาใช้โดยปราศจากความเข้าใจเรื่องความเสมอภาคตามที่หนังสือเล่มนี้เตือนไว้ เราอาจกำลังสร้างกำแพงชั้นใหม่ที่กีดกันผู้รับบริการกลุ่มเปราะบางที่ไม่สามารถเข้าถึงสมาร์ทโฟนหรือสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ ให้ห่างไกลจากสวัสดิการมากขึ้นไปอีก

ส่วนที่ 2 ปฏิบัติการในโลกสมัยใหม่ (Specific Practical Landscapes)

ในส่วนที่สอง หนังสือเล่มนี้ได้ทำหน้าที่เป็น "คู่มือปฏิบัติงาน" (Practical Guide) ที่เจาะลึกเครื่องมือเฉพาะทาง เริ่มจากการวิเคราะห์ การให้คำปรึกษาทางไกล (Telepractices) สิ่งนี้คือทางรอดสำคัญในพื้นที่ห่างไกล แต่ก็มาพร้อมกับคำถามเรื่องความลับและความปลอดภัยของข้อมูลตามกฎหมาย PDPA ของเรา นอกจากนี้ การใช้ สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) และ ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) การบูรณาการ ปัญญาประดิษฐ์ (Integrating AI) เข้ากับงานสังคมสงเคราะห์ ซึ่งในต่างประเทศเริ่มมีการใช้ AI เพื่อจำลองเคสสำหรับ ฝึกทักษะปฏิบัติ (Using Technology to Teach Practice Skills)

ส่วนที่ 3 บทสรุป อนาคตที่เราต้องเลือกออกแบบเอง

ในบทสุดท้ายว่าด้วย อนาคตของสังคมสงเคราะห์และเทคโนโลยีดิจิทัล (The Future of Social Work) หนังสือเล่มนี้ทิ้งโจทย์สำคัญไว้ว่า เทคโนโลยีจะไม่มาแทนที่ "หัวใจ" ของนักสังคมสงเคราะห์ แต่จะมาท้าทายว่าเราจะรักษาความเป็นมนุษย์ไว้ได้อย่างไรในท่ามกลางอัลกอริทึม

จากเนื้อหาของหนังสือทั้ง 9 บท ผู้เขียนขอกล่าวถึงเนื้อหาในแต่ละบทและประเด็นที่สำคัญที่นำมาสู่การเข้าใจและการประยุกต์ใช้ในงานสังคมสงเคราะห์ในประเทศไทย ในประเด็นดังต่อไปนี้

วิวัฒนาการและการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

ในส่วนของการกล่าวถึงวิวัฒนาการของการเดินทางของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์บนเส้นทางเทคโนโลยีนั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่เป็นวิวัฒนาการที่มีนัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ของนักวิชาชีพทั่วโลก ในส่วนแรกของบทได้ฉายภาพประวัติศาสตร์ที่เริ่มจากการใช้เครื่องมือพื้นฐานอย่างเครื่องพิมพ์ดีดและระบบบัตรเจาะรู (Punch Cards) ในช่วงทศวรรษ 1920 มาสู่การใช้คอมพิวเตอร์เมนเฟรมเพื่อจัดการข้อมูลสวัสดิการในยุค 1960 จนกระทั่งถึงจุดเปลี่ยนสำคัญในยุคคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล (PC) ที่เริ่มส่งผลต่อโครงสร้างการทำงานในระดับองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ

หัวใจสำคัญที่ปรากฏในงานเขียนของ Schoech (1982) ซึ่งยังคงเป็นเข็มทิศสำคัญจนถึงปัจจุบัน คือแนวคิดการ "ทำให้เทคโนโลยีมีความเป็นมนุษย์" (Humanizing Technology) แนวคิดนี้ทำหน้าที่เป็นจุดสมดุลท่ามกลางความตึงเครียดระหว่างการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยกับภารกิจหลักของวิชาชีพที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ ในบริบทต่างประเทศ เราเห็นการยกระดับเทคโนโลยีจากเดิมที่เป็นเพียง **"อุปกรณ์สนับสนุน"** (Supportive Tools) ไปสู่การเป็น **"สมรรถนะหลัก" (Core Competency)** ของวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรมผ่านเกณฑ์มาตรฐานการศึกษา (EPAS) ของ CSWE ในปี 2022 ที่กำหนดให้นักสังคมสงเคราะห์ต้องมี**ความฉลาดทางดิจิทัลและข้อมูล (Digital and Information Literacy**) เพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม

อย่างไรก็ตาม เมื่อหันกลับมาพิจารณาบริบทของงานสังคมสงเคราะห์ในประเทศไทย เราพบว่ามี **"ช่องว่างแห่งการพัฒนา"** ที่น่าสนใจ ในขณะที่สมาคมวิชาชีพในระดับสากลอย่าง NASW หรือ ASWB ได้กำหนดเกณฑ์จริยธรรมที่ครอบคลุมไปถึงการปฏิสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์และการใช้ AI มาตั้งแต่ปี 2017 แต่นักสังคมสงเคราะห์ไทยในปัจจุบันยังคงเผชิญกับความท้าทายในการนิยามขอบเขตการทำงานดิจิทัลที่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น การใช้แอปพลิเคชัน Line หรือ Facebook ในการปฏิบัติงานกับผู้ใช้บริการ ซึ่งแม้จะช่วยเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ แต่ในขณะเดียวกันก็สร้างความเสี่ยงต่อการละเมิดความเป็นส่วนตัวและข้อมูลความลับของผู้รับบริการ หากขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสากลรองรับ

ในขณะเดียวกัน ในมิติของการศึกษา หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ในไทยส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระยะเริ่มแรกของการบูรณาการทักษะดิจิทัล โดยมักปรากฏในรูปแบบของรายวิชาเลือกหรือการสอดแทรกเนื้อหาตามความถนัดของอาจารย์ผู้สอน ซึ่งต่างจากทิศทางของโลกที่มองว่าทักษะเหล่านี้คือ "ความจำเป็นพื้นฐาน" ในการรักษาสิทธิและความยุติธรรมให้แก่ผู้รับบริการในโลกยุคหลังโควิด-19

ดังนั้น การยอมรับเทคโนโลยีในงานสังคมสงเคราะห์ไม่ใช่เพียงการจัดซื้ออุปกรณ์ที่ทันสมัย แต่คือการสร้างฐานรากทางจริยธรรมและความรู้เท่าทันดิจิทัล เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือเหล่านี้จะทำหน้าที่ส่งเสริมคุณค่าของมนุษย์มากกว่าที่จะลดทอนความสำคัญของความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพลง

"ความยุติธรรมดิจิทัล" (Digital Justice)

จากหนังสือเล่มนี้ เราจะพบว่าผู้เขียนได้ยกระดับเรื่องเทคโนโลยีจากการเป็นเพียง "เครื่องมือ" ไปสู่การเป็น "ประเด็นสิทธิมนุษยชนและสวัสดิการสังคม" ซึ่งมีนัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนงานสังคมสงเคราะห์ในประเทศไทย เมื่อย้อนไปในโลกยุคหลังแพร่ระบาด (Post-pandemic) เทคโนโลยีได้กลายเป็นช่องทางหลักในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการ แต่ในขณะเดียวกัน มันกลับสร้างกำแพงชั้นใหม่ที่เรียกว่า **"ความเหลื่อมล้ำดิจิทัล" (Digital Divide)** ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่แค่การมีหรือไม่มีอุปกรณ์ แต่ครอบคลุมถึง 3 ระดับที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องตระหนัก คือ **ระดับการเข้าถึง (Access) คือ** การมีโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์ และอินเทอร์เน็ตที่เสถียร **ระดับทักษะ/ความรอบรู้/ความฉลาด (Literacy) คือ** ความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยีเพื่อสิทธิประโยชน์ของตนเอง และ**ระดับผลลัพธ์ (Outcomes)** คือ การได้รับประโยชน์จริงจากการใช้เทคโนโลยี เช่น การได้งานทำหรือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

เมื่อนำกรอบคิดเรื่อง **Digital Justice** มาพิจารณาสถานการณ์ในไทย เราจะพบสิ่งที่หนังสือเรียกว่า **"ความย้อนแย้งทางดิจิทัล" (Digital Paradox)** อย่างชัดเจน นั่นคือการที่รัฐและหน่วยงานพยายามนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อช่วยกลุ่มเป้าหมายที่ยากจนที่สุด เช่น แอปพลิเคชันสวัสดิการแห่งรัฐ หรือระบบการลงทะเบียนออนไลน์ต่างๆ แต่กลุ่มคนเหล่านี้กลับเป็นกลุ่มที่ถูก **"คัดออก" (Excluded)** จากระบบมากที่สุด เนื่องจากขาดแคลนสมาร์ทโฟนที่มีประสิทธิภาพหรือไม่มีความรู้เท่าทันเทคโนโลยี

ดังนั้น ในไทย "ความยุติธรรมดิจิทัล" จึงไม่ได้หมายถึงแค่การมีแอปพลิเคชันที่ทันสมัย แต่คือการออกแบบบริการที่ **"เข้าถึงได้จริง"** สำหรับคนทุกกลุ่ม นักสังคมสงเคราะห์ไทยตามแนวทางของหนังสือเล่มนี้ จึงไม่ได้มีหน้าที่แค่คีย์ข้อมูลลงระบบ แต่ต้องสวมบทบาทเป็น **"นักรณรงค์เพื่อความเสมอภาคดิจิทัล" (Digital Advocate)** จึงเป็นการย้ำเตือนเราว่า หากวิชาชีพสังคมสงเคราะห์เพิกเฉยต่อความยุติธรรมดิจิทัล เราอาจกลายเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างที่ตอกย้ำความเหลื่อมล้ำเสียเอง ดังคำกล่าวในหนังสือว่า **"เทคโนโลยีที่เราใช้ กำลังสร้างอำนาจ (Empower) หรือกำลังกีดกัน (Exclude) ผู้รับบริการ ?"**

จริยธรรมและความท้าทายจากความสัมพันธ์เชิงบำบัดในยุคดิจิทัล

วิชาชีพสังคมสงเคราะห์กำลังเผชิญกับความท้าทายเชิงจริยธรรม จากเดิมที่รากฐานของวิชาชีพยึดโยงอยู่กับ **"ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์" (Human Connection)** ผ่านการปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้า ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ให้ความสำคัญกับสัญญาณอวัจนภาษา เช่น การสบตา ท่าทาง และน้ำเสียง เพื่อสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่มีประสิทธิภาพ หนังสือเล่มนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า การมาถึงของเทคโนโลยีสื่อสารและปัญญาประดิษฐ์ (AI) กำลังเข้ามานิยามคำว่า "ความสัมพันธ์ทางวิชาชีพ" ใหม่ ผ่านรูปแบบการบริการบนโลกเสมือน ตั้งแต่การให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอแชท ไปจนถึงการใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อทำนายผลลัพธ์การรักษา

ในมิติด้านการปฏิบัติงานทางคลินิก ความแพร่หลายของเทคโนโลยีนำมาซึ่งข้อถกเถียงเชิงจริยธรรมที่เข้มข้น ประเด็นที่น่ากังวลที่สุดคือการ **"ลดทอนคุณค่า"** ของสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสื่อสารระยะไกลอาจทำให้นักสังคมสงเคราะห์พลาดสัญญาณความเปราะบางที่สำคัญของผู้รับบริการ นอกจากนี้ เทคโนโลยีได้สลายเส้นแบ่งเรื่อง **"ขอบเขตทางวิชาชีพ"** และเวลาในการทำงานให้เลือนลางลง ส่งผลให้การจัดการเรื่องความลับ/ความเป็นส่วนตัว (Confidentiality) และการขอความยินยอม (Informed Consent) กลายเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อมูลสูงกว่ายุคเดิมหลายเท่าตัว

เมื่อพิจารณาถึง "ปัญญาประดิษฐ์" (AI) ในฐานะพรมแดนใหม่ของวิชาชีพ หนังสือเล่มนี้ได้วิเคราะห์ทั้งในแง่ของ "นวัตกรรม" และ "ภัยคุกคาม" แม้ว่า AI จะมีประโยชน์มหาศาลในการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) เพื่อลดอคติในการส่งมอบบริการและช่วยตัดสินใจผ่านระบบผู้เชี่ยวชาญ แต่ในขณะเดียวกัน อคติที่ฝังอยู่ในอัลกอริทึม (Algorithmic Bias) ก็อาจนำไปสู่การวินิจฉัยที่ผิดพลาดและการเลือกปฏิบัติเชิงโครงสร้างได้ รวมถึงประเด็นเรื่องการสอดแนมทางดิจิทัล (Digital Surveillance) ที่อาจไปละเมิดสิทธิเสรีภาพของผู้รับบริการโดยไม่รู้ตัว

ความท้าทายเหล่านี้ยังข้ามไปถึงมิติของการศึกษาทางสังคมสงเคราะห์ โดยเกิดคำถามสำคัญว่า การเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์และการใช้ AI ช่วยสอนจะสามารถรักษาบทบาทของการเป็น Gatekeeping เพื่อคัดกรองคุณลักษณะที่เหมาะสมของนักสังคมสงเคราะห์ในอนาคตได้หรือไม่

ดังนั้น ในส่วนนี้มุ่งเน้นการอุบัติขึ้นของ "มาตรฐานการปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยี" (Standards for Technology in Social Work Practice) ในระดับสากล คือความพยายามของวิชาชีพในการสร้าง "เข็มทิศจริยธรรม" เพื่อกำกับดูแลนวัตกรรมไม่ให้เดินล้ำหน้าไปกว่าคุณค่าความเป็นมนุษย์ นักสังคมสงเคราะห์ในยุคปัจจุบันจึงไม่ได้มีหน้าที่เพียงแค่เรียนรู้วิธีการใช้เครื่องมือ แต่ต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการความเสี่ยงและดำรงไว้ซึ่งจริยธรรมวิชาชีพท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของโลกดิจิทัล

ความแตกต่างระหว่างเจนเอนเรชั่นกับการยอมรับนำเทคโนโลยีไปสู่การปฏิบัติ

ความเข้าใจการบูรณาการเทคโนโลยีเข้าสู่การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ จำเป็นต้องมีความเข้าในใจเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง "**การยอมรับเทคโนโลยี" กับ "ลักษณะทางประชากร"** โดยเฉพาะประเด็นเรื่องช่วงวัย (Generational Status) ซึ่งเดิมทีถูกมองว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการสื่อสารและทำงาน หนังสือเล่มนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า ความแตกต่างในการใช้เทคโนโลยีไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของทักษะ แต่ลึกซึ้งไปถึง "ค่านิยมทางวิชาชีพ" และ "พฤติกรรมการทำงาน" ที่ถูกหล่อหลอมผ่านยุคสมัยที่แตกต่างกัน

ในแง่ของลักษณะเฉพาะแต่ละช่วงวัย กลุ่ม **Baby Boomers** มักถูกมองว่ามีแรงต้านต่อเทคโนโลยีมากกว่ารุ่นอื่น เนื่องจากยึดถือค่านิยมการทำงานแบบดั้งเดิมที่เน้นการแข่งขันสูง ในขณะที่ **Generation X** ให้ความสำคัญกับความอิสระ

และการพึ่งพาตนเอง ส่วน **Millennials (Gen Y)** และ **Generation Z** ถูกคาดหวังว่าจะเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงวิชาชีพด้วยทักษะดิจิทัลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด อย่างไรก็ตาม หนังสือเล่มนี้ได้หักล้างมายาคติบางประการ โดยชี้ให้เห็นว่าแม้กลุ่ม Gen Z จะคุ้นชินกับการสื่อสารเสมือนจริงและการทำงานหลายอย่างพร้อมกัน แต่กลุ่ม Gen Z กลับแสดงความกังวลเรื่องการถูกรบกวนจากโลกออนไลน์มากกว่ารุ่นอื่นๆ ในระหว่างการทำงาน

ประเด็นที่น่าสนใจและเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการรีวิวคือการทบทวนวาทกรรมเรื่อง **"Digital Natives" (ชาวดิจิทัลโดยกำเนิด)** และ **"Digital Immigrants" (ผู้อพยพทางดิจิทัล)** ซึ่งในปัจจุบันถือเป็นคำที่ล้าสมัยและสร้างปัญหาทางความหมาย การแบ่งแยกกลุ่มคนโดยยึดปีเกิด ว่าก่อนและหลังปี 1980 ตามแนวคิดดั้งเดิมของ Prensky (2001) แต่กลับไม่สามารถอธิบายความซับซ้อนของการเรียนรู้ในปัจจุบันได้อีกต่อไป ผู้เขียนจึงเสนอให้มองในมุมของ **"Digital Learners"** หรือ **"ผู้เรียนรู้ในยุคดิจิทัล"** ซึ่งเน้นย้ำว่าความเก่งกาจทางเทคโนโลยีไม่ได้เป็นเรื่องของพรสวรรค์ตามช่วงวัย แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ไม่ว่าคนรุ่นใดก็สามารถเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดันนั้น "ความฉลาดทางช่วงวัย" (Generational Wisdom) ในการใช้เทคโนโลยีเป็นเพียงส่วนเสี้ยวหนึ่งของภาพรวมทั้งหมด พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีในงานสังคมสงเคราะห์ไม่ได้ถูกกำหนดด้วยอายุเพียงอย่างเดียว แต่ได้รับอิทธิพลอย่างสูงจาก **"ปัจจัยเชิงโครงสร้าง" (Structural Factors)** เช่น การเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานอินเทอร์เน็ตและการสนับสนุนจากองค์กร มากว่าจะเป็นเรื่องของทัศนคติส่วนบุคคล

การปฏิบัติงานทางไกล (Telepractice) กับจริยธรรมทางวิชาชีพ

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ทำให้ **"การปฏิบัติงานทางไกล" (Telepractice)** กลายเป็นเครื่องมือที่แพร่หลายในทุกมิติของงานสังคมสงเคราะห์ ตั้งแต่การประเมินเบื้องต้นไปจนถึงการบำบัดรักษา ครอบคลุมทั้งระดับจุลภาค มัชฌิมภาค และมหภาค หนังสือเล่มนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า เมื่อ Telepractice กลายเป็นส่วนหนึ่งของ "วิถีปกติใหม่" (New Normal) วิชาชีพสังคมสงเคราะห์จึงต้องเผชิญกับภารกิจสำคัญในการตรวจสอบว่าเครื่องมือเหล่านี้ยังคงเดินตามเส้นทางของค่านิยมหลักทางสังคมสงเคราะห์หรือไม่

ประเด็นที่สะท้อนชัดเจนส่วนนี้คือ **"ความสอดคล้องเชิงคุณค่า" (Value Alignment)** ผู้เขียนได้ตั้งข้อสังเกตว่าเทคโนโลยีเดียวกันอาจส่งผลได้ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น การประชุมผ่านวิดีโอ (Videoconferencing) อาจช่วยสร้างความยุติธรรมทางสังคมโดยการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสำหรับบางกลุ่ม แต่ในขณะเดียวกันก็อาจสร้างความไม่เป็นธรรมให้กับกลุ่มที่ขาดแคลนทรัพยากรดิจิทัล นอกจากนี้ การใช้แอปพลิเคชันมือถือเพื่อการบำบัดสุขภาพจิตเพียงอย่างเดียว อาจเป็นการลดทอนความสำคัญของ "สัมพันธภาพระหว่างมนุษย์" หรือในทางกลับกันอาจเป็นการส่งเสริม "ศักดิ์ศรีและความมีคุณค่าของบุคคล" สำหรับผู้รับบริการที่ต้องการความเป็นส่วนตัวสูง นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องพัฒนาทักษะการประเมินบริบท (Context-specific Assessment) เพื่อเลือกใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุด

นอกเหนือจากการเป็นผู้ใช้ ผู้เขียนหนังสือยังเรียกร้องให้นักสังคมสงเคราะห์ก้าวสู่การเป็น **"นวัตกร" (Innovators)** ผ่านการทำวิจัยและพัฒนาเครื่องมือร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น นักพัฒนาแอพลิเคชั่น วิศวกรซอฟต์แวร์ เพื่อสร้างนวัตกรรมที่ตอบโจทย์กลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะ โดยต้องมีงานวิจัยรองรับตั้งแต่อาการทางคลินิก (RCTs) ไปจนถึงงานวิจัยเชิงคุณภาพที่สะท้อนประสบการณ์จริงของผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การสร้าง "แนวทางปฏิบัติบนฐานความรู้เชิงประจักษ์" (Evidence-based Guidelines)

ในมิติด้านการศึกษา ภารกิจเร่งด่วนคือการบรรจุหลักสูตร Telepractice เข้าไปในการศึกษาระดับปริญญาอย่างเป็นระบบ ไม่ใช่เพียงการสอนให้ใช้เครื่องมือแต่ต้องสอนถึงวิธีการสร้าง "สัมพันธภาพเชิงบำบัดผ่านหน้าจอ" (Therapeutic Alliance) และการรณรงค์เชิงนโยบายเพื่อสวัสดิการดิจิทัล

สื่อสังคมออนไลน์ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

ในยุคสมัยที่สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) กลายเป็นองค์ประกอบที่ไม่อาจแยกขาดจากการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติงานทางสังคม หนังสือเล่มนี้ได้นำเสนอประเด็นที่น่าสนใจอิทธิพลของสื่อออนไลน์ต่อวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ผู้เขียนได้ตั้งคำถามสำคัญว่า แท้จริงแล้วสื่อสังคมออนไลน์คืออะไร เป็นเพียงแอปพลิเคชัน เป็นพื้นที่ในอินเทอร์เน็ต หรือเป็นปรากฏการณ์ของสภาพแวดล้อมที่ถูกสร้างขึ้นด้วยระบบดิจิทัล (ซึ่งคำตอบนั้นมีนัยสำคัญต่อการกำหนดทิศทางของวิชาชีพในทุกระดับ ตั้งแต่การทำงานกับปัจเจกบุคคลไปจนถึงการรณรงค์เชิงนโยบาย

การทำความเข้าใจสื่อสังคมออนไลน์ในมุมมองของงานสังคมสงเคราะห์ จำเป็นต้องย้อนกลับไปพิจารณารากฐานที่ Harriett Bartlett (1958) ได้วางไว้เกี่ยวกับ "ความพึ่งพาอาศัยกันของมนุษย์ในสังคมประชาธิปไตย" และพันธกิจของสังคมในการขจัดอุปสรรคต่อความสำเร็จของปัจเจกบุคคล เมื่อนำแนวคิดนี้มาผนวกกับบริบทปัจจุบัน สื่อสังคมออนไลน์จึงไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือ แต่เป็น "สภาพแวดล้อมทางสังคม" (Social Environment) แบบใหม่ที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องเข้าไปทำหน้าที่ทั้งในฐานะนักบำบัดที่ต้องจัดการปัญหาการถูกกลั่นแกล้งออนไลน์ (Cyberbullying) หรือในฐานะนักจัดระเบียบชุมชน (Community Organizer) ที่ต้องใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Metrics) จากโซเชียลมีเดียเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

อย่างไรก็ตาม ความแพร่หลายของสื่อสังคมออนไลน์นำมาซึ่งความท้าทายที่ซับซ้อน โดยเฉพาะเรื่อง "เส้นแบ่งความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ" (Professional Boundaries) ในโลกความจริงเสมือน หนังสือเล่มนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เช่น การที่อัลกอริทึมของแพลตฟอร์มพยายามเชื่อมต่อผู้ใช้ผ่านระบบ "People You May Know" ซึ่งอาจทำให้ชื่อของ "อดีตผู้รับบริการ" ปรากฏขึ้นในพื้นที่ส่วนตัวของนักสังคมสงเคราะห์ สิ่งนี้สร้างความย้อนแย้งให้กับนิยามของคำว่า "อดีตผู้รับบริการ" ที่เคยคลุมเครืออยู่แล้วให้มีความเปราะบางยิ่งขึ้นในโลกที่การเชื่อมต่อเกิดขึ้นตลอดเวลา

นอกจากนี้ ประเด็นเรื่อง "ข้อมูลบิดเบือน" (Disinformation) และ "การตอกย้ำอคติ" (Bias Confirmation) ยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่บิดเบือนความเข้าใจของผู้คนต่อสภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ นักสังคมสงเคราะห์ยุคใหม่จึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในระบบนิเวศดิจิทัลนี้ เพื่อที่จะสามารถทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์จริยธรรมและค่านิยมของวิชาชีพไปพร้อมกับการใช้ประโยชน์จากพื้นที่ออนไลน์เพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนสวัสดิการสังคม

ในขณะเดียวกันสื่อสังคมออนไลน์ก็ได้สร้างโอกาสและการสร้างพลังทางสังคม (Opportunities) แหล่งเรียนรู้ไร้ขีดจำกัด (Education) การเกิดขึ้นของ Social Work Podcast หรือเนื้อหาจากผู้นำทางความคิด (Thought Leaders) ช่วยให้นักศึกษาและผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงความรู้เฉพาะทางได้รวดเร็วและเข้าใจง่ายขึ้น ไม่ว่าจะทำการรณรงค์และขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (Advocacy) สื่อสังคมออนไลน์เป็นหัวใจหลักของงานสังคมสงเคราะห์ระดับมหภาค (Macro Social Work) เช่น การใช้แฮชแท็ก #MacroSW เพื่อแลกเปลี่ยนประเด็นนโยบาย หรือการใช้พื้นที่ออนไลน์เพื่อรวมกลุ่มสร้างพลังต่อรองและเรียกร้องการเปลี่ยนแปลงในชุมชน หรือการพัฒนาชุมชน/กลุ่มเข้มแข็ง โซเชียลมีเดียช่วยให้กลุ่มผู้เปาะบาง เช่น ผู้พิการ สามารถเข้าถึงกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์ร่วมกัน (Peer Support) และแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นการทำลายกำแพงความโดดเดี่ยวทางกายภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Big Data ในงานสังคมสงเคราะห์

ในยุคสมัยที่ทุกกิจกรรมของผู้คนในชีวิตประจำวันได้ทิ้ง "ร่องรอยดิจิทัล" (Digital Traces) ไว้เบื้องหลัง ตั้งแต่ประวัติการเข้ารับบริการทางการแพทย์ การใช้บัตรเครดิต ไปจนถึงการปฏิสัมพันธ์บนสื่อสังคมออนไลน์ มโนทัศน์เรื่อง "ข้อมูลขนาดใหญ่" (Big Data) ได้เข้ามาเปลี่ยนภูมิทัศน์ของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์อย่างสิ้นเชิง หนังสือเล่มนี้ได้นิยาม Big Data ว่าไม่ใช่

เพียงแค่ข้อมูลปริมาณมหาศาล (Volume) แต่ยังรวมถึงความเร็ว (Velocity) ความหลากหลาย (Variety) และความสามารถในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ (Relationality) ซึ่งสิ่งเหล่านี้กำลังกลายเป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการสวัสดิการและการทำนายพฤติกรรมทางสังคมในปัจจุบัน

เนื้อหาในหนังสือฉายภาพให้เห็นว่า Big Data ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ (Decision Support Systems) ที่ทรงพลัง เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำนายความเสี่ยงในการกระทำผิดซ้ำในงานคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geospatial Analysis) เพื่อระบุพื้นที่ที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนหลังเกิดภัยพิบัติ หรือการใช้การวิเคราะห์ความรู้สึก (Sentiment Analysis) บนสื่อสังคมออนไลน์เพื่อระบุความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและการสูญเสียในกลุ่มเยาวชน ตัวอย่างที่น่าสนใจคือการใช้ AI เพื่อคัดเลือกกลุ่มผู้นำเยาวชนไร้บ้านในการส่งต่อข้อมูลการป้องกันเชื้อ HIV ซึ่งช่วยให้การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมีประสิทธิภาพแม่นยำกว่าการสุ่มเลือกแบบดั้งเดิม ประเด็นจากหนังสือ คือ การเรียกร้องให้นักสังคมสงเคราะห์ก้าวเข้าสู่ "ศูนย์กลางของนวัตกรรม" (Innovation Hubs) โดยทำงานร่วมกับนักวิทยาศาสตร์ข้อมูล (Data Scientists) และผู้เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศสุขภาพ เพื่อสร้างกรอบการทำงานที่ยึดโยงกับหลักสิทธิมนุษยชนและความยุติธรรมทางสังคม ผู้เขียนเสนอแนวคิดเรื่อง "Tech Social Worker" หรือนักสังคมสงเคราะห์เทคโนโลยี ซึ่งทำหน้าที่ในการระบุและลดอคติ (Bias) ที่อาจแฝงอยู่ในอัลกอริทึม เพื่อให้มั่นใจว่า Big Data จะถูกใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความเสมอภาค (Equity) มากกว่าการตอกย้ำความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่เดิม ผู้เขียนในบทนี้ กล่าวว่า Big Data ได้เปลี่ยนโลกของสังคมสงเคราะห์ไปแล้วอย่างถาวร หน้าที่ของนักวิชาชีพไม่ใช่การปฏิเสธความก้าวหน้า แต่คือมีส่วนเข้าไป "กำกับทิศทาง" ของเทคโนโลยีด้วยคุณค่าของวิชาชีพ เพื่อให้มั่นใจว่าระบบการจัดการข้อมูลที่ซับซ้อนในอนาคตจะทำหน้าที่รับใช้วัตถุประสงค์ในการสร้างความเป็นธรรมและยกระดับศักดิ์ศรีของมนุษย์ได้อย่างแท้จริง

ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence - AI) ในงานสังคมสงเคราะห์

ในขณะที่โลกกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ยุคดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ วิชาชีพสังคมสงเคราะห์กำลังเผชิญหน้ากับเทคโนโลยีที่ทรงพลังที่สุดชนิดหนึ่ง นั่นคือ ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence - AI) หนังสือเล่มนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ในอดีตนักสังคมสงเคราะห์จะมีความเป็นอนุรักษนิยมในการรับเทคโนโลยีใหม่ ๆ เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณ และความกังวลว่าเทคโนโลยีจะเข้ามาทำลาย "ความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ" (Relational Practices) อันเป็นหัวใจหลักของวิชาชีพ แต่ในปัจจุบัน AI โดยเฉพาะ Generative AI (ปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์) และ Machine Learning (การเรียนรู้ของเครื่อง) ได้กลายเป็นเครื่องมือที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการและการตัดสินใจ เนื้อหาในบทนี้ชี้ให้เห็นว่า AI สามารถสร้างคุณประโยชน์มหาศาล (Benefits) ในหลายมิติ ได้แก่ **1) ประสิทธิภาพเชิงบริหาร** Generative AI ช่วยลดภาระงานเอกสาร เช่น การร่างบันทึกเคส (Case notes) การวางแผนการให้บริการ และการเขียนรายงานนโยบาย ช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์มีเวลาเพิ่มขึ้นในการปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้รับบริการ **2) การวิเคราะห์เชิงพยากรณ์** (Predictive Analytics) Machine Learning ช่วยในการวิเคราะห์รูปแบบข้อมูลขนาดใหญ่เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงและทำนายผลลัพธ์การรักษา ซึ่งช่วยให้การออกแบบการแทรกแซง (Interventions) มีความแม่นยำและตอบโจทย์เฉพาะบุคคลมากขึ้น และ **3) การส่งเสริมความยุติธรรมทางสังคม** AI สามารถนำมาใช้เพื่อระบุความเหลื่อมล้ำเชิงระบบและช่วยในการกระจายทรัพยากรให้ถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

อนาคตและการเตรียมความพร้อมเชิงนโยบาย บทสรุปของบทนี้เรียกร้องให้มีการปฏิรูปใน 3 ระดับ คือ 1) ระดับการศึกษา สถาบันการศึกษาต้องบูรณาการความรู้ด้าน AI เข้าสู่หลักสูตร เพื่อสร้าง "ความฉลาดทางปัญญาประดิษฐ์" ให้กับนักศึกษารุ่นใหม่ 2) ระดับวิชาชีพ องค์กรวิชาชีพต้องออกแนวทางปฏิบัติเชิงจริยธรรม (Ethical Guidelines) ที่ชัดเจน

ครอบคลุมเรื่องความโปร่งใส ความยุติธรรม และภาระรับผิดชอบ (Accountability) 3) ระดับนโยบาย ผลักดันให้มีการรับรองสมรรถนะด้าน AI ในใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และรณรงค์ให้กลุ่มเปราะบางมีส่วนร่วมในการออกแบบโอกาสการใช้ AI (AI Participation)

การบูรณาการ AI เข้ากับงานสังคมสงเคราะห์ไม่ใช่การนำเทคโนโลยีมา "แทนที่" มนุษย์ แต่เป็นการใช้เทคโนโลยีเพื่อ "เสริมพลัง" ให้กับดุลยพินิจทางวิชาชีพ ผู้เขียนย้ำว่าความท้าทายที่แท้จริงคือการรักษาค่านิยมหลักของวิชาชีพไว้ในขณะที่ต้องปรับตัวตามความก้าวหน้า นักสังคมสงเคราะห์ยุคใหม่จึงต้องเป็นทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านความเป็นมนุษย์และผู้มีความเท่าทันทางเทคโนโลยี เพื่อให้มั่นใจว่า AI จะเป็นเครื่องมือที่สร้างความยุติธรรมและศักดิ์ศรีให้แก่ผู้คนในสังคมอย่างแท้จริง

การพัฒนาทักษะทางสังคมสงเคราะห์ด้วยเทคโนโลยี

วิกฤตการณ์โควิด-19 ได้กลายเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาสำคัญที่ทำให้แพลตฟอร์มการสื่อสารแบบวิดีโอและซอฟต์แวร์บันทึกการสอนก้าวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบการศึกษาอย่างถาวร ทว่าในทัศนะของผู้เขียนบทนี้การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของ "การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางวิชาการ" (Pedagogical Paradigm Shift) ที่ลึกซึ้งกว่าเดิม เมื่อวิชาชีพสังคมสงเคราะห์กำลังก้าวเข้าสู่ยุคของการใช้เทคโนโลยีความจริงเสริม (Augmented Reality - AR) เทคโนโลยีความจริงเสมือน (Virtual Reality - VR) และปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมจำลองที่ปลอดภัยสำหรับการฝึกฝนทักษะการปฏิบัติงานก่อนที่นักศึกษาจะเผชิญกับสถานการณ์จริงในภาคสนาม

ความน่าสนใจของนวัตกรรมเหล่านี้อยู่ที่ความสามารถในการลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ (Theory-to-Practice Gap) ผ่านการใช้ตัวละครจำลอง (AI-powered avatars) ที่ช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะการสัมภาษณ์ การประเมินความเสี่ยง และการสร้างความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ในสภาพแวดล้อมที่ควบคุมได้และไร้ความเสี่ยงต่อผู้รับบริการจริง อย่างไรก็ตาม การบูรณาการเทคโนโลยีขั้นสูงเช่นนี้มาพร้อมกับความท้าทายเชิงจริยธรรมที่ซับซ้อน โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง "อคติในอัลกอริทึม" (Algorithmic Bias) ซึ่งอาจสะท้อนและตอกย้ำอคติทางสีผิว เพศ หรือสถานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ฝังอยู่ในข้อมูลที่ใช้ฝึกฝนระบบ หากปราศจากการตรวจสอบอย่างเป็นระบบ นักศึกษาอาจซึมซับการแปลความหมายพฤติกรรมของผู้รับบริการที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ส่งผลกระทบต่อความยุติธรรมทางสังคมที่วิชาชีพยึดถือ

นอกจากนี้ ประเด็นเรื่องความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล (Data Security) กลายเป็นปัจจัยวิกฤตที่สถาบันการศึกษาต้องเผชิญ เนื่องจากเทคโนโลยี AR, VR และ AI มักมีการเก็บข้อมูลที่ละเอียดอ่อน เช่น การจดจำใบหน้า น้ำเสียง และพฤติกรรมการตอบสนอง สอดคล้องกับข้อมูลจาก Pew Research Center ที่ระบุว่าชาวอเมริกันกว่า 81% รู้สึกว่าตนเองขาดอำนาจในการควบคุมข้อมูลที่ถูกจัดเก็บโดยบริษัทเทคโนโลยี ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์และผู้พัฒนาเนื้อหาจึงต้องทำงานร่วมกันเพื่อสร้างระบบจัดการข้อมูลที่โปร่งใสและปกป้องสิทธิของผู้เรียนไปพร้อมกับการออกแบบเทคโนโลยีที่ครอบคลุม (Inclusive Design) เพื่อให้มั่นใจว่านักศึกษาที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นหรือการได้ยินจะสามารถเข้าถึงนวัตกรรมการเรียนรู้นี้ได้อย่างเท่าเทียม

ในมิติด้านมาตรฐานวิชาชีพ แม้รายงานของ CSWE Futures Task Force จะพยายามผลักดันการใช้เครื่องมือดิจิทัลเพื่อสร้างความฉลาดทางเทคโนโลยี (Technology Competence) แต่เกณฑ์การรับรองมาตรฐานการศึกษาในปัจจุบันยังตามไม่ทันการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของ AR, VR และ AI บทสรุปของการรีวิวนี้ชี้ให้เห็นว่า อนาคตของการศึกษาสังคมสงเคราะห์ไม่ใช่การเลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่งระหว่าง "นวัตกรรม" หรือ "มนุษยธรรม" แต่คือการผสมผสานทักษะทางเทคโนโลยีเข้ากับหัวใจของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์อย่างมีความรับผิดชอบ เพื่อสร้างนักสังคมสงเคราะห์รุ่นใหม่ที่เท่าทันโลกดิจิทัลและยังคงยึดมั่นในคุณค่าดั้งเดิมของวิชาชีพในการรับใช้สังคมอย่างเป็นธรรม

อนาคตของงานสังคมสงเคราะห์และเทคโนโลยีดิจิทัล สามเหลี่ยมแห่งอนาคต พัฒนาการทางดิจิทัล และการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์

บทสุดท้ายของหนังสือ กล่าวถึงการเผชิญหน้ากับอนาคตของเทคโนโลยีในงานสังคมสงเคราะห์ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงที่เชี่ยวกรากมักนำมาซึ่งสภาวะที่เรียกว่า "Future Shock" หรือความสับสนทางจิตวิทยาเมื่อต้องรับมือกับนวัตกรรมที่ถาโถมเข้ามาอย่างรวดเร็วเกินกว่าจะปรับตัวได้ทัน หนังสือเล่มนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าปัจจุบันวิชาชีพสังคมสงเคราะห์กำลังดำเนินอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบ VUCA ซึ่งเป็นนิยามของโลกที่มีความผันผวน (Volatility) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ความซับซ้อน (Complexity) และความคลุมเครือ (Ambiguity) เทคโนโลยีไม่ได้เป็นเพียงส่วนเสริมอีกต่อไป แต่ได้เข้ามานิยามความสัมพันธ์ระหว่างนักปฏิบัติกับปัจเจกบุคคลและชุมชนใหม่ทั้งหมด การทำความเข้าใจและเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงไม่ใช่ทางเลือก แต่เป็นภารกิจหลักเพื่อความอยู่รอดและประสิทธิภาพของวิชาชีพ

เพื่อให้เห็นภาพอนาคตที่ชัดเจน ผู้เขียนได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือเชิงกลยุทธ์ที่เรียกว่า "สามเหลี่ยมแห่งอนาคต" (Futures Triangle) ของ Sohail Inayatullah มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสามมิติ คือ "น้ำหนักจากอดีต" (ประวัติศาสตร์และข้อจำกัดเดิม) "แรงผลักจากปัจจุบัน" (ความจำเป็นและนวัตกรรมใหม่) และ "แรงดึงจากอนาคต" (ความหวังและเป้าหมายที่ต้องการ) โดยเฉพาะในมิติของ "แรงดึงจากอนาคต" ที่ท้าทายให้นักสังคมสงเคราะห์กล้าฝันถึง "อนาคตที่พึงปรารถนา" (Preferred Future) ซึ่งเป็นอนาคตที่มีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง (Human-centered) และนักสังคมสงเคราะห์ต้องสวมบทบาทเป็นผู้นำร่วมกับนักเทคโนโลยีในการสร้างเครื่องมือที่ยุติธรรมและเท่าเทียม แทนที่จะปล่อยให้อุตสาหกรรมอื่นเป็นผู้กำหนดทิศทางของวิชาชีพตามอำเภอใจ ในบทนี้นี้ยังชี้ให้เห็นถึงสี่ฉากทัศน์ (Scenarios) ที่เป็นไปได้สำหรับอนาคตของวิชาชีพ โดยพิจารณาจากสองแกนหลัก คือ **ระดับภาวะผู้นำของนักสังคมสงเคราะห์ในเวทีระดับโลก และระดับการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Evolution vs. Revolution)** อนาคตที่น่าสนใจที่สุดคือการที่นักสังคมสงเคราะห์ไม่เพียงแต่ใช้เทคโนโลยีเพื่อปรับปรุงวิธีการทำงานเดิม แต่ใช้มันเพื่อ "ปฏิวัติ" การแก้ไขปัญหาระดับโครงสร้าง เช่น ความเหลื่อมล้ำและการเข้าถึงบริการสวัสดิการ ซึ่งจะทำให้นักสังคมสงเคราะห์ก้าวข้ามบทบาทเดิมไปสู่การเป็นผู้มีอิทธิพลในภาคส่วนอื่นๆ เช่น ธุรกิจ และรัฐบาลในมิติดิจิทัล

ดังนั้น ในอนาคตของงานสังคมสงเคราะห์ต้องการผู้นำที่สามารถทำงานข้ามศาสตร์ (Interdisciplinary Leaders) เพื่อเชื่อมโยงช่องว่างดิจิทัลและร่วมสร้างทางออก (Co-creation) กับชุมชนที่ถูกเบียดขับ นักสังคมสงเคราะห์ต้องเปลี่ยนผ่านจากการเป็นเพียงผู้ใช้งานไปสู่การเป็นผู้กำกับจริยธรรมข้อมูลและนักรณรงค์ต่อต้านอคติในอัลกอริทึม หากเราต้องการให้อนาคตที่พึงปรารถนาเป็นจริง เราต้องเริ่มจากการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและบนฐานความรู้เชิงประจักษ์ตั้งแต่วันนี้ เพื่อให้มั่นใจว่าเทคโนโลยีจะทำหน้าที่ส่งเสริมศักดิ์ศรีของมนุษย์และความยุติธรรมทางสังคมสืบต่อไปในทุกรุ่นอายุ

บทสรุปและการประยุกต์ใช้

ในยุคสมัยที่เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารก้าวเข้ามามีบทบาทนำในทุกมิติของสังคม วิชาชีพสังคมสงเคราะห์กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านครั้งสำคัญ จากการใช้เทคโนโลยีในฐานะเครื่องมือเสริมไปสู่การเป็นส่วนประกอบหลักของการปฏิบัติงาน หนังสือ Social Work and Technology (2025) ของ Colvin และ Jackson ได้ฉายภาพให้เห็นว่า หัวใจสำคัญของการเปลี่ยนผ่านนี้ไม่ใช่เพียงการรับเอาเครื่องมือใหม่ๆ มาใช้ แต่คือการสร้าง “ความยุติธรรมดิจิทัล” (Digital Justice) เพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำที่ซับซ้อนขึ้นในโลกยุคหลังแพร่ระบาด

ความรู้สำคัญที่ได้รับจากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่า ความเหลื่อมล้ำดิจิทัล (Digital Divide) ในปัจจุบันไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการเข้าถึงอุปกรณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงความแตกต่างด้านทักษะการใช้งาน และผลลัพธ์ที่ได้รับจากการเข้าถึงสวัสดิการดิจิทัล นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องเผชิญกับ “ความย้อนแย้งดิจิทัล” (Digital Paradox) ที่ว่ากลุ่มเป้าหมายที่เปราะบางที่สุดมักเป็นกลุ่มที่ถูกคัดออกจากการเข้าถึงระบบสวัสดิการออนไลน์ของรัฐได้ง่ายที่สุด ดังนั้น ภารกิจใหม่ของนักวิชาชีพคือการพัฒนาบทบาทเป็น “นักรณรงค์เพื่อความเสมอภาคดิจิทัล” (Digital Advocate) ที่ต้องประเมินสภาพแวดล้อมดิจิทัลของผู้รับบริการควบคู่ไปกับการประเมินทางสังคมจิตใจ เพื่อให้มั่นใจว่าเทคโนโลยีจะช่วยเสริมพลัง (Empower) มากกว่าการสร้างกำแพงกีดกัน

ในมิติด้านการปฏิบัติงานเชิงรุก นวัตกรรมอย่างข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) และปัญญาประดิษฐ์ (AI) ได้เปิดพรมแดนใหม่ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพยากรณ์ความเสี่ยงและออกแบบการช่วยเหลือที่แม่นยำ (Predictive Analytics) อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ต้องมาพร้อมกับความตระหนักรู้ทางจริยธรรมที่เข้มงวด โดยเฉพาะการป้องกันอคติในอัลกอริทึม (Algorithmic Bias) ที่อาจตอกย้ำการเลือกปฏิบัติเชิงโครงสร้าง นอกจากนี้ การปฏิบัติงานทางไกล (Telepractice) และการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ยังบังคับให้นักสังคมสงเคราะห์ต้องนิยามขอบเขตวิชาชีพ (Professional Boundaries) ใหม่ เพื่อรักษาความลับของผู้รับบริการและสัมพันธภาพเชิงบำบัดท่ามกลางการเชื่อมต่อที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

สำหรับแนวทางในการประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่มีความซับซ้อนของระบบนิเวศดิจิทัล นักสังคมสงเคราะห์จำเป็นต้องพัฒนาทักษะการทำงานข้ามศาสตร์ (Interdisciplinary Collaboration) ร่วมกับนักวิทยาศาสตร์ข้อมูลและนักเทคโนโลยี เพื่อร่วมสร้าง (Co-create) เครื่องมือที่ยึดถือมนุษย์เป็นศูนย์กลาง ขณะเดียวกัน สถาบันการศึกษาต้องปฏิรูปหลักสูตรโดยบรรจุความฉลาดทางดิจิทัล (Digital Literacy) และจริยธรรมเทคโนโลยีลงในสมรรถนะหลักของวิชาชีพ เพื่อสร้างนักสังคมสงเคราะห์รุ่นใหม่ที่สามารถนำทางในโลกที่ผันผวน (VUCA) ได้อย่างสง่างาม

การบูรณาการเทคโนโลยีในงานสังคมสงเคราะห์จึงไม่ใช่การวิ่งตามความล้ำสมัย แต่เป็นการนำคุณค่าหลักของวิชาชีพอันประกอบด้วย คุณค่าศักดิ์ศรีของมนุษย์และความเป็นธรรมทางสังคม ไปประทับไว้ในทุกขั้นตอนของนวัตกรรมและเทคโนโลยี เพื่อให้มั่นใจว่าในอนาคตที่เทคโนโลยีขับเคลื่อนโลก งานสังคมสงเคราะห์จะยังคงเป็นที่พึ่งพาที่เปี่ยมด้วยจริยธรรมและความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง และที่สำคัญงานสังคมสงเคราะห์ในประเทศไทยอาจต้องหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาหลักหรือแนวทางการทำงานใหม่ ๆ ที่กำหนดร่วมกันเพื่อให้เทคโนโลยีเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้บริการ